

رابطه استرس زناشویی و علائم افسردگی در زنان مبتلا به بیماری کرونی قلب و زنان سالم

حمید شمس‌پور

کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه تهران

محمدعلی بشارت

دانشیار روانشناسی دانشگاه تهران

سعید صادقیان

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

براساس پژوهش‌های انجام شده، افسردگی هم در شکل‌گیری (ایجاد) و هم در پیش‌آگهی بیماری‌های قلبی عروقی و از جمله بیماری کرونی قلب نقش دارد. هدف پژوهش حاضر این بود که با بررسی رابطه استرس زناشویی و علائم افسردگی، نقش کیفیت روابط زناشویی را در علائم افسردگی زنان مبتلا به CHD تعیین و با زنان سالم مقایسه کند. شصت زن مبتلا به CHD و شصت زن سالم که از لحاظ سن و سطح تحصیلات با گروه زنان مبتلا به CHD هم‌تا بودند، با اجرای پرسشنامه افسردگی بک (BDI) و مقیاس استرس زناشویی استکهلم (SMSS) در این پژوهش شرکت کردند. نتایج پژوهش نشان داد که میان استرس زناشویی و علائم افسردگی هم در زنان مبتلا به CHD و هم در زنان سالم رابطه معنی‌دار وجود دارد. علائم افسردگی در زنان مبتلا به CHD شایع‌تر از زنان سالم بود، اما میان استرس زناشویی این دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که در میان زنان مبتلا به CHD به ترتیب سه عامل استرس زناشویی، چربی خون بالا و مصرف داروهای بتا بلوکر بیشترین توان پیش‌بینی واریانس علائم افسردگی را داشتند. نتایج پژوهش حاضر در این مقاله تبیین و تشریح خواهند شد. کلیدواژه‌ها: استرس زناشویی. علائم افسردگی. بیماری کرونی قلب. زنان

مقدمه

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که علائم افسردگی^۱ و افسردگی بالینی^۲، پیش‌آگهی^۳ بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب (CHD)^۴ را بدتر می‌کنند و خطر این بیماری را افزایش می‌دهند (برای مثال، جیانگ، کربشنان و اُکونور، ۲۰۰۲؛ کارنی و فریدلند، ۲۰۰۳؛ استریک، دی‌نولت، لوزبرگ و هونیک، ۲۰۰۳؛ هورستن، میتل‌من، و امالا، چنگ -گوستاوسون و اورث‌گومر، ۲۰۰۰). شیوع افسردگی بالینی و علائم افسردگی در مردان و زنان مبتلا به بیماری‌های قلبی بالاتر از جمعیت عمومی است (بالوگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ مدبرنیا، سبحانی و نصیری‌راد، ۱۳۸۰؛ قاسمی و مخلوق، ۱۳۸۱). با این همه، به ریشه‌ها و علل به وجود آورنده علائم افسردگی در بیماران قلبی کمتر توجه شده است. بررسی پیامدهای زیست‌شناختی و همچنین ریشه‌های اجتماعی و هیجانی علائم افسردگی در این بیماران از لحاظ پیش‌گیری و اهداف درمانی حائز اهمیت است. پژوهش اورث‌گومر و همکاران (۲۰۰۰) درباره زنان ۳۰ تا ۶۵ ساله‌ای که به دلیل انفارکتوس حاد قلبی^۵ یا آنژین صدری ناپایدار^۶ بستری شده بودند، نشان داد که مسائل و مشکلات مزمن در روابط با همسر، خطر رویداد قلبی مجدد را در یک دوره پیگیری ۵ ساله سه برابر کرده است.

دسته‌ای از پژوهش‌ها میان کیفیت روابط زناشویی و بروز اختلالات روان‌شناختی، به ویژه افسردگی رابطه پیدا کرده‌اند. بالوگ و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی درباره زنان مبتلا به بیماری کرونری قلب و زنان سالم نشان دادند که استرس زناشویی هم در زنان مبتلا به CHD و هم در زنان سالم با علائم افسردگی رابطه دارند. ویسمن (۱۹۹۹) و فینچام و همکاران (۱۹۸۹) نشان دادند که نارضایتی زناشویی خطر ابتلا به اختلالات روان پزشکی، به ویژه افسردگی را افزایش می‌دهد. پژوهش‌ها میان استرس خانوادگی

1. Depressive symptoms

2. Clinical depression

3. Prognosis

4. Coronary heart disease

5. Myocardial acute infarction

6. Unstable angina pectoris

(فلن و همکاران، ۱۹۹۱)، ناسازگاری زناشویی (استراوینسکی، ترمبلائی، و وربولت، ۱۹۹۵؛ فوترمن، گالاقیر، تامپسون، لووت، و گیلوسلی، ۱۹۹۰؛ کروثر، ۱۹۸۵)، نارضایتی زناشویی (دیمیتروفسکی، لوی-شیف و اسکاتنر-زنانی، ۲۰۰۲) و افسردگی رابطه مثبت پیدا کرده‌اند.

