

همبستگی بین دید خوش بینانه با سلامت عمومی در بیماران قلبی

سوسن سالاری^{۱*}، محمدابراهیم مداحی^۲، عطیه صفرزاده^۳

چکیده

زمینه و هدف: رابطه دید خوش بینانه در زندگی با متغیرهای سلامت در مطالعات زیادی تأیید شده است. در اکثر پژوهش‌ها این رابطه در جمعیتی غیربالینی بررسی شده است. با توجه به تحقیقات معدود در بین گروه‌های بالینی، این مطالعه با هدف بررسی همبستگی بین دید خوش بینانه با سلامت عمومی در گروهی از بیماران قلبی صورت گرفت. **روش بررسی:** این مطالعه به صورت توصیفی از نوع همبستگی انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی بیماران قلبی بیمارستان مصطفی خمینی تهران طی سالهای ۱۳۹۰-۱۳۸۹ بود. در این بررسی ۱۱۰ بیمار به عنوان نمونه پژوهش به شیوه نمونه گیری تصادفی از بین بیماران بیمارستان مصطفی خمینی تهران انتخاب شدند و ابزارهای پژوهش روی آنها اجرا گردید. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ-28) و خوش بینی (LOT) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، همبستگی اسپیرمن، آزمون من ویتنی و رگرسیون صورت گرفت.

یافته‌ها: در این بررسی بین دید خوش بینانه و سلامت عمومی، همبستگی معنی داری وجود داشت ($r = -0.77$ ، $p < 0.001$) و هر دو خرده مقیاس دید خوش بینانه، توان پیش بینی معنی دار سلامت عمومی را داشتند.

نتیجه گیری: طبق نتایج این مطالعه با افزایش امید به آینده، خوش بینی و داشتن نگرش مثبت به وقایع (مثبت بینی) در بیماران قلبی، سلامت عمومی نیز افزایش یافته و اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی کاهش می یابد.

کلید واژه‌ها: سلامت عمومی؛ نگرش به سلامتی؛ بیماری قلبی.

^۱کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشمر، کاشمر، ایران.

^۲استادیار روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

^۳دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

سوسن سالاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کاشمر، کاشمر، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

salary.susan@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۷/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۲/۲/۵

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Salari S, Maddahi ME, Safarzadeh A. Correlation between optimistic view and general health in cardiac patients. Qom Univ Med Sci J 2014;8(2):74-80. [Full Text in Persian]

مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی شایع‌ترین علت مرگ و میر در جهان شناخته شده‌اند (۱). در کشور ما نیز بیماری‌های قلبی - عروقی شایع‌ترین علت مرگ و میر بوده و حدود ۴۶٪ مرگ و میرها بدین دلیل می‌باشد (۲). از آنجا که این بیماری روان‌تنی محسوب می‌شود، لذا در بررسی عوامل مؤثر در پیدایش آن باید به ترکیبی از عوامل زیستی و روانی توجه داشت. افسردگی، اضطراب و خشونت از جمله عواملی هستند که خطر بیماری قلبی را افزایش می‌دهند (۳). همچنین باید به نقش متغیرهایی که در کاهش این هیجانات منفی و استرس نقش دارند، توجه نمود (۴). یکی از این متغیرها خوش‌بینی سرشتی است یا به عبارت دیگر، گرایش به اینکه در زندگی تجارب خوب رخ خواهد داد، این مسئله به عنوان یک صفت شخصیتی نسبتاً پایدار تعریف شده است که افراد در مقابله با تجارب استرس‌زا از خود نشان می‌دهند و در موفقیت آنچه که آنها در زندگی با آن مقابله کرده‌اند نیز تأثیر دارد. خوش‌بینی و به‌طور کلی باورهای مثبت بر بیماری، سلامت روانی و جسمانی انسان تأثیر زیادی می‌گذارد. محققان مطالعه بر روی خوش‌بینی را به عنوان یک سازه روان‌شناختی در قرن بیستم آغاز کردند (۵). ضمناً خوش‌بینی با سنجش، اندازه‌گیری عواطف و هیجان‌های فعلی پیش‌بینی می‌شود. رویکردهای روان‌شناختی؛ خوش‌بینی را یک ویژگی شناختی، یک هدف و یک انتظار قلمداد می‌کنند. خوش‌بینی شناخت صرف نیست و بُعد انگیزشی آن نیز باید مدنظر قرار گیرد. این پدیده می‌تواند صرفاً یک سبک ابراز خود باشد. علاوه بر این، می‌تواند حاکی از وجود ابعاد عاطفی و انگیزشی خوش‌بینی، بدون وجود ابعاد شناختی باشد (۶). در این رابطه موسوی‌نصب و همکاران (سال ۲۰۰۶) نشان دادند بین خوش‌بینی و استرس، ارتباطی منفی و معنی‌دار وجود دارد (۷). تحقیقات نشان می‌دهد به‌طور کلی بین خوش‌بینی و سلامت روان، ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. خوش‌بینی مرتبط با فواید روان‌شناختی مانند اضطراب کمتر، بهزیستی ذهنی (Subjective Well Being)، رضایت از زندگی، عاطفه مثبت (Positive Affect)، ایجاد تاب‌آوری (Resilience)، علائم افسردگی و ناامیدی کمتر و سبک کنار آمدن فعال، مسئله‌محور می‌باشد (۸).

