

بررسی تأثیر پیام‌های صوتی مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر امید و خوش‌بینی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری

سارا حدادزاده^۱، شهلا ابوالحسنی^{۲*}، غلامرضا نیک‌راهان^۳، بهروز پورحیدر^۴، مرتضی سدهی^۵

چکیده

نوع مقاله:

مقاله اصیل

زمینه و هدف: سندرم حاد کرونری شایع‌ترین اختلال قلبی عروقی است. امید و خوش‌بینی موجب سازگاری و تعدیل اثرات زیان‌بار خلق افسرده بر پیامد این اختلال می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر پیام‌های صوتی مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر امید و خوش‌بینی مبتلایان به این سندرم انجام گرفته است.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی تصادفی شاهددار، ۸۴ بیمار مبتلا به سندرم حاد کرونری بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهرکرد در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ به روش تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. برای گروه مداخله پیام‌های صوتی مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و خودمراقبتی قلبی و گروه کنترل فقط پیام‌های خودمراقبتی قلبی در دو مرحله بستری در بیمارستان و ۶ هفته پس از ترخیص اجرا شد. پرسشنامه‌های جهت‌گیری زندگی و امید اشنایدر قبل از مداخله، زمان ترخیص، یک و شش هفته پس از اتمام مداخله تکمیل شد. داده‌ها با آزمون‌های کای‌دو، فیشر و آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره امید قبل از مداخله و زمان ترخیص بین دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشت. اما یک هفته و شش هفته پس از اتمام مداخله بین دو گروه تفاوت آماری معنادار مشاهده شد ($p < 0.001$). همچنین میانگین نمره خوش‌بینی قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت اما در مراحل زمان ترخیص ($p = 0.027$)، یک و شش هفته پس از اتمام مداخله تفاوت معنادار دیده شد ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: پیام‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر موجب ارتقای امید و خوش‌بینی در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری می‌شود. لذا اجرای این مداخله در کنار سایر درمان‌ها توصیه می‌گردد.

ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT2017092532764N4

واژه‌های کلیدی: سندرم حاد کرونری، روان‌شناسی، خوش‌بینی، امید

نویسنده مسؤل: شهلا ابوالحسنی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
e-mail: sh_abolhassani@yahoo.com

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۹۹ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۹ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۹/۱۱/۲۷

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی از علل اصلی مرگومیر و عامل ۱۶/۷ میلیون مرگ سالانه در

جهان است (۱). شایع‌ترین بیماری قلبی عروقی در جوامع توسعه یافته و در حال توسعه، بیماری عروق کرونر (Coronary artery disease) است (۲). بیماری عروق کرونر به دلیل انسداد نسبی یا دائم در شریان‌های کرونری قلب رخ می‌دهد و شامل آنژین صدری پایدار (Stable Angina)، آنژین صدری ناپایدار (Unstable Angina) و انفارکتوس میوکارد

۱ - گروه آموزشی پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
۲ - گروه آموزشی پرستاری سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳ - گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشگاه فرهنگیان اصفهان، اصفهان، ایران
۴ - گروه آموزشی قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
۵ - گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

مانعی برخورد می‌کنند، می‌توانند انگیزه خود را حفظ کنند و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند (۱۰). خوش‌بینی نیز عامل روانی مثبت دیگری است که بر سبک تبیین علل رویدادها به صورت مثبت تأکید دارد و یک انتظار کلی است حاکی از این‌که در آینده، رویدادهای خوب بیش‌تری اتفاق خواهند افتاد. خوش‌بینی با پیامدهای مثبت ارتباط دارد و فرد را به طرف چنین پیامدهایی سوق می‌دهد (۱۱، ۹ و ۱۲). نتایج پژوهش‌ها نیز حاکی از این امر است که در کل خوش‌بینی و بدبینی به ترتیب با سازگاری و ناسازگاری روان‌شناختی رابطه دارند و در این میان خوش‌بینی پیش‌گوی معتبری برای سلامت جسمانی و روانی از جمله خلق مثبت، پاسخ مثبت به مداخله‌های پزشکی، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقادهنده سلامت است (۹ و ۱۴-۱۲).

امروزه تمایل به استفاده از روش‌های غیردارویی و تکنیک‌های درمانی مکمل رو به افزایش است و می‌توان راه‌های جدیدتری برای درمان و پیشگیری از عوارض جسمی و روانی بیماری‌های مزمن از طریق تلفیق استفاده از دارو و آموزش همراه با تکالیف خانگی و استفاده از تکنیک‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر در رابطه با ذهن افراد به وجود آورد (۱۵). مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر جهت ارتقای بهزیستی افراد استفاده می‌شود. روان‌شناسی مثبت‌نگر برای حفظ سلامت روانی و جسمی در شرایط خطر (با تأکید بر توانمندی‌ها) اهمیت خاصی قایل است و نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی بر وقوع مجدد آن‌ها باشد (۱۳ و ۱۴). تکنیک‌های مبتنی بر

(Myocardial Infarction) می‌باشد. به دلیل وجود شباهت در فرآیند آتژین صدري ناپایدار و انفارکتوس حاد میوکارد، واژه سندرم حاد کرونری (Acute coronary syndrome) برای این تشخیص‌ها به کار می‌رود (۳). بیش از ۲/۵ میلیون نفر هر سال در سراسر جهان به دلیل ابتلا به این اختلال در بیمارستان بستری می‌شوند (۴). این بیماری موجب ایجاد محدودیت‌هایی در زندگی بیمار از قبیل تغییرات کامل در روابط خانوادگی، کار، ارزش‌ها، توانایی جسمی، اجتماعی و توانایی مراقبت از خود و در نتیجه بروز اختلالات روانی می‌شود (۵). افسردگی، اضطراب، استرس، ناامیدی، بدبینی بر پیروی این بیماران از توصیه‌های درمانی و اثربخشی درمان تأثیر می‌گذارد. بنابراین حذف یا کاهش آن‌ها باید در مداخلات ویژه ارتقای سلامت این بیماران مورد توجه قرار گیرد. از طرفی ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت در افراد، مانند خوش‌بینی و امیدواری به بهبود سریع‌تر شخص کمک می‌کند (۶). نتایج مطالعات نشان داده است که عوامل روانی مثبت موجب بهبود کیفیت زندگی و کاهش بروز عوارض در بیماران قلبی می‌شود (۷ و ۸).