هدف پژوهش حاضر این است که رابطه استرس زناشویی و علائم افسردگی را در زنان مبتلا به CHD و زنان سالم مطالعه کند. با این هدف، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر مورد بررسی قرار گرفته‌اند:

۱. میان استرس زناشویی و علائم افسردگی در زنان مبتلا به CHD رابطه مثبت وجود دارد.

۲. میان استرس زناشویی و علائم افسردگی در زنان سالم رابطه مثبت وجود دارد.

۳. علائم افسردگی در زنان مبتلا به CHD شایع‌تر از زنان سالم است.

۴. استرس زناشویی در زنان مبتلا به CHD شایع‌تر از زنان سالم است.

روش

الف. جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه زنان متأهل مبتلا به CHD که طی یک دوره ۸ ماهه برای توانبخشی به مرکز قلب تهران مراجعه کرده‌اند. از میان زنانی که طی این مدت به مرکز قلب تهران مراجعه کردند ۶۰ نفر با روش مراجعات متوالی^۱ به عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند. برای گروه کنترل، ۶۰ زن متأهل که مبتلا به CHD نبودند، در ۵ سال گذشته سابقه بستری شدن در بیمارستان نداشتند، و در حال حاضر به بیماری مزمن دیگری مبتلا نبودند، از میان زنانی که به بیمارستان ۵۰۲ ارتش مراجعه کرده و پس از انجام تست ورزش از لحاظ قلبی سالم تشخیص داده شده‌اند، انتخاب گردیدند. شرکت‌کنندگان گروه کنترل طوری انتخاب شدند که از لحاظ سن و تعداد

1. Consecutive referrals

سال‌های تحصیل با گروه آزمایش هم‌تا باشند. پس از ارائه توضیح در خصوص اهداف پژوهش و روش پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، از شرکت‌کنندگان خواسته شد که به مقیاس استرس زناشویی استکهلم (SMSS)^۱ و پرسشنامه افسردگی بک (BDI)^۲ پاسخ دهند. در این پژوهش، شاخص توده بدنی (BMI)^۳ به عنوان روشی برای سنجش درجه چاقی افراد، از طریق تقسیم وزن بدن فرد (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر)؛ میزان چربی خون بالا بر حسب میزان لیپوپروتئین با وزن مخصوص کم (LDL)^۴ یا کلسترول بد؛ و داروهای بتابلوکر، که از داروهای بلوک‌کننده آدرنوسپتورها^۵ محسوب می‌شوند و گیرنده‌های بتا را سد می‌کنند، نیز با توجه به میزان مصرف آنها توسط بیمار مشخص و محاسبه شد. میانگین سن زنان مبتلا به CHD ۵۵/۸۵ سال (انحراف معیار = ۸/۹۸، دامنه = ۷۲-۳۹) و میانگین سن زنان سالم ۵۲/۳ سال (انحراف معیار = ۱/۸۴، دامنه = ۷۳-۳۳) بود. میانگین تعداد سال‌های تحصیل زنان مبتلا به ۸/۰۸ سال (انحراف معیار = ۴/۴۶، دامنه = ۰-۲۰) و میانگین تعداد سال‌های تحصیل زنان سالم ۹/۴۸ سال (انحراف معیار = ۴/۲۵، دامنه = ۰-۲۰) بود.

ب. ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی بک (BDI)

پرسشنامه افسردگی بک یکی از آزمون‌های خودسنجی^۶ است که در آن نشانه‌های افسردگی برحسب شدت درجه‌بندی شده‌اند. هر ماده دارای ۴ گزینه است و پاسخ دهنده باید گزینه‌هایی را که با وضعیت فعلی وی مناسب‌تر است انتخاب کند. این آزمون یکی از رایج‌ترین و معتبرترین آزمون‌های روانی به شمار می‌رود (هرسن و بلاک، ۱۹۸۵، نقل در احمدی، ۱۳۷۱) که در همه اقصاء و محیط‌های اجتماعی قابل اجرا بوده و

1. Stockholm Marital Stress Scale

2. Beck Depression Inventory

3. Body Mass Index

4. Low Density Lipoprotein

5. adrenoceptors

6. self-report

فرهنگ ناوابسته است. مزیت عمده این آزمون این است که برای سنجش افسردگی هم در جمعیت بالینی و هم در جمعیت بهنجار دارای اعتبار است (ویلیامز، ۱۹۸۴، نقل در اصغرزاده، ۱۳۷۷).