افراد خوش‌بین سالم‌تر و شادترند، همچنین دستگاه‌های ایمنی در این افراد عملکرد بهتری دارد و با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند. از طرفی، آنان به‌نحو فعال از رویدادهای فشارزای زندگی پرهیز کرده و شبکه‌های حمایت اجتماعی بهتری را پیرامون خود می‌سازند، همچنین سبک‌های زیستی سالم‌تری دارند که آنان را از ابتلای به بیماری حفظ می‌کند و اگر هم بیمار شوند به توصیه‌های پزشکی بهتر عمل کرده و آنها را با الگوهای رفتاری دنبال می‌کنند که بهبودی را سرعت می‌بخشد. در مورد بیماران قلبی - عروقی نیز داشتن دید خوش‌بینانه سبب کاهش اضطراب‌ها و بهبود عملکرد قلبی می‌شود (۹). خوش‌بینی در برابر پاسخ فیزیولوژیک به فشارها که می‌تواند بر رشد بیماری‌های جسمانی تأثیر داشته باشد، نقش حمایتی دارد. شواهدی وجود دارد که این مطلب را تأیید می‌کند، در پژوهشی دیگر (سال ۲۰۰۶)، خوش‌بینی و بدبینی به جای آنکه به‌صورت یک پیوستار مخالف در نظر گرفته شود؛ با ابعاد جداگانه، اما مربوط به هم مورد توجه قرار گرفت. شرکت‌کنندگان این مطالعه، مردان و زنان میان‌سالی بودند که طی ۳ روز فعالیت‌های معمول از نظر خلق و فشار خون بررسی شدند. همچنین افراد بدبین سطح فشار خون بالاتری نسبت به افراد خوش‌بین داشته و بیشتر مستعد بیماری‌های قلبی - عروقی بودند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد خوش‌بینی، بهزیستی جسمی را ارتقا می‌بخشد. بیماران قلبی خوش‌بین، تغییرات رفتاری مثبت بیشتری نسبت به هم‌تاهای بدبین خود دارند. آنها در برنامه غذایی سازش بیشتری داشته و در جلسات توان‌بخشی قلب نیز نام‌نویسی می‌کنند (۹). Hirsch (سال ۲۰۰۷) اظهار داشت خوش‌بینی توان تحمل بیماری‌ها را در افراد افزایش می‌دهد (۱۰)، لذا با توجه به نتایج مطالعات مختلف در خصوص اثرات مثبت دید خوش‌بینانه بر سلامت و وجود تعداد اندکی از مطالعات که به بررسی همبستگی این متغیر با شاخص‌های سلامت عمومی در بیماران قلبی پرداخته‌اند، این مطالعه با هدف بررسی همبستگی بین دید خوش‌بینانه با سلامت عمومی در بیماران قلبی صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی از نوع همبستگی روی ۱۱۰ بیمار قلبی که به صورت تصادفی از میان تمامی بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان مصطفی خمینی تهران در سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ انتخاب شده بودند، انجام شد. ملاک های ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل سطح سواد (خواندن و نوشتن)، سابقه بیماری ۲ سال به بالا و گروه سنی بین ۷۶-۲۹ سال بود. جهت گردآوری داده ها نیز از ۲ پرسشنامه (LOT و سلامت عمومی) استفاده گردید. در این مطالعه از پرسشنامه مقیاس جهت گیری زندگی یا خوش بینی (LOT)، برای سنجش میزان خوش بینی افراد افسرده استفاده شد. این پرسشنامه اندازه انتظاراتی را که افراد راجع به پیامدهای زندگی خود دارند، ارزیابی می کند. این مقیاس ۸ سؤال دارد، ۴ سؤال با عبارت مثبت (۱، ۳، ۴، ۷) بیان شده و به طور مستقیم نمره گذاری می شود و ۴ سؤال با عبارت منفی (۲، ۵، ۶، ۸) بوده و به طور معکوس نمره گذاری می شود. در مطالعه حاضر روش باز آزمایی و آلفای کرونباخ، پایایی بالایی را نشان داد. ضرایب اعتبار، همزمان بین مقیاس خوش بینی با افسردگی و خود تسلط یابی به ترتیب ۰/۶۴۹ و ۰/۷۲۵ به دست آمد. تحلیل عوامل مقیاس خوش بینی نشان داد این مقیاس از دو عامل امید به آینده و نگرش به وقایع مثبت تشکیل شده است (۱۱). پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) که توسط Hillier-Goldberg ساخته شد دارای ۲۸ پرسش و ۴ مقیاس است و هر مقیاس ۷ سؤال دارد. علائم افسردگی (Depression Symptoms)، جسمانی (Somatic Symptoms)، اضطرابی و اختلال خواب (Anxiety Symptoms)، از علائم کارکرد اجتماعی (Social Function) است که نمره گذاری آن براساس مقیاس لیکرت (۳-۰) می باشد، همچنین در هر مقیاس نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا، بیانگر علائم مرضی است.