یکی از حالات ذهنی مثبت که در حوادث تنش‌زای زندگی مانند بیماری‌ها نقش اساسی ایفا می‌کند، امید است (۹). امید یک ساختار شناختی- انگیزشی است که از تعامل دو مؤلفه کارگزاری (Agency) موفق و گذرگاه‌ها (Pathways) (قدرت برنامه‌ریزی راه‌های گوناگون برای رسیدن به هدف) به وجود می‌آید. افراد امیدوار در زندگی گذرگاه‌های بیش‌تری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با

مراقبت‌های ویژه قلب بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بودند. این مطالعه از دی ماه ۱۳۹۶ تا تیر ماه ۱۳۹۷ انجام یافت. حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه (۲۲ و ۲۱) و با استفاده از فرمول زیر در هر گروه ۴۲ نفر برآورد شد. در صورت خروج نمونه‌ها از مطالعه نمونه‌های دیگر جایگزین می‌شدند.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 (s_1^2 + s_2^2)}{d^2}$$

$$= \frac{(1.96 + 1.28)^2 \times ((1.3)^2 + (1.5)^2)}{(1)^2} \sim 41.33$$

$$\alpha = 0.05 \Rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

$$1 - \beta = 0.90 \Rightarrow Z_{1-\beta} = 1.28$$

(با توجه به مطالعات مشابه برآورد شد)

$$S_1 = 1.3, S_2 = 1.5$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۳۰ تا ۷۵ سال، تأیید سندرم حاد کرونری توسط متخصص قلب و عروق، تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم همکاری بیمار، فوت بیمار در طول مطالعه و ابتلا به عوارض تهدیدکننده زندگی نظیر نارسایی قلب، اریتمی و شوک کاردیوژنیک بود. معیارهای عدم ورود شامل سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی دیگر، مشکلات شنوایی، مصرف داروهای روان‌پزشکی نظیر داروهای ضد افسردگی و آنتی‌سایکوتیک از ۳ ماه قبل از مداخله بود.

نمونه‌گیری به روش در دسترس و تخصیص افراد در گروه مداخله و کنترل به روش تصادفی‌سازی ساده انجام گرفت. روش تصادفی‌سازی بدین ترتیب بود که ۴۲ عدد کارت شماره ۱ و ۴۲ عدد کارت شماره ۲ در

روان‌شناسی مثبت‌نگر نظیر انتظارات خوش‌بینانه، عاطفه مثبت، بخشش درمانی، مداخله شادی و آموزش مثبت اندیشی در چند مطالعه جهت ارتقای کارایی جراحی قلب (۱۶)، تبعیت از درمان در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک (۱۷)، تبعیت از درمان دارویی در بیماران مبتلا به هایپرتانسیون (۱۸)، نشانگرهای زیستی خطر و متغیرهای روان‌شناختی بیماران کرونری (۱۹)، استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر (۲۰) استفاده شده است. در مطالعات یاد شده فنون مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر، به صورت حضوری برای بیماران انجام یافته و اثرات مداخلات در کوتاه مدت بررسی شده است. در این مطالعه با توجه به وجود محدودیت عملکردی و سن بالای اکثر بیماران جهت ارایه حضوری فنون مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر و بررسی اثرات درازمدت این تکنیک‌ها، پیام‌هایی برای بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر طراحی شد و در کنار سایر آموزش‌های خودمراقبتی قلبی به عنوان تکمیل‌کننده این برنامه به بیماران ارائه شد. با توجه به موارد بالا، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر پیام‌های صوتی مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر امید و خوش‌بینی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری انجام یافته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده است. جامعه پژوهش، بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بستری در بخش

موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۶، بسیار موافقم نمره ۷، کاملاً موافقم نمره ۸ تعلق می‌گیرد. برای به دست آوردن نمره خرده مقیاس مسیرها، نمره‌های عبارات ۱، ۴، ۶ و ۸ با هم جمع می‌شود. این نمره در دامنه ۴ تا ۳۲ می‌باشد که هرچه بالاتر باشد، نشان‌دهنده سطوح بالاتر مسیره‌های تفکر است. برای به دست آوردن نمره خرده مقیاس تفکر عامل، نمره‌های عبارات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ با هم جمع می‌شود. این نمره نیز در دامنه ۴ تا ۳۲ می‌باشد که هرچه بالاتر باشد نشان‌دهنده سطوح بالاتر عاملیت است. نمره کلی امید از جمع دو نمره خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید که در دامنه ۸ تا ۶۴ قرار می‌گیرد. هرچه نمره بالاتر باشد مبین سطح بالاتر امید است (۲۳). Snyder متوسط ضریب روایی و پایایی این ابزار را برابر ۹۱٪ گزارش کرده است. این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوش‌بینی، انتظار دستیابی به هدف و عزت نفس همبستگی ۰/۵ تا ۰/۶ دارد (۱۰). در پژوهش کرمانی و همکاران بررسی روایی این پرسشنامه با استفاده از روایی سازه و تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مقیاس دارای ساختاری دو عاملی شامل تفکر عامل و مسیرها است. ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمد. بررسی روایی همزمان با محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس افکار خودکشی، حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا بیانگر رابطه منفی بین نمرات مقیاس امید با نمرات مقیاس افکار خودکشی و رابطه مثبت با نمرات مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی بود.

یک جعبه در بخش موردنظر قرار داده شد. در هنگام انتخاب نمونه‌های پژوهش از یکی از پرستاران بخش درخواست شد، یکی از این کارت‌ها را از جعبه خارج کند. در صورت خارج شدن عدد ۱ بیمار در گروه مداخله و در صورت خارج شدن عدد ۲ بیمار در گروه کنترل قرار می‌گرفت. اعداد خارج شده از جعبه به جعبه برگردانده نمی‌شد.

ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه امید اشنایدر (Hope Questionnarrie) و پرسشنامه جهت‌گیری زندگی تجدیدنظر شده (Life Orientation Test-Reviseved) بود. پرسشنامه‌ها قبل از ارایه فایل‌های صوتی (پیش‌آزمون)، بلافاصله پس از ترخیص، یک و شش هفته پس از ارایه فایل‌های صوتی توسط پژوهشگر به روش مصاحبه تکمیل شد.

پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل سؤالاتی در زمینه سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل و نوع بیماری قلبی بود.

از پرسشنامه امید اشنایدر برای بررسی سطح امید بیماران استفاده شد. این پرسشنامه توسط Snyder و همکاران در سال ۱۹۹۱ ساخته شده است و دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عامل و ۴ عبارت برای سنجش مسیرها و ۴ عبارت انحرافی است. این پرسشنامه دارای مقیاس هشت درجه‌ای لیکرت است. طیف گزینه‌ها از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌باشد. یعنی به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱، بسیار مخالفم نمره ۲، مخالفم نمره ۳، کمی مخالفم نمره ۴، کمی

پرسشنامه با پرسشنامه‌های خود تسلطیابی و افسردگی در مورد ۱۲۰ نمونه در ایران تعیین شد و ضرایب روایی به ترتیب ۰/۷۲۵ و ۰/۶۴۹- به دست آمد. تحلیل عوامل مقیاس خوش‌بینی نشان داد که این مقیاس از دو عامل امید به آینده و نگرش مثبت نسبت به وقایع تشکیل شده است. ضریب پایایی کل آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و از طریق بازآزمایی با اجرای دو بار مقیاس به فاصله ۲۸ روز ۰/۸۷ برآورد شد (۲۷). نمونه‌های پژوهش از بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلب در روز دوم بستری انتخاب شدند. پس از توضیح کامل اهداف مطالعه به نمونه‌ها و نحوه انجام کار برای آن‌ها، در صورت تمایل افراد به شرکت در پژوهش، پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، گمارش نمونه‌ها به دو گروه مداخله و کنترل به شکل تصادفی انجام می‌یافت. به نمونه‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده محرمانه خواهد ماند.