بک، استیر و گارین (۱۹۸۸) همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه را از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون^۱ برای افسردگی ۰/۷۳ و با مقیاس D در MMPI^۲ ۰/۷۴ است (بک و همکاران، ۱۹۸۸).

مقیاس استرس زناشویی استکهلم (SMSS)

مقیاس SMMS یک مصاحبه ساخت‌دار برای اندازه‌گیری استرس زناشویی است که توسط اورث گومر و همکاران (۲۰۰۰) برای پژوهش درباره زنان مبتلا به بیماری قلبی ساخته شده است. در عین حال، می‌توان از آن برای پژوهش درباره مردان و سایر اختلالات سلامت نیز استفاده کرد. مقیاس اصلی دارای ۱۷ سؤال است که به صورت صفر و یک نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره این مقیاس صفر (۰) و حداکثر نمره آن ۱۷ است. هرچقدر نمره فرد در این مقیاس بالاتر باشد، استرس موجود در روابط او و همسرش بیشتر خواهد بود. اورث گومر و همکاران (۲۰۰۰) همسانی درونی^۳ مقیاس (آلفای کرونباخ = ۰/۷۷) و اعتبار سازه^۴ آن را با استفاده از مقیاس‌های مرتبط رضایت‌بخش گزارش کردند.

برای استفاده از این مقیاس در نمونه ایرانی ابتدا فرم خارجی ترجمه و سپس اعتباریابی مقدماتی شد. برای این کار ابتدا دو تن از استادان گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی متن ترجمه شده را بررسی و تغییرات لازم را در ترجمه

1. Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression

2. Minnesota Multiphasic personality Inventory

3. internal consistency

4. construct validity

اعمال کردند. با توجه به گفته اورث گومر و همکاران (۲۰۰۰) که بهتر است برای پاسخ دادن به سؤالات مقیاس به جای صفر و یک از مقیاس لیکرت استفاده شود، تغییرات لازم در این راستا صورت گرفت و برای منطبق کردن آن با شرایط مطالعه حاضر تغییرات جزئی در سؤالات اعمال شد و در نهایت دو فرم برای گروه آزمایش و کنترل به دست آمد. فرم گروه آزمایش ۱۵ سؤال و فرم گروه کنترل ۱۳ سؤال داشت. پنج گزینه «بسیار زیاد»، «زیاد»، «متوسط»، «کم» و «بسیار کم» برای پاسخ‌گویی به سؤالات در نظر گرفته شد. دو سؤال اضافی فرم گروه آزمایش درباره میزان تأثیر بیماری قلبی آنها در روابط جنسی آنان با همسرشان بود. برای بررسی اعتبار همزمان^۱ این مقیاس از پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-روست (بشارت، ۱۳۸۰) استفاده شد. هر دو آزمون بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. همبستگی میان این دو آزمون در نمونه مورد بررسی ۰/۵۳ به دست آمده که نشان دهنده اعتبار همزمان خوب مقیاس استرس زناشویی استکهلم است. آلفای کرونباخ به دست آمده برای مقیاس استرس زناشویی استکهلم ۰/۹۱ بود که نشانگر همسانی درونی بالای این پرسشنامه است.

نتایج

جدول ۱. مصرف روزانه سیگار در دو گروه زنان مبتلا به CHD و زنان سالم را نشان می‌دهد.

1. concurrent validity

جدول ۱. مصرف روزانه سیگار در دو گروه زنان مبتلا به CHD و زنان سالم

گروه	شاخص	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
زنان بیمار	۶۰	۵۰	۰/۱۷	۰/۶۷	۰	۰	۴
زنان سالم	۶۰	۵۰	۰/۴	۱/۸۹	۰	۰	۱۳
مجموع	۱۲۰	۱۰۰	۰/۲۸	۱/۴۲	۰	۰	۱۳

جدول ۲ نمرات آزمودنی‌های دو گروه را در شاخص توده بدنی نشان می‌دهد.