در پژوهش دیگری با نقطه برش ۲۳، حساسیت ۰/۸۶ و ویژگی ۰/۸۲ گزارش شده است. بررسی های مختلف نیز نشانگر پایایی بالای پرسشنامه و خرده مقیاس های آن از ۰/۹۳-۰/۴۷ می باشد (۱۲، ۱۳).

در این پژوهش از پرسشنامه محقق ساخته ویژگی های دموگرافیک نیز استفاده شد. این پرسشنامه شامل: وضعیت تأهل، برخورداری از حمایت اجتماعی، تحت پوشش بیمه بودن وضعیت اقتصادی است. به منظور جلب همکاری آزمودنی ها، پس از توضیحات کافی در خصوص هدف کلی پژوهش، از آنان خواسته شد بدون ذکر نام به سؤالات پاسخ دهند و چنانچه ابهامی در فهم سؤالی وجود داشت محقق توضیحات مبسوط را ارائه می داد. برای تحلیل داده ها از شاخص ها و روش های آماری توصیفی، همچنین ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون من ویتنی و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

یافته ها

از کل نمونه مورد بررسی، ۶۳ زن (۵۷/۲۷٪) و ۴۷ مرد (۴۲/۷۲٪)، ۱۰۵ نفر متأهل (۹۵/۴۵٪) و ۵ نفر مجرد (۴/۵۴٪) بودند. فاصله سنی اعضای نمونه بین ۷۶-۲۹ سال بود. بالاترین میزان سن، بالای ۴۰ سال (۶۱٪ کل نمونه) را تشکیل می داد. همچنین ۷۳٪ نمونه وضعیت اقتصادی متوسط و ۶۷/۲٪ تحت پوشش بیمه و ۷۱/۳٪ نمونه از حمایت اجتماعی متوسط برخوردار بودند. میانگین سنی نمونه ها ۴۸/۲ سال بود. بین دید خوش بینانه و سلامت عمومی، همبستگی منفی معنی داری وجود داشت ($r=-0.77$). همبستگی در زیرمقیاس های افسردگی برابر $r=0.78$ ، کارکرد اجتماعی $r=0.39$ ، اضطراب و اختلال خواب $r=-0.67$ و علائم جسمی $r=-0.54$ به دست آمد که تمامی همبستگی ها معنی دار بود ($p<0.001$) (جدول).