در این مطالعه، گروه مداخله پیام‌های مبتنی بر روان‌شناسی مثبت به همراه پیام‌های خودمراقبتی قلبی و گروه کنترل فقط پیام‌های خودمراقبتی قلبی را به صورت فایل‌های صوتی دریافت نمودند. آرایه فایل‌ها برای هر دو گروه به صورت صوتی در دو مرحله انجام یافت. مرحله اول در مدت بستری بیمار در بیمارستان و مرحله دوم به مدت ۶ هفته پس از ترخیص بود. استفاده از پیام‌های صوتی خودمراقبتی قلبی در گروه کنترل جهت حذف اثر احتمالی پخش فایل صوتی بود. درون‌مایه‌های کلی پیام‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر (جدول شماره ۱ و ۲) براساس مباحث مطرح در روان‌شناسی مثبت‌نگر با تأکید بر سازه خوش‌بینی، امید و عاطفه مثبت طراحی گردید.

ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمد (۲۳).

پرسشنامه تجدیدنظر شده جهت‌گیری زندگی (LOT-R)، پرسشنامه ۱۰ سؤالی است که Carver و Scheier در سال ۱۹۸۵ برای ارزیابی خوش‌بینی سرشتی تدوین کردند و سپس تجدیدنظر شد. این مقیاس میزانی که افراد انتظارات خود را نسبت به پیامدهای زندگی ارزیابی می‌کنند، به دست می‌دهد. ۳ سؤال از این پرسشنامه برای ارزیابی خلق خوش‌بینانه و ۳ سؤال خلق بدبینانه و ۴ سؤال آن انحرافی است. پاسخ‌دهندگان با یکی از پنج گزینه «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «بی‌طرف»، «مخالقم»، «کاملاً مخالفم» به هر ماده پاسخ می‌دهند. این گزینه‌ها به ترتیب از صفر (کاملاً مخالفم) تا چهار (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. چهار سؤال (شماره ۲، ۵، ۶ و ۸) آن نادیده گرفته می‌شود. سؤال‌هایی که بار منفی دارند (۷، ۹ و ۱۰) نمره‌شان معکوس در نظر گرفته می‌شود. سپس نمرات شش سؤال با هم جمع زده می‌شود. دامنه نمرات بین صفر تا ۲۴ می‌باشد. هرچه نمرات بالاتر باشد و به ۲۴ نزدیک‌تر باشد دورنمای خوش‌بینی بیش‌تر است (۲۴). Marshall و Lang، پایایی این پرسشنامه را به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و روایی آن را ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند که ضرایب قابل قبولی می‌باشند (۲۵). در تحقیق موسوی نسب و تقوی پایایی این پرسشنامه در مورد ۲۷ دانش‌آموز پیش دانشگاهی با فاصله ده روز ۰/۷۰ بود (۲۶). برای هنجاریابی و تعیین روایی و پایایی مقیاس خوش‌بینی، ضریب روایی هم‌زمان این

دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد دریافت شد. قبل از شروع کار، ضمن توضیح هدف از اجرای پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه به صورت کتبی، به بیماران شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری بوده، هیچ‌گونه هزینه‌ای بر آن‌ها تحمیل نخواهد شد و اطلاعات آن‌ها محرمانه نزد تیم پژوهش خواهد ماند. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام مرحله انتهایی مطالعه، لوح فشرده حاوی پیام‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. این مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی با کد IRCT2017092532764N4 به ثبت رسیده است.

اطلاعات پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های کای‌دو، فیشر و آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری) استفاده شد. $p < 0.05$ به عنوان سطح معنادار در نظر گرفته شد.

نسخه اجرای رو در روی این مداخله توسط نیک‌راهان با تکیه بر پیشینه موجود در این زمینه (۲۸ و ۲۹) ساخته شده است، روایی آن توسط صاحب‌نظران روان‌شناسی مثبت تأیید شده است. این بسته پیش از این به شکل رو در رو برای بیماران قلبی به اجرا در آمده است (۳۰). پیام‌های مداخله براساس درون‌مایه‌های اصلی پیام‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر و با تأکید بر بیماری سندرم کرونری حاد نوشته شد و پس از تأیید روان‌شناس، پزشکان متخصص قلب و عروق و پرستاران این پیام‌ها در قالب فایل‌های صوتی ۵ تا ۱۵ دقیقه‌ای ضبط و بر روی دستگاه Mp3player قرار داده شد و از طریق هدفون ارایه شد. پیام‌های خودمراقبتی قلبی با استفاده از متون (جدول شماره ۳ و ۴) برای بیماران طراحی شد و پس از تأیید توسط پزشکان متخصص قلب و عروق و پرستاران در قالب فایل‌های صوتی ضبط شد و بر روی دستگاه MP3Player قرار داده شد و از طریق هدفون ارایه شد.

برای انجام این مطالعه مجوز اخلاق با کد IR.SKUMS.REC145 از کمیته اخلاق

جدول ۱- درون‌مایه پیام‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر مرحله بستری بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه قلب

| جلسه | درون‌مایه محتوای پیام / محتوای مداخله |
|----------------------|---|
| جلسه توجیهی | معرفی تیم مداخله، معرفی پیام‌ها و اهمیت آن‌ها در سلامت بیماران، ایجاد انگیزه برای انجام تمرین‌ها در طول مدت بستری بودن و پس از آن |
| درون‌مایه پیام اول | کوتاه و موقتی بودن مدت بستری |
| درون‌مایه پیام دوم | برداشت مثبت از رخداد بستری شدن در سی سی یو |
| درون‌مایه پیام سوم | خوش‌بینی صبحگاهی هنگام بیدار شدن (هر روز) |
| درون‌مایه پیام چهارم | بیرونی و غیردایمی دیدن فرآیند بستری |
| درون‌مایه پیام پنجم | امید به بهبود و تأثیر آن |
| درون‌مایه پیام ششم | قدرشناسی خوش‌بینانه هنگام خواب (هر شب) |
| درون‌مایه پیام هفتم | تصویرسازی مثبت از آینده در زمینه سلامت قلب |
| درون‌مایه پیام هشتم | مراقبه معطوف به تصویرسازی مثبت درباره قلب و رگ‌ها |
| درون‌مایه پیام نهم | قدرشناسی خوش‌بینانه از میزان علایم عارضه قلبی من |
| درون‌مایه پیام دهم | کنترل‌پذیر بودن عارضه قلبی |