جدول ۲. آماره‌های شاخص توده بدنی در دو گروه زنان بیمار و زنان سالم

گروه	شاخص	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
زنان بیمار	۶۰	۵۰	۲۸/۵۸	۴/۷۷	۱۸/۵۹	۱۸/۵۹	۴۸/۸۵
زنان سالم	۶۰	۵۰	۲۶/۵۵	۲/۷۹	۲۱/۶۳	۲۱/۶۳	۳۴/۲۹
مجموع	۱۲۰	۱۰۰	۲۷/۵۶	۴/۰۲	۱۸/۵۹	۱۸/۵۹	۴۸/۸۵

جدول ۳ مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها را برحسب متغیرهای فشارخون بالا، چربی خون بالا، ورزش و مصرف داروهای بتابلوکر نشان می‌دهد.

جدول ۳. مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها برحسب متغیرهای فشارخون بالا، چربی خون بالا، ورزش و مصرف داروهای بتابلوکر

گروه	فشارخون بالا		چربی خون بالا		انجام ورزش		مصرف داروهای بتابلوکر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
زنان بیمار	۳۱	۵۱/۷	۲۲	۳۶/۷	۱۶	۲۶/۷	۲۸	۴۶/۷
زنان سالم	۶	۱۰	۷	۱۱/۷	۱۴	۲۳/۳	۷	۱۱/۷
مجموع	۳۷	۳۰/۸۵	۲۹	۲۴/۲	۳۰	۲۵	۳۵	۲۹/۱۶

نتایج آزمون همبستگی پیرسون میان نمرات استرس زناشویی و علائم افسردگی حاکی از این است که ضریب همبستگی میان این دو متغیر در گروه زنان مبتلا به CHD در سطح $P < 0/001$ و ضریب همبستگی به دست آمده در گروه زنان سالم ($r = 0/413$) در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار است. به عبارت دیگر، استرس زناشویی هم در میان زنان مبتلا به CHD و هم در میان زنان سالم با علائم افسردگی دارای رابطه مثبت معنی‌دار است. این نتایج فرضیه‌های اول و دوم پژوهش را تأیید می‌کنند.

نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام بر روی داده‌های به دست آمده در گروه زنان مبتلا به CHD نشان می‌دهد که از میان متغیرهای استرس زناشویی، چربی خون بالا، مصرف داروهای بتابلوکر، فشارخون بالا، سن، فعالیت بدنی (ورزش)، مصرف سیگار، شاخص توده بدنی، و تعداد سال‌های تحصیل به عنوان متغیرهای پیش‌بین علائم افسردگی (به عنوان متغیر ملاک)، استرس زناشویی مهم‌ترین متغیری است که توان پیش‌بینی واریانس متغیر ملاک را دارد. چربی خون بالا و مصرف داروهای بتابلوکر دو متغیر دیگری بودند که توان پیش‌بینی واریانس علائم افسردگی را داشتند. بقیه متغیرها توان پیش‌بینی کافی نداشتند.

نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون میان میانگین علائم افسردگی زنان مبتلا به CHD با متغیرهای پیش‌بین در جدول ۴ نشان داده شده است. براساس نتایج

به دست آمده، میزان F مشاهده شده برای متغیر استرس زناشویی معنی دار است ($P < 0/001$) و این متغیر به تنهایی ۱۷٪ از واریانس مربوط به علائم افسردگی را تبیین می کند ($R^2 = 0/17$) دو متغیر استرس زناشویی و چربی خون بالا به صورت مشترک ۲۸٪ از واریانس علائم افسردگی را تبیین می کنند.

F مشاهده شده معنی دار است ($P < 0/001$) متغیرهای استرس زناشویی، چربی خون بالا و مصرف داروهای بتابلوکر در مجموع ۴۲٪ از واریانس علائم افسردگی را در زنان مبتلا به CHD تبیین می کنند

F مشاهده شده معنی دار است ($P < 0/001$) ضرایب تأثیر استرس زناشویی $B = 0/314$ چربی خون بالا ($B = -12/38$) و مصرف داروهای بتابلوکر ($B = 10/11$) با توجه به آماره های t نشان می دهند که این سه متغیر می توانند با اطمینان ۹۹٪ تغییرات مربوط به واریانس علائم افسردگی را در زنان مبتلا به CHD پیش بینی کنند افزایش استرس زناشویی و مصرف داروهای بتابلوکر با افزایش علائم افسردگی و داشتن چربی خون بالا با کاهش علائم افسردگی همراه هستند.