جدول: ویژگی‌های توصیفی، ضریب همبستگی متقابل خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل سلامت و دید خوش بینانه

متغیرها	Mean	SD	نشاتگان جسمی	اضطراب و اختلال خواب	اختلال در کارکرد اجتماعی	افسردگی و گرایش به خودکشی	امید به آینده	نگرش به وقایع مثبت	نمره کل GHQ
نشاتگان جسمی	۵/۴۶	۳/۲۱	-	-	-	-	-	-	-
اضطراب و اختلال خواب	۵/۳۴	۳/۹۵	۰/۵۶	-	-	-	-	-	-
اختلال در کارکرد اجتماعی	۷/۲۴	۲/۶۳	۰/۴۷	۰/۳۷	-	-	-	-	-
افسردگی و گرایش به خودکشی	۶/۳۷	۴/۶۴	۰/۷۰	۰/۷۸	۰/۵۷	-	-	-	-
امید به آینده	۵/۲۱	۳/۱۰	۰/۷۶	-۰/۴۹	۰/۶۴	-۰/۷۴	-	-	-
نگرش به وقایع مثبت	۴/۳۳	۲/۰۷	۰/۶۴	-۰/۳۹	-۰/۷۵	-۰/۷۱	۰/۶۶	-	-
نمره کل GHQ	۱۸/۰۹	۱۲/۴۳	۰/۶۳	۰/۴۸	۰/۵۳	۰/۷۹	-۰/۴۷	-۰/۷۱	-
نمره کل دید خوش بینانه	۶/۷	۳/۴۱	-۰/۵۴	-۰/۶۷	-۰/۳۹	-۰/۷۸	۰/۸۱	۰/۷۹	-۰/۷۷

*سطح معنی‌داری در تمام موارد $p < ۰/۰۰۱$ می‌باشد.

جهت پیش‌بینی نمره کل سلامت عمومی، از روش رگرسیون چند متغیره و گام به گام استفاده شد. در گام نخست، متغیر امید به آینده و در گام دوم، متغیر نگرش به وقایع مثبت و امید به آینده وارد معادله شدند.

متغیرهای امید به آینده ($r^2 = ۰/۲۸$, $t = ۰/۵۳$) و نگرش به وقایع مثبت ($r^2 = ۰/۴۶$, $t = ۰/۶۸$) پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی هستند. این دو متغیر می‌تواند ۴۶٪ از واریانس مربوط به سلامت عمومی را به‌طور معنی‌داری تبیین کند. بین وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی با نمره سلامت (GHQ) و خوش‌بینی، رابطه معنی‌دار آماری مشاهده نشد. ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی و استفاده از خدمات بیمه با نمره سلامت (GHQ) به ترتیب $-۰/۸۷$ و $-۰/۲۱$ و ضریب همبستگی بین استفاده از خدمات بیمه و خوش‌بینی $-۰/۶۳$ محاسبه شد، که هیچ‌کدام به لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد بین داشتن دید خوش بینانه مانند امید به آینده و داشتن نگرش مثبت با متغیرهای سلامت عمومی، رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج مربوط به پژوهش Chang در رابطه با بررسی خوش‌بینی و متغیرهای مربوط به سلامت همخوانی داشت (۸).