جدول ۲- درون‌مایه پیام‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر مرحله پس از ترخیص بیمار از بیمارستان

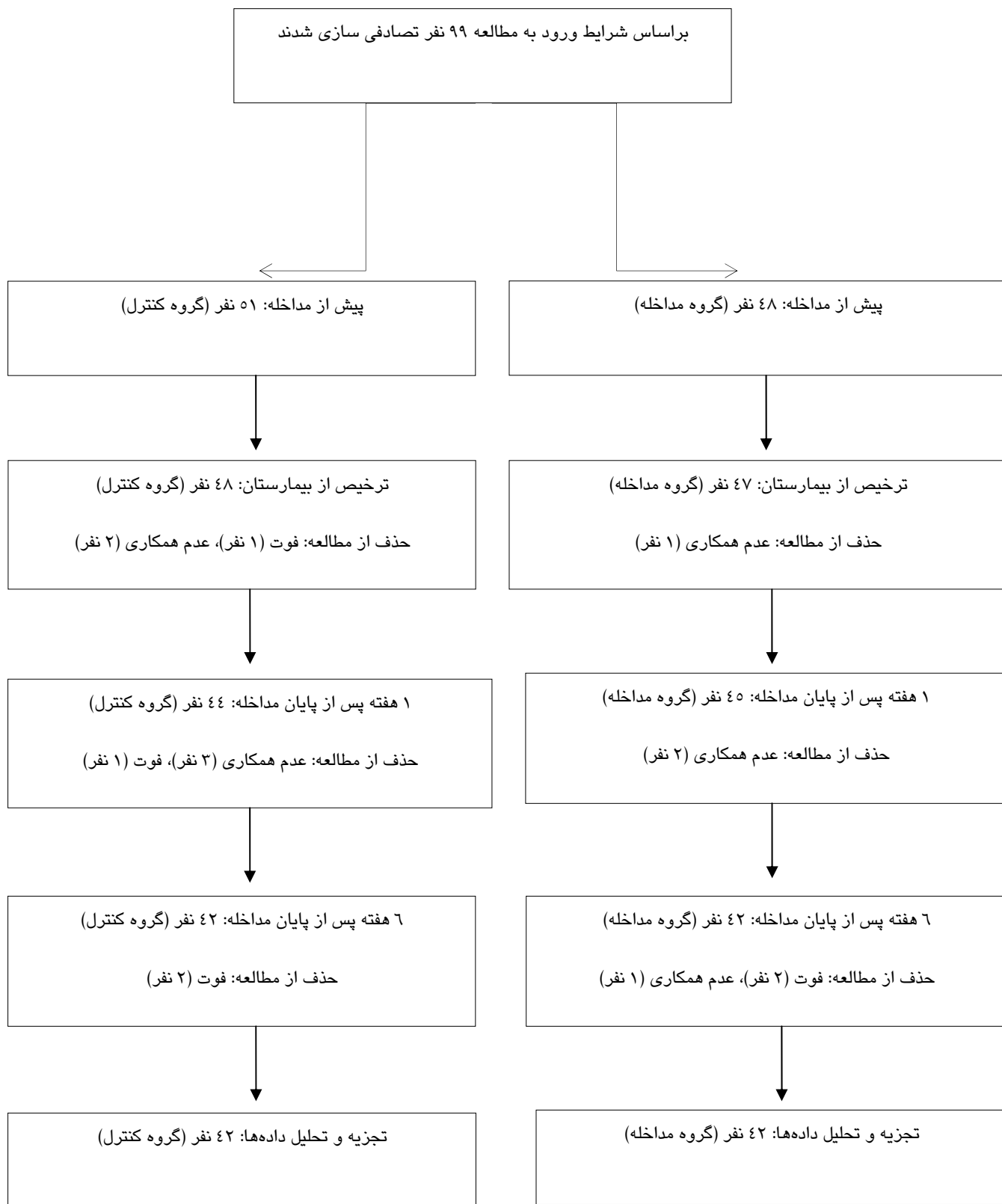
| | |
|------------------------|---|
| پس از ترخیص | درون‌مایه محتوای پیام/ محتوای مداخله |
| درون‌مایه پیام اول | تعبیر مثبت از آسیب و تعبیر مثبت از عارضه قلبی وارد شده |
| درون‌مایه پیام دوم | رشد پس از آسیب |
| درون‌مایه پیام سوم | قدرشناسی خوش‌بینانه از میزان علایم عارضه قلبی من |
| درون‌مایه پیام چهارم | امید به آینده: بهترین خود ممکن در حیطه سلامت قلب و عروق |
| درون‌مایه پیام پنجم | امید به آینده: تمرین دفترچه اهداف و خرده اهداف در راستای بهترین خود ممکن در حیطه سلامت قلب و عروق |
| درون‌مایه پیام ششم | امید به آینده: تصویرسازی مثبت در مورد انتظار رویدادهای مثبت در مورد سلامت قلب من |
| درون‌مایه پیام هفتم | کنترل پذیر بودن عارضه قلبی من |
| درون‌مایه پیام هشتم | آمادگی برای مقابله با بحران- آمادگی برای بدترین حالت ممکن |
| درون‌مایه پیام نهم | ذهن آگاهی و خودگویی مثبت |
| درون‌مایه پیام دهم | خوش‌بینی نسبت به حمایت اجتماعی |
| درون‌مایه پیام یازدهم | کوتاه و موقتی بودن دوره حاد بیماری |
| درون‌مایه پیام دوازدهم | خوش‌بینی صبحگاهی هنگام بیدار شدن (هر روز) |
| درون‌مایه پیام سیزدهم | قدرشناسی خوش‌بینانه هنگام خواب (هر شب) |
| درون‌مایه پیام چهاردهم | تبدیل خوش‌بینی به یک عادت |

جدول ۳- درون‌مایه پیام‌های خودمراقبتی قلبی در زمان بستری

| | |
|---------|---|
| روز | محتوای پیام |
| روز اول | آشنایی با بخش CCU و آشنایی با سیستم قلب و عروق |
| روز دوم | عوامل خطر ساز تنگی عروق، آنژین صدری و حمله قلبی |
| روز سوم | درمان |

جدول ۴- درون‌مایه پیام‌های خودمراقبتی قلبی در منزل

| | |
|---|------------|
| محتوای پیام | |
| زندگی با بیماری قلبی و فشارخون بالا | هفته اول |
| چربی خون بالا، تغذیه و بیماری قلبی | هفته دوم |
| داروها | هفته سوم |
| ورزش و بیماری قلبی، رابطه سلامت روحی و قلبی | هفته چهارم |
| خواب مناسب و بیماری قلبی، تنفس عمیق و آرام‌سازی | هفته پنجم |
| توصیه‌های خودمراقبتی | هفته ششم |