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون علائم افسردگی زنان مبتلا به CHDC بر متغیرهای پیش بین

گام	شاخص مدل	ss	df	Ms	F	P	R	R ²	SE
۱	رگرسیون باقیمانده	۱۵۴۵/۲	۱	۱۵۴/۲	۱۱/۸۹	۰/۰۰	۰/۴۱۳	۰/۱۷	۱۱/۳۹
۲	رگرسیون باقیمانده	۲۵۷۸/۷۸	۲	۱۲۸۹/۳۹	۱۱/۳	۰/۰۰۰	۰/۵۳۳	۰/۲۸۴	۱۰/۶۷
۳	رگرسیون باقیمانده	۳۸۶۰/۸۹	۳	۱۲۸۶/۹۶	۱۳/۸	۰/۰۰۰	۰/۶۵۲	۰/۴۲۵	۹/۶۵
		۷۵۳۲/۴۴	۵۸	۷۴/۰۵					
		۶۵۰۰/۸۷	۵۷	۹۳/۱۹					
		۵۲۱۸/۷۵	۵۶						

شاخص	B	SEB	Beta	t	P
استرس زناشویی	۰/۳۱۴	۰/۰۷	۰/۴۵۵	۴/۴۷۳	۰/۰۰۰
چربی خون بالا	-۱۲/۸۲۷	۲/۸۲۸	-۰/۵۰۲	-۴/۵۳۵	۰/۰۰۰
مصرف داروهای بتابلوکر	۱۰/۱۱	۲/۷۲۶	۰/۴۱۰	۳/۷۰۹	۰/۰۰۰

گام ۱. متغیرهای پیش‌بین: استرس زناشویی

گام ۲. متغیرهای پیش‌بین: استرس زناشویی، چربی خون بالا

گام ۳. متغیرهای پیش‌بین: استرس زناشویی، چربی خون بالا، مصرف داروهای بتابلوکر

جدول ۵ نتایج آزمودنی‌های دو گروه را در پرسشنامه افسردگی بک نشان می‌دهد. مقایسه میانگین علائم افسردگی دو گروه با استفاده از آزمون ۱ برای گروه‌های مستقل نشان می‌دهد که میانگین علائم افسردگی زنان مبتلا به CHD ($M = 17/85$) از میانگین علائم افسردگی زنان سالم ($M = 12/58$) بالاتر است و تفاوت میان آنها از لحاظ آماری معنی دار است ($t_{2/64} = 118, P < 0/009$) این یافته فرضیه سوم پژوهش را تأیید می‌کند.

جدول ۵. نتایج آزمون ۱ برای مقایسه زنان بیمار و سالم

در مقیاس افسردگی بک

شاخص	میانگین	انحراف معیار	df	t	P
زنان بیمار	۱۷/۸۵	۱۲/۴۱	۱۱۸	۲/۶۴	۰/۰۰۹
زنان سالم	۱۲/۵۸	۹/۱۸			

جدول ۶ نتایج آزمودنی‌های دو گروه را در مقیاس استرس زناشویی نشان می‌دهد.

مقایسه میانگین نمرات استرس زناشویی دو گروه با استفاده از آزمون t برای گروه‌های مستقل نشان می‌دهد که اگر چه میانگین نمرات استرس زناشویی زنان بیمار ($M=32/08$) بالاتر از میانگین نمرات استرس زناشویی در گروه زنان سالم ($M=26/76$) است، ولی t به دست آمده در آزمون از لحاظ آماری معنی دار نیست ($t_{118}=1/74, P<0/083$) این یافته گرچه هم جهت با فرضیه چهارم پژوهش است، آن را تأیید نمی‌کند.

جدول ۶. نتایج آزمون t برای مقایسه زنان بیمار و سالم در مقیاس استرس زناشویی استکهلم

شاخص	میانگین	انحراف معیار	df	t	P
زنان بیمار	۳۲/۰۸	۱۷/۹۵	۱۱۸	۱/۷۴	۰/۰۸۳
زنان سالم	۲۶/۷۶	۱۵/۲۵			

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که وجود استرس یا فشار روانی بالا در روابط زناشویی زنان، با افزایش علائم افسردگی همراه است، یافته‌ای که هم در زنان مبتلا به CHD و هم در زنان سالم مصداق دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های بالوگ و همکاران (۲۰۰۳)، ویشمن (۱۹۹۹)، فینچام و همکاران (۱۹۸۹) و فلن و همکاران (۱۹۹۱) همخوانی دارد. در واقع اکنون شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که مشکلات زناشویی با آشفتگی هیجانی و سلامت ضعیف زنان رابطه دارد (به‌طور مثال، اورث گومر و همکاران، ۲۰۰۰، اریکالین، ۲۰۰۲).