همچنین در مطالعه حاضر بین خوش‌بینی با افسردگی، رابطه منفی و معنی‌داری وجود داشت که این یافته نیز با نتایج مطالعات Vogeltanz و Vickers مبنی بر اینکه خوش‌بینی به‌طور منفی با افسردگی رابطه معنی‌داری دارد، همخوانی داشت. این نتایج نشان داد خوش‌بینی به‌طور منفی با افسردگی و به‌طور مثبت با رضایت از زندگی، سلامت جسمانی، روانی و وقوع کمتر اختلالات روانی و عزت نفس بالا رابطه دارد (۱۴). در مطالعه حاضر پیش‌بینی متغیر سلامت روان توسط دو متغیر دید خوش بینانه صورت گرفت که با یافته Rabinson به نقل از Strassle همخوانی داشت، او در پژوهش خود از بین عوامل مختلف روان‌شناختی، فقط عامل خوش‌بینی، بهداشت روانی و جسمانی را پیش‌بینی کرده است. در این مطالعه بین نمره کل خوش‌بینی با سلامت، رابطه منفی و معنی‌داری وجود داشت (۱۵). همچنین این یافته با نتایج Maruta همخوانی داشت، وی و همکاران به اجرای دو پرسشنامه خوش‌بینی - بدبینی و سلامت عمومی بر روی آزمودنی‌ها پرداختند، نتایج نشان داد افراد بدبین نسبت به افراد خوش‌بین، از سلامت کمتری برخوردارند، همچنین دریافتند سبک تبیین افراد، به‌طور معنی‌داری کارکرد روانی افراد را در سالهای بعد نشان می‌دهد (۱۶). در مطالعه حاضر بین خوش‌بینی با اضطراب، اختلال خواب و کسالت، رابطه منفی و معنی‌داری وجود داشت که با پژوهش Carver همخوانی داشت، وی در پژوهش خود به این

نتیجه دست یافت که بدبینی با سطوح بالایی از خشم و اضطراب (هیجانانی که احتمال بیماری های قلبی را بالا می برد) همراه است. همچنین افراد خوش بین نسبت به افراد بدبین اجتماعی ترند، بیشتر ورزش می کنند، از مهارت های بین فردی مطلوب تری برخوردارند. به علاوه، مشخص گردید افراد بدبین نسبت به افراد خوش بین، بیشتر افسرده می شوند و اینکه در زمینه های مختلف، کمتر از آنچه که استعداد دارند پیشرفت می کنند. داشتن دید خوش بینانه باعث کاهش فشار خون، علائم استرس و افسردگی بعد از رویدادهای ناگوار زندگی می شود. مثبت بینی می تواند مرگ و میر را در بیماران مبتلا به سرطان کاهش دهد. این پژوهش نشان داد احتمال بروز مشکلات و بیماری ها بعد از رویدادهای ناگوار در افراد مثبت بین کمتر است. یکی از راههای احتمالی تأثیر خوش بینی بر سلامت جسمانی؛ تأثیر بر سیستم ایمنی است (۱۷). افراد خوش بین با استرس ها به شیوه متفاوتی مقابله می کنند، همچنین خلق منفی کمتری را تجربه کرده و ممکن است رفتارهای سلامتی سازش یافته تری داشته باشند که همه اینها می تواند به وضعیت ایمنی بهتر منجر شود (۱۸).

تفکر خوش بینانه با سلامت خوب مرتبط است، اما دو شرط مهم باید وجود داشته باشد: اول اینکه خوش بینی شخص باید او را به عمل کردن به شیوه ای جدی و مداوم هدایت کند؛ دوم رفتار برانگیخته شده توسط خوش بینی باید رابطه ای واقع بینانه با سلامت داشته باشد. افراد خوش بین از مهارت های مقابله ای انطباقی تر مانند حل مسئله و توسعه سیستم حمایتی بیشتر استفاده می کنند و راهبردهای اجتنابی را کمتر به کار می برند. علاوه بر آن، این افراد به هنگام مواجهه با موانع و آشفتگی های فکری سعی می کنند بر اهداف خود متمرکز شوند. این مسئله و استفاده بجای این افراد از راهبردهای مقابله ای مؤثر، رنج حاصل از استرس های زندگی را کاهش داده و امکان ابتلا به مشکلات روان شناختی و جسمانی را کاهش می دهد (۱۹). در زمینه رابطه خوش بینی با سلامت عمومی، Lauer و همکاران به این نتیجه رسیدند که اگر زنان از قبل، انتظار مطلوبی از درمان داشته باشند؛ به عبارتی نسبت به درمان خوش بین باشند، اضطراب آنها کمتر و باعث اقدام فوری به درمان می شود (۲۰). نتایج پژوهش Aspinwall (سال ۱۹۹۶) نشان داد بین خوش بینی و مقاومت در برابر استرس، رابطه مثبت و