نمودار ۱- نمودار کانسورت

یافته‌ها

در این پژوهش، ۸۴ بیمار مبتلا به سندرم حاد کرونری مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند و داده‌های مربوط به دو گروه مداخله و کنترل مورد تحلیل قرار گرفت. طبق نتایج آزمون‌های فیشر، دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی، همگن بودند. میانگین سنی در گروه مداخله $49/86 \pm 8/05$ و در گروه کنترل $49/42 \pm 6/82$ بود. در گروه مداخله ۶۹٪ و در گروه کنترل ۷۳٪ مرد بودند. سایر مشخصات بیماران به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

با توجه به جدول شماره ۶ تحلیل نتایج داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات نشان داد که میانگین نمره امید در گروه مداخله بین زمان‌های مختلف تفاوت آمار معناداری داشته است ($p < 0/001$) اما در گروه کنترل میانگین نمره امید بین زمان‌های مختلف تفاوت آمار معنادار نداشت ($p = 0/102$). براساس نتایج آزمون post hoc میانگین نمرات امید بین دو گروه کنترل و مداخله در زمان قبل از مداخله ($p = 0/873$) و زمان ترخیص ($p = 0/064$) تفاوت آمار معناداری نداشت. اما

یک هفته بعد از پایان مداخله و شش هفته بعد از پایان مداخله تفاوت آماری معنادار مشاهده شد ($p < 0/001$). اثر متقابل شاخص زمان با انجام آزمون آنالیز واریانس دوطرفه با تکرار مشاهدات تفاوت آماری معنادار نشان داد ($p < 0/001$).

با توجه به جدول شماره ۷ نتایج آزمون تحلیل واریانس با تکرار مشاهدات نشان داد که میانگین نمره خوش‌بینی در گروه مداخله بین زمان‌های مختلف تفاوت آمار معناداری داشته است ($p < 0/001$) اما در گروه کنترل میانگین نمره خوش‌بینی بین زمان‌های مختلف تفاوت آماری معنادار مشاهده نشد ($p = 0/131$). براساس نتایج آزمون post hoc میانگین نمرات خوش‌بینی بین دو گروه مداخله و کنترل در زمان قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشت ($p = 0/448$). اما میانگین نمره خوش‌بینی زمان ترخیص ($p = 0/027$)، یک هفته بعد از پایان مداخله و شش هفته بعد از پایان مداخله تفاوت آماری معنادار داشت ($p < 0/001$). اثر متقابل شاخص زمان با انجام آزمون تحلیل واریانس دوطرفه با تکرار مشاهدات تفاوت آماری معناداری نشان داد ($p < 0/001$).

جدول ۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای جمعیت‌شناختی دو گروه مداخله و کنترل در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد در سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۷

| متغیر | گروه‌ها | گروه مداخله | |
|-----------------|---|-------------|------------|
| | | N (%) | گروه کنترل |
| وضعیت تحصیلات | بی‌سواد | ۶(٪۱۴/۳) | ۸(٪۱۹) |
| | زیردیپلم | ۱۹(٪۴۵/۲) | ۱۶(٪۳۸/۱) |
| | دیپلم | ۱۴(٪۳۳/۳) | ۱۶(٪۳۸/۱) |
| | لیسانس و بالاتر | ۳(٪۷/۱) | ۲(٪۴/۸) |
| وضعیت تأهل | مجرد | ۰(٪۰) | ۱(٪۲/۴) |
| | متأهل | ۴۰(٪۹۵/۲) | ۳۸(٪۹۰/۵) |
| | جدا شده | ۱(٪۲/۴) | ۱(٪۲/۴) |
| | بیوه | ۱(٪۲/۴) | ۲(٪۴/۸) |
| وضعیت شغلی | دولتی | ۷(٪۱۶/۷) | ۸(٪۱۹) |
| | آزاد | ۱۳(٪۳۱) | ۱۵(٪۳۵/۷) |
| | خانه‌دار | ۹(٪۲۱/۴) | ۱۱(٪۲۶/۲) |
| | بی‌کار | ۱(٪۲/۴) | ۲(٪۴/۸) |
| | بازنشسته | ۱۲(٪۲۸/۶) | ۶(٪۱۴/۳) |
| نوع بیماری قلبی | (Unstable Angina) USA | ۲۳(٪۵۴/۸) | ۲۸(٪۶۶/۷) |
| | ST elevation) STEMI MI(myocardial infarction) | ۱۳(٪۳۱) | ۱۱(٪۲۶/۲) |
| | Non ST) NSTEMI Elevation MI(myocardial infarction) | ۶(٪۱۴/۳) | ۳(٪۷/۱) |
| تعداد کل | | ۴۲ | ۴۲ |

جدول ۶- مقایسه میانگین نمرات امید گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله، زمان ترخیص، یک و شش هفته پس از پایان مداخله در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد در سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۷

| نتیجه آزمون Post hoc(LSD) | گروه‌ها | | زمان | متغیر |
|---------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| | مداخله | کنترل | | |
| | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | | |
| $p=۰/۸۷۳$ | ۴۵/۸۸±۸/۱۲ | ۴۵/۶۲±۶/۷۸ | قبل از مداخله | امید |
| $p=۰/۰۶۴$ | ۴۷/۸۳±۶/۹۹ | ۴۵/۱۷±۶/۰۱ | پس از ترخیص | |
| $p<۰/۰۰۱$ | ۵۰/۳۳±۵/۳۸ | ۴۴/۵۹±۶/۰۷ | یک هفته بعد از مداخله | |
| $p<۰/۰۰۱$ | ۴۹/۵۷±۵/۶۴ | ۴۴/۲۱±۵/۷۸ | شش هفته بعد از مداخله | |
| | ۲۸/۰۹۲ | ۲/۴۳۳ | F | |
| | <۰/۰۰۱ | ۰/۱۰۲ | p | آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات |

جدول ۷- مقایسه میانگین نمرات خوش‌بینی گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله، زمان ترخیص، یک و شش هفته پس از پایان مداخله در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهکرد در سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۹۶

| نتیجه آزمون Post hoc(LSD) | گروه‌ها | | زمان | متغیر |
|------------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| | مداخله | کنترل | | |
| | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | | |
| $p=0/448$ | ۱۵/۳۱±۳/۰۲ | ۱۵/۷۸±۲/۶۹ | قبل از مداخله | خوش بینی |
| $p=0/027$ | ۱۶/۷۴±۲/۷ | ۱۵/۴±۲/۷ | پس از ترخیص | |
| $p<0/001$ | ۱۸/۴۸±۱/۸۴ | ۱۵/۵۲±۲/۶۹ | یک هفته بعد از مداخله | |
| $p<0/001$ | ۱۸/۷۸±۱/۶۹ | ۱۵/۲۶±۳/۰۸ | شش هفته بعد از مداخله | |
| | ۷۱/۸۹۲ | ۲/۰۳۶ | F | |
| | <0/001 | ۰/۱۳۱ | p | آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات |

بحث و نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش مقایسه میانگین نمرات امید بین دو گروه مداخله و کنترل در مراحل قبل از مداخله و پس از ترخیص تفاوت آماری معناداری نشان نداد، اما در مراحل یک هفته و شش هفته بعد از مداخله تفاوت معنادار مشاهده شد. همچنین میانگین نمرات خوش‌بینی دو گروه قبل از مداخله تفاوت معناداری نداشت، اما در مراحل پس از ترخیص، یک هفته و شش هفته بعد از مداخله تفاوت معنادار مشاهده شد. Huffman و همکاران مطالعه‌ای با هدف بررسی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر به صورت تلفنی به مدت هشت هفته برای بیماران بستری شده با بیماری‌های قلبی حاد (سندرم حاد کرونری و نارسایی قلبی) انجام دادند، نتایج نشان‌دهنده افزایش امید در بیماران بود (۲۹) که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. فرنام مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر آموزش مثبت‌نگری بر امید بیماران سالمند انجام داده و نتایج را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بررسی نمود. یافته‌ها نشان داد که آموزش

مثبت‌نگری به طور معناداری موجب افزایش امید در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه مداخله نسبت به کنترل شده است (۳۱). این نتایج نیز با پژوهش حاضر همسو است. یافته‌های مطالعه نیک‌راهان و همکاران نیز نشان داد که برنامه آموزشی شادی Seligman موجب ایجاد تفاوت معنادار در نتایج امید بیماران عروق کرونر شده است، هرچند دو برنامه شادی دیگر پژوهش یاد شده تغییر معنادار در سطح امید ایجاد نکرد که این یافته نشان می‌دهد روش و محتوای مداخلات روان‌شناسی مثبت بر سطح امید بیماران تأثیر دارد؛ بنابراین محتوای پیام‌های صوتی با درون‌مایه امید این پژوهش که براساس نظریه امید طراحی شده در بیماران سندرم حاد کرونری مؤثر بوده است (۱۹). یافته‌های پژوهش محمدی و همکاران که با هدف تأثیر مداخله روان‌درمانی حضوری مبتنی بر خوش‌بینی در بیماران عروق کرونر انجام یافته است، نشان داد که افزایش نمره متغیر امید در مرحله پس‌آزمون معنادار بوده که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است، اما در مرحله

است، اشاره کرد. طبق این نظریه خوش‌بینی را به جای یک ویژگی شخصیتی، سبک تبیین تعریف می‌کنند که با انجام تمرین قابل ارتقا است. بیمارانی که دچار بدبینی هستند، رویدادها یا تجربه‌های منفی را با نسبت دادن علت آن‌ها به عوامل درونی، پایدار و فراگیر تبیین می‌کنند؛ بنابراین می‌توان گفت که افراد بدبین خود را با خاطر اتفاقات بد سرزنش می‌کنند و اتفاقات خوب را صرفاً پای شانس و اقبال می‌گذارند و این مسأله سبب احساس ضعف و بی‌کفایتی در آن‌ها می‌شود (۳۳). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد بدبین در مقایسه با افراد خوش‌بین بیشتر بیمار شده و زودتر بر اثر بیماری جان خود را از دست می‌دهند. نتایج یک پژوهش در مورد بیمارانی که تحت عمل جراحی قلب قرار گرفته بودند، نشان داد تعداد بیمارانی که پس از گذشت شش ماه از عمل جراحی مجدداً به دلیل مشکلات قلبی بستری شدند، بیشتر بدبین بودند (۳۴). در مطالعه Laferton و همکاران که با هدف ارتقای کارآیی جراحی قلب از طریق مداخله شنیداری مبتنی بر سازه خوش‌بینی بر روی لوح فشرده اجرا شده بود، نیز نشان داد روش اجرای پیام‌ها قابل اجرا و بر متغیرهای مطالعه مؤثر بوده است (۱۶). در مداخله روان‌شناسی مثبت مبتنی بر تلفن که توسط Huffman و همکاران در مورد بیماران سندرم کرونری حاد انجام یافت، بیماران تحت آموزش‌های تکنیک‌های نوع‌دوستی، شکرگزاری و خوش‌بینی در مورد آینده، به مدت هشت هفته قرار گرفتند. نتایج پس از آزمون افزایش در میانگین نمره خوش‌بینی بیماران

پیگیری معنادار نبوده است که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو نیست (۳۲). شاید از دلایل پایدار ماندن تأثیر مداخله در مرحله پیگیری پژوهش حاضر به نوع اجرای مداخله که به شیوه صوتی بوده، مرتبط باشد، زیرا بیماران قادر بودند پیام‌های صوتی را با فراغ خاطر در هر زمانی مرور کنند. امید یکی از حالات ذهنی مثبت است که در حوادث تنیدگی‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند. براساس نظریه اشنایدر، امید سازه‌ای شامل توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی هدف‌های مطلوب به رغم موانع موجود و توانایی ایجاد انگیزه برای شروع و تداوم حرکت در این گذرگاه‌ها است. این نظریه اساساً یک نظریه شناختی است، یعنی امید یک فرایند شناختی است که دارای تبعات هیجانی است؛ بنابراین امید یک هیجان انفعالی نیست (۱۰).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خوش‌بینی بین گروه مداخله و کنترل در زمان ترخیص، یک و شش هفته پس از مداخله تفاوت معناداری داشته است. یافته‌های پژوهش محمدی و همکاران که با هدف تأثیر مداخله روان‌درمانی حضوری مبتنی بر خوش‌بینی در بیماران عروق کرونر انجام یافته است، نشان داد که متغیر خوش‌بینی در مرحله پس از مداخله و پیگیری افزایش معنادار در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل داشته است که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است (۳۲). از دلایل تأثیر مداخله بر خوش‌بینی در تمامی مراحل پژوهش در دو مطالعه می‌توان به محتوای مداخله ارتقادهنده خوش‌بینی که براساس نظریه Seligman

امید به آینده و خوش‌بینی را در افراد ارتقا می‌دهد (۳۸).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پیام‌های صوتی مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر موجب ارتقای امید و خوش‌بینی در بیماران سندرم حاد کرونری شده است. از این رو با توجه به نقش مهم مؤلفه‌های روان‌شناختی مثبت بر سیر بیماری کرونری، ضروری است در کنار درمان بیماران از مداخلات ارتقادهنده این مؤلفه‌ها از جمله مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر استفاده شود، تا از تحمیل هزینه‌های روانی، اقتصادی بر بیماران و خانواده‌ها و در مجموع جامعه کاسته شود. استفاده و آموزش مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت مانند تکنیک‌های شکرگزاری، دیدن جنبه‌های مثبت بیماری، تعیین اهداف سلامتی و راه‌های رسیدن به آن‌ها توسط پرستاران با ایجاد ارتقا در سطح امید و خوش‌بینی بیماران می‌تواند موجب بهبود در سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم کرونری حاد گردد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که تنها در مورد بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهرکرد که اولین بار بستری شده بودند، انجام گرفته است؛ لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری با حجم نمونه بالا و در سایر گروه‌های بیماران و به صورت مقایسه‌ای انجام گیرد.