رابطه میان استرس زناشویی و علائم افسردگی را می‌توان از دیدگاه‌های مختلف تبیین کرد. براساس دیدگاه نظریه پردازان تحلیل روانی مثل رادو، فنیکل، آرتی و بمپوراد (نقل در روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۰) می‌توان چنین استدلال کرد که در آن دسته از زنان

که استرس زناشویی بیشتری دارند نیاز آنها به دریافت عشق و تحسین، به‌ویژه از طرف همسران آنها، ارضا نمی‌شود و به همین دلیل عزت نفس آنها آسیب می‌بیند و برای ابتلا به افسردگی آسیب‌پذیرتر می‌گردند. از طرف دیگر طبق نظر بییرینگ (۱۹۵۳)، نقل در دادستان، (۱۳۷۶) افسردگی به واسطه احساس درماندگی "من" در رسیدن به آرزوها و اهدافش ایجاد می‌شود. می‌توان گفت که یکی از اهداف و آرزوهای افراد، به‌ویژه زنان، داشتن زندگی زناشویی موفق و دریافت عشق، محبت، حمایت و دلگرمی از همسر است و زنانی که کیفیت روابط زناشویی آنها پایین است احتمالاً به این هدف دست نمی‌یابند و به همین دلیل عزت نفس آنها آسیب می‌بیند که ویژگی اصلی افسردگی است. از دیدگاه لوین سون که احتمالاً با نفوذترین نظریه رفتاری را مطرح کرده است، افسردگی از میزان اندک تقویت مثبت همایند با پاسخ ناشی می‌شود (نقل در دادستان، ۱۳۷۶). ممکن است عدم دریافت تقویت از همسر، در مورد زنانی که استرس زناشویی بالاتر دارند، موجب کاهش بیشتر در آن دسته از فعالیت‌ها و جلوه‌های رفتاری شود که احتمالاً پاداش به دنبال دارند. کاهش سطح فعالیت، تقویت‌های مثبت را بیش از پیش کاهش می‌دهد که این امر باز هم رفتارهای مثبت کمتری را در پی دارد و به این ترتیب فرد به سوی افسردگی گام بر می‌دارد.

براساس نظریه‌های بک و سلینگمن به‌عنوان نظریه‌هایی که اثر تعامل آمادگی شناختی و استرس را در پیدایش اختلال افسردگی مطرح کرده‌اند، افسردگی نتیجه تعامل گونه‌های ویژه‌ای از شناخت‌ها و استنادها و رویدادهای استرس‌زای زندگی است. طرح واره‌ها یا ساخت‌های شناختی زیانبار که طی سال‌ها به وجود می‌آیند به صورت پنهان باقی می‌مانند و به دنبال تجارب استرس‌زای زندگی فعال شده و منجر به بروز علائم افسردگی می‌شوند (دهر، راش و برنشتاین، ۱۹۸۹). استرس زناشویی می‌تواند نقش عامل فعال‌کننده ساخت‌ها یا طرحواره‌های شناختی زیانبار و افسردگی‌زا را داشته و از این طریق منجر به بروز علائم افسردگی شود.

راه دیگر برای تبیین رابطه استرس زناشویی با علائم افسردگی، توجه به دیدگاه زیست‌شناختی درباره افسردگی است. طبق فرضیه نوراپی نفرین، پایین بودن سطح