معنی داری وجود دارد (۲۱). در مطالعه حاضر با توجه به اینکه قبل از ورود به دانشگاه هیچ تفاوتی در سیستم ایمنی افراد خوش بین و بدبین وجود نداشت، در پایان ترم اول این تفاوت ظاهر شد، همچنین در افرادی که ترم تحصیلی را با خوش بینی شروع کرده بودند، سلول های ایمنی هدایت کننده ایمنی و سیتو توکسیسیته به مقدار بیشتری ملاحظه شد (۲۲).

Seligman خوش بینی را به جای یک صفت شخصیتی گسترده، و به عنوان یک سبک تبیینی تعریف کرده است. طبق این دیدگاه، افراد خوش بین، رویدادها یا تجارب منفی را با نسبت دادن علت آنها به عوامل بیرونی، گذرا و خاص تبیین می کنند. خوش بینی به عنوان یک سبک تبیینی در مواجهه با رویدادهای ناگوار می تواند در حفظ سلامت روانی افراد نقش مؤثری ایفا کند.

Seligman معتقد است افراد خوش بین با بهره گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثر مانند ارزیابی مجدد و مسئله گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می آیند (۲۳). دید خوش بینانه دارای مزایای متعددی است و شواهد کافی وجود دارد مبنی بر اینکه افراد خوش بین از راهبردهای متعددی برای مقابله استفاده می کنند و این مقابله های متعدد می توانند در ارتباط بین خوش بینی و سازگاری بهتر، نقش مهمی ایفا کنند (۲۴). در این مطالعه جهت اثبات ارتباط بین ویژگی های دموگرافیک همچون متأهل بودن، وضعیت اقتصادی، داشتن حمایت اجتماعی و استفاده از خدمات بیمه با متغیرهای مطالعه، از آزمون های اسپیرمن و من ویتنی استفاده شد که این نتایج معنی دار نبود و شاید یک دلیل آن را بتوان این گونه بیان کرد که این بیماری طبق گفته خود بیمار و تشخیص پزشک متخصص و با توجه به میانگین سنی افراد نمونه، به مرحله پیشرفته ای رسیده بود و همین امر نقش متغیرهای دموگرافیک را کم رنگ نشان داد.

محدودیت ها و پیشنهادها

پژوهش حاضر مانند اکثر مطالعات که در علوم رفتاری صورت می گیرد با محدودیت هایی همراه بود که شناخت آنها، جهت انجام مطالعات بعدی و تلاش برای کاهش یا رفع این محدودیت ها، منطقی به نظر می رسد.

نتیجه گیری

- ۱ - در مطالعه حاضر گروه نمونه را دانشجویان گروه سنی معینی تشکیل می داد، لذا برای تعمیم نتایج به سایر بیماران قلبی دیگر باید با احتیاط عمل شود.
 - ۲ - بیماری قلبی شامل مشکلات گسترده ای است که در این مطالعه بررسی ها و رای نوع بیماری قلبی، از بین همه بیماران قلبی انجام شد.
 - ۳ - در این مطالعه برای بررسی سلامت از GHQ استفاده شد که مقیاس سنجش سلامت عمومی است و بعضی متغیرهای سلامت روان سنجیده نشد.
- در مجموع با توجه به نتایج به دست آمده، از آنجایی که داشتن دید خوش بینانه اکتسابی است و داشتن این دید در متغیرهای سلامت عمومی بیماران قلبی مؤثر است و با توجه به اینکه یکی از فاکتورهای شدت یافتن بیماری قلبی، اضطراب و استرس می باشد؛ بنابراین، انتظار می رود که با افزایش مشاوره های فردی، گروهی، ارتقای عزت نفس و امیدوار ساختن این بیماران به آینده بتوان میزان اضطراب، افسردگی و سایر فاکتورهای بیماری را در این گروه کاهش داد.