شکر و قدردانی

در پایان از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، معاونت پژوهشی دانشگاه

نشان داد، اما تفاوت معنادار نبود (۳۵). Leclaire و همکاران مطالعه‌ای مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌نگر تک‌گروهی در مورد بیماران مبتلا به MS به مدت پنج هفته انجام دادند که نتایج آنان تفاوت آماری معناداری در نمره خوش‌بینی نشان نداد (۳۶) که با پژوهش حاضر همسو نیست. از دلایل عدم تأثیر معنادار این مداخله بر خوش‌بینی بیماران می‌توان به حجم نمونه پایین که توانایی نشان دادن تغییرات معنادار را نداشته است، اشاره کرد. بنا به اعتقاد Fredrickson ایجاد هیجان‌های مثبت در افراد که از تمرین‌ها و مفروضه‌های اصلی روان‌شناسی مثبت‌نگر است، منجر به خنثی نمودن اثر هیجان‌های منفی، ایجاد و افزایش منابع شخصی، ارتقای تاب‌آوری روان‌شناختی، افزایش سلامت جسمی و روان‌شناختی و همچنین ایجاد زمینه لازم برای بالندگی انسان، می‌شود. در نتیجه این افزایش تاب‌آوری و افزایش منابع شخصی میزان خوش‌بینی افراد یعنی انتظار مثبت آنان در مورد وقایع آینده افزایش می‌یابد (۳۷).

Seligman و همکاران به اهمیت هیجان‌های مثبت به ویژه هیجان‌های مثبت مربوط به آینده در افزایش خوش‌بینی و امید در افراد به‌عنوان راهی برای جلوگیری و درمان افسردگی و بدبینی تأکید نموده‌اند. این محققان تمرین‌هایی با محوریت عفو و گذشت، قدرشناسی، استفاده از توانمندی‌های منشی-شخصیتی و سه رویداد خوب در زندگی را به‌عنوان شیوهایی برای ایجاد هیجان‌های مثبت نسبت به گذشته، حال و آینده طراحی کرده‌اند و معتقدند این‌گونه هیجان‌ها میزان

تشکر می‌شود. همچنین لازم به ذکر است که این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم سارا حدادزاده در گروه مراقبت‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد استخراج و توسط آن دانشگاه حمایت مالی شده است.

علوم پزشکی شهرکرد، دانشکده پرستاری و مامایی، مدیریت، پرستاران و پزشکان محترم بیمارستان‌های هاجر و کاشانی شهرکرد و تمامی افراد و بیماران محترمی که در این تحقیق ما را یاری کردند، صمیمانه قدردانی و

منابع

- 1 - Bradt J, Dileo C. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15; (2): CD006577. doi: 10.1002/14651858.CD006577.pub2.
- 2 - Emami Zeydi A, Jafari H, Khani S, Esmaeili R, Gholipour Baradari A. [The effect of music on the vital signs and spo2 of patients after open heart surgery: a randomized clinical trial]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2011; 21(82): 73-82. (Persian)
- 3 - Schroder KE, Schwarzer R. Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. *Soc Sci Med*. 2005 Feb; 60(4): 859-75. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.06.028.
- 4 - Grech ED, Ramsdale DR. Acute coronary syndrome: unstable angina and non-ST segment elevation myocardial infarction. *BMJ*. 2003 Jun 7; 326(7401): 1259-61. doi: 10.1136/bmj.326.7401.1259.
- 5 - Arghami Sh, Nasl Seraji J, Mohammad K, Zamani Gh, Farhangi A, Van Vuuren W. Mental health in high-tech system. *Iranian Journal of Public Health*. 2005; 34(1): 31-37.
- 6 - Mazaheri E, Sezavar S, Hosseinian A, Fouladi N. [The effect of follow up on physical-emotional status of the patients with myocardial infarction in Ardabil, 2000-2001]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2002; 2(4): 53-59. (Persian)
- 7 - Kim ES, Smith J, Kubzansky LD. Prospective study of the association between dispositional optimism and incident heart failure. *Circ Heart Fail*. 2014 May; 7(3): 394-400. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.113.000644.
- 8 - Steptoe A, Dockray S, Wardle J. Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *J Pers*. 2009 Dec; 77(6): 1747-76. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00599.x.
- 9 - Issazadegan A, Shykhi S, Banehasmishishevan S, Salmanpour H. [The relationships between forgiveness and d-type personality with hope in patient with coronary heart disease in urmia city]. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2012; 10(2): 255-265. (Persian)
- 10 - Snyder CR. Hope theory: rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*. 2002; 13(4): 249-75. doi: 10.1207/S15327965PLI1304_01.
- 11 - Snyder CR, Lopez SJ, Pedrotti JT. *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2010.
- 12 - Boehm JK, Peterson C, Kivimaki M, Kubzansky L. A prospective study of positive psychological well-being and coronary heart disease. *Health Psychol*. 2011 May; 30(3): 259-67. doi: 10.1037/a0023124.
- 13 - Rasmussen HN, Scheier MF, Greenhouse JB. Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Ann Behav Med*. 2009 Jun; 37(3): 239-56. doi: 10.1007/s12160-009-9111-x.
- 14 - Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?. *Psychol Bull*. 2005 Nov; 131(6): 803-55. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803.
- 15 - Jahangirpour M, Musavi SV, Khosrojavi M, Salari A, Rezaei S. [The effectiveness of group mindfulness training on depression, hostility and anxiety in individuals with coronary heart disease]. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2013; 24(9): 730-739. (Persian)
- 16 - Laferton JA, Shedden Mora M, Auer CJ, Moosdorf R, Rief W. Enhancing the efficacy of heart surgery by optimizing patients' preoperative expectations: study protocol of a randomized controlled trial. *Am Heart J*. 2013 Jan; 165(1): 1-7. doi: 10.1016/j.ahj.2012.10.007.
- 17 - Jaser SS, Patel N, Linsky R, Whittemore R. Development of a positive psychology intervention to improve adherence in adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Health Care*. 2014 Nov-Dec; 28(6): 478-85. doi: 10.1016/j.pedhc.2014.02.008.
- 18 - Ogedegbe GO, Boutin-Foster C, Wells MT, Allegrante JP, Isen AM, Jobe JB, et al. A randomized controlled trial of positive-affect intervention and medication adherence in hypertensive African Americans. *Arch Intern Med*. 2012 Feb 27; 172(4): 322-6. doi: 10.1001/archinternmed.2011.1307.