نوراپی نفرین و طبق فرضیه سروتونین، پایین بودن سطح سروتونین در سیستم اعصاب مرکزی علت افسردگی است (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در استرس‌های شدید و طولانی مدت میزان مصرف نوراپی نفرین و سروتونین نسبت به تولید آن در بدن فزونی می‌یابد (لو و لو، ۱۳۷۱) پدیده‌ای که ممکن است در زنانی که تحت استرس زناشویی بالاتر قرار دارند موجب پیدایش علائم افسردگی شده باشد. مکانیسم‌های تأثیرگذاری استرس بر کاهش سطح نوراپی نفرین و سروتونین به دو صورت شناخته شده است. یکی مکانیسم "جذب مجدد" این مواد نوروشیمیایی به قسمت پیش سیناپسی، و دیگری مکانیسم "نافعال سازی" این مواد به وسیله آنزیم مونو آمین اکسیداز (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۰). به طور کلی باید گفت که هر یک از این دیدگاه‌ها احتمالاً بخشی از واقعیت را تبیین می‌کنند و تبیین کامل رابطه بین استرس زناشویی و علائم افسردگی مستلزم ترکیب دیدگاه‌های مختلف در یک چهارچوب کل نگر است.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که علائم افسردگی در میان زنان مبتلا به CHD بیش از زنان سالم شیوع دارد. این یافته با پژوهش بالوگ و همکاران (۲۰۰۳) هماهنگ و همسو است. این محققان شیوع بالاتر علائم افسردگی در زنان مبتلا به CHD را نسبت به شیوع آن در زنان سالم به وضعیت سلامت ضعیف آنان نسبت دادند. در تکمیل این گفته می‌توان استدلال کرد که ابتلا به بیماری کرونری قلب که یک بیماری مزمن است و بر بسیاری از جنبه‌های زندگی بیمار از جمله تغذیه، فعالیت بدنی، و سایر عادت‌های رفتاری و شیوه‌های زندگی تأثیر می‌گذارد و در بیشتر موارد با مشکلات و بیماری‌های دیگری مثل فشار خون بالا، چربی خون بالا، و دیابت همراه است، یک عامل بزرگ استرس‌زا محسوب می‌شود و می‌تواند همراه با استرس زناشویی، زنان مبتلا به CHD را بیش از زنان سالم در مقابل افسردگی آسیب‌پذیر سازد. از طرف دیگر ممکن است ابتلا به یک بیماری مزمن، بیماری کرونری قلب، عزت نفس فرد را خدشه‌دار سازد و از این طریق موجب پیدایش علائم افسردگی بیشتر در زنان مبتلا به CHD گردد.

در پژوهش حاضر استرس زناشویی زنان مبتلا به بیماری کرونری قلب بیشتر از زنان

سالم بود اما تفاوت نمرات استرس زناشویی دوگروه از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. این یافته با نتایج پژوهش بالوگ و همکاران (۲۰۰۳) ناهمخوان است. بیشتر زنان بیمار در مصاحبه با محقق خاطر نشان کردند که از زمانی که بیمار شده‌اند طرز رفتار همسران آنها به‌طور چشمگیر تغییر پیدا کرده و مثبت تر شده است که دلیل آن ممکن است ترس آنها در خصوص احتمال از دست دادن همسر به دلیل بیمار قلبی بوده باشد. علت تفاوت یافته پژوهش حاضر و یافته پژوهش بالوگ و همکاران در خصوص میزان استرس زناشویی زنان بیمار و سالم ممکن است وابستگی بیشتر زوجین به یکدیگر در جامعه ایرانی باشد. در واقع در شرایطی که ممکن است فرد همسر خود را به دلیل بیماری از دست بدهد، وابستگی شدید به همسر احتمالاً موجب می‌شود که او تلاش‌های خود را برای جلوگیری از مرگ همسر خود بیشتر کند و نسبت به همسر خود دلسوزتر و مهربان‌تر گردد و بیشتر به فکر مراقبت از او باشد.

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام حاکی از آن است که از بین متغیرهای بررسی شده، استرس زناشویی عاملی است که می‌تواند بیشترین مقدار از واریانس علائم افسردگی زنان مبتلا به CHD را پیش‌بینی کند. این یافته با نتایج پژوهش بالوگ و همکاران (۲۰۰۳) هماهنگ است. این یافته ما را به این توصیه رهنمون می‌سازد که در فعالیت‌های درمانی و توانبخشی زنان مبتلا به CHD باید به مسائل و روابط زناشویی آنها توجه ویژه مبذول شود.

در انجام این پژوهش با مشکلات و محدودیت‌هایی مواجه بودیم. با توجه به اینکه گروه‌های آزمایش و گواه باید از نظر سن و تعداد سال‌های تحصیل همگن می‌شدند و از سوی دیگر فرصت انجام پژوهش محدود بود، امکان انتخاب نمونه بزرگ‌تر وجود نداشت که ممکن است کم بودن حجم نمونه در نتایج پژوهش تأثیرگذار بوده باشد. همچنین اطلاعات مربوط به فشار خون، چربی خون و شاخص توده بدنی زنان سالم از گزارش‌های شخصی آنان به دست آمد که ممکن است به‌طور کامل قابل اعتماد و درست نباشند، اما در گروه زنان مبتلا به CHD1 این اطلاعات از پرونده پزشکی آنها یادداشت شد که بیشتر قابل اعتماد است.

مآخذ

- احمدی، جمشید (۱۳۷۴). "میزان افسردگی در دانشجویان پزشکی اهواز". فصل‌نامه اندیشه و رفتار، ۴، ۶-۱۲.
- اصغرزاده دهلوق، مجید (۱۳۷۷). "مقایسه کانون کنترل در بیماران افسرده و عادی". پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۰). "بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با مشکلات زناشویی در زوجین ناباور". تازه‌های روان‌درمانی، ۲۰ و ۱۹، ۵۵-۶۶.
- دادستان، پریرخ (۱۳۷۶). روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی (ویرایش دوم). تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- روزنهان، دل. و سلیگمن، م. ای. پ. (۱۳۸۱). آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: ساوالان.
- قاسمی، الهه، و مخلوق، مریم (۱۳۸۱). "بررسی افسردگی در بیماران مبتلا به IHD بستری در بیمارستان شهید رهنمون و افشار یزد". پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید صدوقی یزد.
- لو، اج، و لو، پی. (۱۳۷۱). استرس دائمی، ترجمه عباس قریب. مشهد: نشر درخشش.
- مدیرنیا، محمدجعفر؛ سبحانی، عبدالرسول، و نصیری راد، علی (۱۳۸۰). "شیوع افسردگی در مبتلایان به سکنه قلبی". مجله دانشکده علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۱۰، ۳۹ و ۴۰، ۱۶-۲۱.
- Balog,P.,Jansky,L.,Leinewber,C.Blome,M.Wamala,S.P.,& Orth-Gomer,K.(2003)."Depressive symptoms relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease: The Stockholm Female Coronary risk study"*Journal of Psychosomatic*, 54,113-119.
- Beck,A.T., Steer,R.A., & Gorbin, M.G.(1988)."Psychometric of Beck Depression Inventory:twenty-five years of evaluation". *Clinical psychology Review*: 77-100.
- Carney, R. M., & Freedland, K. E. (2003)."Depression, Mortality, and medical Morbidity in patients with Coronary Heart Disease". *Society of Biological psychiatry*, 54, 241-247.
- Crowther, J. H. (1985)."The Relationship between depression and marital maladjustment, a descriptive study. *The Journal if Nervous and Mental disease*, 173 (4), 227-237.

- Dimitrovsky, L., Levy-Shiff, R., & Shatner-zanani, I. (2002). "Dimensions of depression and perfectionism in pregnant women : Their levels and interrelationships and their relationship to marital satisfaction". *Journal of psychology*, 136 (6), 631-646.
- Dohr, K. B., Rush, A. J., & Bernstein, I. H. (1989). "Cognitive biases and depression". *Journal of abnormal psychology*, 98, 263-267.
- Erica Lynn, S. (2002). "Genetic and environmental influences on associations between marital relationships and depression in women. Dissertation abstracts international: section B: *The sciences & Engineering* 62, 5413.
- Fincham, F. D., Beach, S. R., & Bradburg, T. N. (1989). "Marital distress, Depression, and attributions: is the marital distress-attribution association and artifact of depression?" *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 57 (6), 768-771.
- Futterman, A; Gallagher, D., Thompson, L. W., Lovett, S. Gilewski, M. (1990). "Retrospective assessment of marital adjustment and depression during the first 2 years of spousal bereavement". *Psychology and aging*, 5, 277-283.
- Horsten, M., Mittleman, M. A., Wamala, S. P., Schenck-Gustafsson, K., & Orth-Gomer, K. (2000). "Depressive symptoms and lack of social integration in relation to prognosis of CHD in middle-aged women". *European Heart Journal*, 21, 1072-1080.
- Jiang, W., Krishnan, R. K., & Oconor, C. M. (2002). "Depression and heart Disease, evidence of a link, and it's therapeutic implication". *CNS Drugs*, 16 (2), 111-127.
- Orth-Gomer, K., Wamala, S. P., Horsten, M., Gustafson, K. S., Schneiderman, N., & Mittleman, M. (2000). "Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. The Stockholm female coronary risk study". *JAMA*, 284 (23), 3008-3014.
- Phelan, J., Schwartz, Z. E., Broment, E. J., Dew, M. A., Parkinson, D. K., Schiberg, H. C., Dunn, L. O., Blane, H., & Curtis, E. C. (1991). *Psychological Medicine*, 21 (4) : 992-1012.
- Stravinsky, A., Tremblay, M., & Verreault R. (1995). "Marital adjustment and depression", *Journal of*

psychopathology, 28, 112-117.

Strick, J.M., Denollet, J., Lousberg, R., & Honig, A. (2003). "Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction". *Journal of the American College of Cardiology*. Vol. 42, No. 10.

Wishman, M.A. (1999). "Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: results from the national comorbidity survey". *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 701-706.