References:

1. Lukkarinen H, Hentinen M. Treatments of coronary artery disease improve quality of life in the long term. *Nurs Res* 2006;55(1):26-33.
2. World Health Organization. The European health report. 2002. Available From: <http://www.euro.who.int/europeanhealthreport>. Accessed Jun 6, 2013.
3. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. *JAMA* 2007 Oct 10;298(14):1685-7.
4. Addams-Williams J, Watkins D, Owen S, Owen S, Williams N, Fielder C. Non-thyroid neck lumps: Appraisal of the role of fine needle aspiration cytology. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009 Mar; 266(3):411-5.
5. Miller DL, Manne SL, Taylor K, Keates J. Psychological distress and well-being in advanced cancer: The effects of optimism and coping. *J Clin Psychol Med Settings* 1996 Jun; 3(2):115-30.
6. Kalantari M. Positive psychology. Isfahan: Isfahan University Press; 2006. p. 73-89. [Text in Persian]
7. Mousavi Nasab SMH, Taghavi SMR, Mohammadi N. Optimism and stress appraisal: Evaluation of two theoretical models in prediction of psychological adjustment. *J Kerman Univ Med Sci* 2006;13(2):111-20. [Full Text in Persian]
8. Chang EC, Chang R, Sanna LJ. Optimism, pessimism, and motivation: Relations to adjustment. *Social Personal Psychol Compass* 2009;3(4):494-506.
9. Peterson C, Bossio LM. Optimism and physical well-being. In: Chang EC, editor. Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice. Washington DC: American Psychological Association; 2001. p. 127-145.
10. Hirsch JK, Conner KR. Dispositional and explanatory style optimism as potential moderators of the relationship between hopelessness and suicidal ideation. *Suicide Life Threat Behav* 2006 Dec; 36(6):661-9.
11. Kajbaf MB, Oeeyzi HR, Khodabakhshi M. Standardization, reliability, and validity of optimism scale in Esfahan and a survey of relationship between optimism Self-mastery. *Faculty Educ Psychol* 2006;2(1-2):51-68. [Full Text in Persian]
12. Taghavi MR. Standardization of the general health questionnaire (GHQ) on Shiraz University. *Daneshvar Raftar* 2008;28(1):1-13. [Full Text in Persian]
13. Yaghoubi N, Nasr M, Shah Mohammadi D. Epidemiology of mental disorders in urban and rural areas Some'esara city- Gilan. *Iran J Psychiatr Clin Psychol* 1995;2(4):55-65. [Full Text in Persian]

14. Vickers KS, Vogeltanz ND. Dispositional optimism as a predictor of depression symptoms over time. *Pers Individ Diff* 2000;28(2):259-72.
15. Strassle CG, McKee EA, Plant DD. Optimism as an indicator of psychological health: Using psychological assessment wisely. *J Pers Assess* 1999 Apr; 72(2):190-9.
16. Maruta T, Colligan RC, Malinchoc M, Offord KP. Optimism-pessimism assessed in the 1960s and self-reported health status 30 years later. *Mayo Clin Proc* 2002 Aug; 77(8):748-53.
17. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, Ketcham AS, Moffat FL Jr, Clark KC. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 1993 Aug; 65(2):375-90.
18. Marshall GN, Wortman CB, Kusulas JW, Hervig LK, Vickers RR. Distinguishing optimism from pessimism. Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *J Pers Soci Psychol* 1992;62:1067-74.
19. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology* 1985;4:219-247.
20. Lauver D, Tak Y. Optimism and coping with a breast cancer symptom. *Nurs Res* 1995;44(4):202-7.
21. Aspinwall LG, Brunhart SM. Distinguishing optimism from denial: Optimistic beliefs predict attention to health threats. *Pers Soci Psychol Bull* 1996;22:993-1002.
22. Dillon K, Minchoff B, Baker KH. Positive emotional states and enhancement of the immune system. *Int J Psychiatry Med* 1985-1986;15(1):13-18.
23. Seligman ME, Abramson LY, Semmel A, von Baeyer C. Depressive attributional style. *J Abnorm Psychol* 1979 Jun; 88(3):242-7.
24. Nasiri H, Jowkar B. The relationship between life's meaningfulness, hope, happiness, life satisfaction and depression. *J Women Devel Politics (women's studies)* 2008;2(21):157-76. [Full Text in Persian]