- 19 - Nikrahan GR, Laferton JA, Asgari K, Kalantari M, Abedi MR, Etesampour A, et al. Effects of positive psychology interventions on risk biomarkers in coronary patients: a randomized, wait-list controlled pilot trial. *Psychosomatics*. 2016 Jul-Aug; 57(4): 359-68. doi: 10.1016/j.psych.2016.02.007.
- 20 - Ahangarezadeh S, Oladrostam N, Nemotplahi A. [The effect of positive thinking training on stress, anxiety and depression in coronary heart disease]. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2017; 15(5): 339-348. (Persian)
- 21 - Taghadosi M, Rohollah F, Aghajani M, Raygan F. [Effect of cognitive therapy on mental health in patients with heart failure]. *Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 2014; 18(1): 52-59. (Persian)
- 22 - Farhadi A, Movahedi Y, Kariminajad K, Movahedi M. [The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression in male patients with coronary artery disease]. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014; 2(4): 6-14. (Persian)
- 23 - Kermani Z, Khodapanahi MK, Heidari M. [Psychometrics features of the Snyder hope scale]. *Journal of Applied Psychology*. 2011; 5(4): 7-23. (Persian)
- 24 - Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the life orientation test. *J Pers Soc Psychol*. 1994 Dec; 67(6): 1063-78. doi: 10.1037//0022-3514.67.6.1063.
- 25 - Marshall GN, Lang EL. Optimism, self-mastery, and symptoms of depression in women professionals. *J Pers Soc Psychol*. 1990 Jul; 59(1): 132-9. doi: 10.1037//0022-3514.59.1.132.
- 26 - Mousavi Nasab SMH, Taghavi SMR. [Optimism-pessimism and coping strategies: prediction of psychological adjustment in adolescents]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007; 12(4): 380-389. (Persian)
- 27 - Kajbaf MB, Oeeyzi HR, Khodabakhshi M. [Standardization, reliability, and validity of optimism scale in Esfahan and a survey of relationship between optimism, selfmastery, and depression]. *Psychological Studies*. 2006; 2(1,2): 51-68. doi: 10.22051/PSY.2006.1678. (Persian)
- 28 - Lyubomirsky S, Dickerhoof R, Boehm JK, Sheldon KM. Becoming happier takes both a will and a proper way: an experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion*. 2011 Apr; 11(2): 391-402. doi: 10.1037/a0022575.
- 29 - Huffman JC, Mastromauro CA, Boehm JK, Seabrook R, Fricchione GL, Denninger JW, et al. Development of a positive psychology intervention for patients with acute cardiovascular disease. *Heart Int*. 2011 Oct 3; 6(2): e14. doi: 10.4081/hi.2011.e14.
- 30 - Mohammadi N, Aghayousefi A, Alipour A, Sadeghi M, Nikrahan Gh, Roohafza H. [The role of psychological well-being indicators in predicting metabolic risk factors in the patients with chronic coronary heart disease]. *Positive Psychology Research*. 2017; 3(3): 17-32. doi: 10.22108/PPLS.2018.106032.1213. (Persian)
- 31 - Farnam A. [The effect of positive thinking training in enhancement of quality and hope of life among the elderly]. *Positive Psychology Research*. 2016; 2(1): 75-88. doi: 10.22108/PPLS.2016.21298. (Persian)
- 32 - Mohammadi N, Aghayousefi A, Nikrahan GR, Adams CN, Alipour A, Sadeghi M, et al. A randomized trial of an optimism training intervention in patients with heart disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018 Mar-Apr; 51: 46-53. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2017.12.004.
- 33 - Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol*. 2000 Jan; 55(1): 5-14. doi: 10.1037//0003-066x.55.1.5.
- 34 - Scheier MF, Matthews KA, Owens JF, Schulz R, Bridges MW, Magovern GJ, Carver CS. Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Arch Intern Med*. 1999 Apr 26; 159(8): 829-35. doi: 10.1001/archinte.159.8.829.
- 35 - Huffman JC, Millstein RA, Mastromauro CA, Moore SV, Celano CM, Bedoya CA, et al. A Positive psychology intervention for patients with an acute coronary syndrome: treatment development and proof-of-concept trial. *J Happiness Stud*. 2016 Oct; 17(5): 1985-2006. doi: 10.1007/s10902-015-9681-1.
- 36 - Leclaire K, Cecil A, LaRussa A, Stuart F, Hemond CC, Healy BC, et al. Short report: a pilot study of a group positive psychology intervention for patients with multiple sclerosis. *Int J MS Care*. 2018 May-Jun; 20(3): 136-141. doi: 10.7224/1537-2073.2017-002.
- 37 - Fredrickson BL. The value of positive emotions: the emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist*. 2003; 91(4): 330-335.
- 38 - Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol*. 2006 Nov; 61(8): 774-788. doi: 10.1037/0003-066X.61.8.774.

Effect of positive psychology-based audio messages on optimism and hope among patients with acute coronary syndrome

Sara Hadadzade¹, Shahla Abolhassani^{2*}, Gholamreza Nikrahan³, Behrouz Pourheidar⁴, Morteza Sedehi⁵

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Oct. 2020
Accepted: Dec. 2020
e-Published: 15 Feb. 2021

Background & Aim: Acute coronary syndrome is the most common cardiovascular disorder. Hope and optimism lead to adaptation to and moderation of the damaging effects of depressed mood on the outcome of this disorder. The aim of this study was to determine the effect of positive psychology-based audio messages on hope and optimism among patients with acute coronary syndrome.

Methods & Materials: In this randomized controlled clinical trial, 84 patients with acute coronary syndrome were assigned to either intervention or control groups in Shahrekord educational hospitals in 2017-2018. The intervention group received audio messages based on positive psychology and cardiovascular self-care, and control group only received self-care messages in two hospital admissions and six weeks after discharge. The Life Orientation Test-Revised and the Snyder's Hope Scale were completed before the intervention, at the discharge time, one week and six weeks after the intervention. Data were analyzed by χ^2 and Fisher exact tests and analysis of variance using the SPSS software version 20.

Results: No significant difference is observed in the mean score of hope before the intervention and at the discharge time. However, the mean score of hope was significantly different between the two groups, one week and six weeks after the intervention ($P < 0.001$). There was no significant difference in the mean score of optimism between the two groups before the intervention. Nevertheless, difference in the mean score of optimism was significant at the discharge time ($P = 0.027$), one week and six weeks after the intervention ($P < 0.001$).

Conclusion: Positive psychology-based messages improve hope and optimism in patients with acute coronary syndrome. Therefore, this intervention is recommended along with other treatments.

Clinical trial registry: IRCT2017092532764N4

Corresponding author:
Shahla Abolhassani
e-mail:
sh_abolhassani@yahoo.
com

Key words: acute coronary syndrome, psychology, optimism, hope

Please cite this article as:

- Hadadzade S, Abolhassani Sh, Nikrahan Gh, Pourheidar B, Sedehi M. [Effect of positive psychology-based audio messages on optimism and hope among patients with acute coronary syndrome]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2021; 26(4): 409-424. (Persian)

1 - Dept. of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran; Community Nursing and Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

2 - Dept. of Adults Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3 - Dept. of Psychology, Isfahan Farhangian University, Isfahan, Iran

4 - Dept. of Cardiology, School of Medicine, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

5 - Dept. of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran; Modeling in Health Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran