

Effect of Resilience in Patients Hospitalized with Cardiovascular Diseases

Seyed Ali DoustdarTousi¹,
Samad Golshani²

¹Assistant Professor, Department of Psychology, Farhangian University of Mazandaran, Sari, Iran

²Assistant Professor, Department of Cardiology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received April 21 , 2013 ; Accepted Jul 27 , 2014)

Abstract

Background and purpose: In human studies the association between different biological and psychosocial aspects is clearly understood. It is believed that physical problems lead to some psychosocial problems, thereby creating more health problems. Cardiovascular diseases are good examples of these associations. Emotional and psychosocial problems could increase the incidence rate and condition of physical disorders. The aim of this study was to evaluate the effect of resilience in patients with cardiovascular diseases.

Material and Methods: This casual comparative study was performed in 232 people including 87 healthy individuals, 77 patients hospitalized for myocardial infarction (MI) and 68 patients with other cardiovascular diseases. The patients were those admitted in two hospitals affiliated to Mazandaran University of Medical Sciences. The subjects were selected based on their availability. The Connor-Davidson Resilience Scale was used to collect the data.

Results: This study showed higher resilience scores in healthy individuals compared to that of the patients with cardiovascular diseases. Regression analysis indicated significant associations between coping styles and resilience with cardiovascular diseases. We found resilience as the main predictor of cardiovascular diseases ($\beta = -0/6$).

Conclusion: The results showed a significant relationship between resilience and cardiovascular diseases. There were also significant differences between healthy subjects and patients in their resilience score

Keywords: : Resilience, cardiovascular patients, myocardial infarction patients, personality features

تأثیر تاب آوری در بیماران قلبی- عروقی بستری شده در بیمارستان

سیدعلی دوستدار طوسی^۱

صمد گلشنی^۲

چکیده

سابقه و هدف: امروزه در مطالعه پدیده‌ها و مسائل انسانی، به وحدت و یکپارچگی جنبه‌های زیستی و روانی- اجتماعی بیش‌تری پی می‌بریم. دیگر تفکیک بین جنبه‌های عضوی و کارکردی تقسیم‌درستی به نظر نمی‌رسد. بر اساس این تعامل است که مشکلات جسمانی، عوارض روانی اجتماعی را ایجاد می‌کند و عوامل روانی اجتماعی نیز به نوبه خود بر جسم انسان تأثیر می‌گذارند. بیماری‌های قلبی عروقی نمونه بارز تأثیرات متقابل جسم و روان در فرآیند پدیدآیی بیماری هستند. در این گونه بیماری‌ها بروز و تشدید اختلال جسمانی، از مسائل هیجانی و مشکلات روانی اجتماعی سرچشمه می‌گیرد. هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر ویژگی شخصیتی تاب آوری در بیماران قلبی است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه (علی- مقایسه‌ای) بر روی کلیه بیماران قلبی عروقی بیمارستان‌های فاطمه الزهرا و نیمه شعبان، و تعدادی افراد سالم انجام شد. نمونه آماری این تحقیق ۲۳۲ نفر بود که تعداد ۸۷ نفر افراد سالم، ۷۷ نفر از بیماران قلبی عروقی (سکته‌ای) و ۶۸ نفر بیماران قلبی غیر سکته‌ای بستری بودند که براساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس تاب آوری کانر دیویدسون (CD-RISC) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحقیق حاکی از آن است که افراد سالم در تاب آوری نمره بالاتری را کسب کرده‌اند، اما بیماران قلبی عروقی در تاب آوری نمره پایین‌تری داشتند. جداول رگرسیونی نشان می‌دهد که دو متغیر تاب آوری و سبک‌های مقابله‌ای تأثیر معنی‌داری در بروز تشدید بیماری‌های قلبی داشته‌اند و هر یک از آن‌ها دارای وزن‌های متفاوتی هستند. ضرایب تأثیر استاندارد موجود در جدول نشان می‌دهد که متغیر تاب آوری با ضریب تأثیر رگرسیونی $(\beta = -0/6)$ ، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده بیماران قلبی می‌باشد.

استنتاج: یافته‌های به‌دست آمده نشان می‌دهد که بین ویژگی شخصیتی تاب آوری با بیماری قلبی رابطه معنی‌داری وجود دارد و هم‌چنین تفاوت معنی‌داری، بین افراد سالم و بیماران قلبی عروقی از نظر سطح تاب آوری مشاهده شده است.

واژه‌های کلیدی: تاب آوری، بیماران قلبی، بیماران سکته‌ای، ویژگی‌های شخصیتی

مقدمه

امروزه بیماری‌های قلبی و عروقی به عنوان مهم‌ترین عامل مرگ و میر در جهان شناخته شده است. این بیماری در دنیای غرب، بیش از هر بیماری دیگری موجب مرگ و میر افراد می‌گردد. در ایالات متحده

E-mail: s.ali_doustdar@yahoo.com

مؤلف مسئول: سیدعلی دوستدار طوسی - ساری - کیلومتر ۸ جاده جویبار، دانشگاه فرهنگیان

۱. دکتری روانشناسی، مدرس دانشگاه فرهنگیان مازندران

۲. فوق تخصص قلب-عروق /استاد و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۵/۵

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۲/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۱

امریکا بیش از نیمی از مرگ و میر افراد بالای چهل و پنج سال به علت بیماری‌های مربوط به قلبی است. در هندوستان سالیانه ۸۰۰۰۰۰ نفر در اثر ابتلاء به بیماری کرونری قلب جان خود را از دست می‌دهند. در کشورهایی مانند بحرین، مصر، کویت، عراق، قطر و اردون بیماری قلبی - عروقی در رأس علل اصلی مرگ و میر بوده است (۱). در ایران نیز طبق گزارشی، بیماری قلبی - عروقی، اولین علت مرگ و میر افراد بالای سی و پنج سال ذکر گردیده است، هم‌چنین نرخ افزایش ابتلاء به بیماری قلبی در ایران ۴/۳ درصد می‌باشد (۲). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی ۱۰ درصد کل موارد ناتوانی در سال ۱۹۹۸ به بیماری‌های قلبی منتسب شده است. علاوه بر هزینه‌های گزاف تشخیصی و درمان، هزینه‌های مراقبت بهداشتی غیرمستقیم مانند کاهش درآمد بیمار، کاهش تولید و کارایی، معلولیت، هزینه‌های دوره بیکاری و بیمه ایام بیکاری در این دسته از بیماران قلبی، چندین برابر هزینه مستقیم آن است (۳). این بیماری از آن دسته از اختلالات اند که صرفنظر از زمینه‌های زیستی و عوامل خطر ساز جسمانی، انواع استرس‌ها و پریشانی‌ها، راهبردهای مقابله‌ای غیر کارآمد، رویدادهای پر استرس زندگی و همین‌طور سطح پایین تاب آوری در بروز و تشدید آن نقش مؤثری دارند.

الگوی حاکم این بیماری، الگوی زیستی - روانی و اجتماعی است؛ که در آن به انسان به عنوان موجودی چند بعدی نگریسته می‌شود و هر یک از ابعاد زیستی و روانی - اجتماعی به صورت نظام‌های تعاملی عمل می‌کنند، که بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت و بیماری و سازه‌ای است که طی ده سال گذشته توجه بسیاری از محققان را به خود جلب کرده است متغیر تاب آوری است. این عامل از جمله خصیصه‌های روان‌شناختی به شمار می‌رود که در حوزه سلامت از اهمیت بسیاری برخوردار است. تاب آوری به زبان ساده عبارت است از تطابق مثبت در واکنش به

شرایط ناگوار (۴). به عبارتی تاب آوری به عنوان مقاومت موفقیت آمیز فرد در برابر موقعیت‌های تهدید آمیز و چالش برانگیز تعریف می‌شود. افراد تاب آور افرادی هستند که علی‌رغم مواجهه با استرس‌های مزمن و تنیدگی‌ها، از آثار نامطلوب آن‌ها می‌کاهند و سلامت روانی خود را حفظ می‌کنند از نظر این محققین تاب آوری یک فرآیند، توانایی با پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف می‌شود (۵) به عقیده Block (۶) افراد خود تاب آور دارای رفتارهای خودشکنانه نیستند، از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تحمّل شرایط استرس‌زا را دارند. به عبارتی هسته مرکزی سازه خود تاب آوری را این پیش فرض تشکیل می‌دهد که "فطرتی زیست شناختی" برای رشد و کمال در هر انسان وجود دارد که به طور طبیعی و در شرایط معین محیطی می‌تواند آشکار شود (۷).

به نظر ۴ ورنر تاب آوری افراد را، عامل توانمندی آنان در راستای تغییر پیامدهای ناگوار در جهت مثبت و کمک به حفظ سلامتی می‌داند. در زمینه پیامدهای تاب آوری پژوهش جوکار، سامانی و صحراگرد (۸) نشان داد که تاب آوری پیش بینی کننده معنی داری از سطح سلامت روان و رضایت مندی است. در تبیین آن می‌توان گفت اگرچه تاب آوری اثر مستقیم معنی داری بر رضایت از زندگی ندارد اما دارای اثر غیر مستقیم چشم گیری بر آن است. یعنی افزایش تاب آوری کاهش مشکلات هیجانی و فشار روانی را در پی دارد و کاهش این مشکلات افزایش رضایتمندی از زندگی را برای فرد به همراه خواهد داشت. همچنین پژوهش ویسی و همکاران (۹) نشان داد که در شرایط پر استرس کسانی که از سر سختی بالاتری برخوردارند سلامت روان بیش تری دارند تا کسانی که از سر سختی پایین تری برخوردارند. به عبارتی در توصیف این پژوهش‌ها می‌توان گفت افرادی که از تاب آوری بالاتری برخوردار هستند از نظر سلامت روانی در موقعیت رضایت بخشی قرار دارند و می‌توانند هیجانانگیز خود را

کنترل کنند و هم‌چنین درک درستی از احساسات و هیجانات دیگران هم دارند و رفتار مناسب تری را از خود بروز می‌دهند و نتیجه آن سازگاری در زندگی خانوادگی و تأثیر مثبت در روابط بین فردی می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی سازوکار اثرگذاری تاب‌آوری بر بیماران قلبی انجام شده است. این پژوهش به دنبال آزمون این فرضیه بوده است که تاب‌آوری به واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روان، باعث کاهش مشکلات قلبی عروقی می‌شود و همین‌طور پایین بودن سطح تاب‌آوری در افراد، خطر ابتلا به بیماری قلبی را افزایش می‌دهد. لذا کوشش شده است که تأثیر متغیر تاب‌آوری در بیماران قلبی و بیماران قلبی سکته‌ای مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

روش این تحقیق زمینه‌یابی از نوع توصیفی و علی-مقایسه‌ای بوده است و متغیر تاب‌آوری به عنوان متغیر مستقل یا پیشین و بیماری‌های قلبی و عروقی متغیر وابسته‌ی این پژوهش را تشکیل می‌دهند. جامعه آماری شامل کلیه بیماران قلبی عروقی بیمارستان‌های فاطمه الزهرا و نیمه شعبان و افراد سالم (کارکنان دانشگاه فرهنگیان و ادیب) شهرستان ساری می‌باشد. حجم نمونه آماری این تحقیق شامل ۲۳۲ نفر، که تعداد ۸۷ نفر افراد سالم، ۷۷ از بیماران قلبی عروقی سکته‌ای و ۶۸ نفر از بیماران قلبی غیر سکته‌ای می‌باشد. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردیده است. ملاک انتخاب این بیماران بر اساس تست آنژیوگرافی، مصاحبه تشخیصی و شرح حال بیماران و هم‌چنین با نظر پزشک متخصص به عنوان بیمار قلبی سکته‌ای و بیماران قلبی غیر سکته‌ای بوده است. البته قبل از اجرای تست اطلاعاتی مانند چگونگی پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها و محرمانه بودن اطلاعات به آزمودنی‌ها ارائه شده است و آزمودنی‌ها در اجرای پرسشنامه همکاری لازم را داشتند. با توجه به این‌که سن ارتباط

مثبت و معنی‌داری با بیماری قلبی دارد بیماران زیر ۲۱ و بالای ۶۵ سال کنار گذاشته شدند.

در این پژوهش برای سنجش میزان تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری Connor و Davidson (CD-RIS) (۱۰) این استفاده شده است. Connor و Davidson (۱۰) این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در زمینه تاب‌آوری تهیه نمودند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه: جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر، و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، انجام شده است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسش‌نامه به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند و همچنین می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار گرفته شود (۱۱).

پرسش‌نامه تاب‌آوری Connor و Davidson ۲۵ گویه دارد که براساس مقیاس لیکرتی، بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی هنجاریابی شده است (۱۰). برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل به جز گویه ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را به دست آمد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مولفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل برپایه ماتریس همبستگی گویه‌ها و شاخص kmo برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عاملی را نشان دادند. برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری Connor و Davidson از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد که ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۱۲).

یافته‌ها

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب متغیرهای زمینه‌ای

گروه‌های مورد بررسی	جنس	سن		تحصیلات				شغل		
		کم‌تر از ۳۵ سال	بین ۳۶ تا ۵۵ سال	بالا‌تر از ۵۶ سال	پایین‌تر از دیپلم	بالا‌تر از دیپلم	کارگر		کارمند	خانه‌دار
افراد سالم	مرد	۳۳	۳۸	۴۷	۲	۳۳	۵۴	۱۸	۶۰	۹
بیماران قلبی بدون سکنه	زن	۳۰	۸	۳۹	۲۱	۳۴	۳۴	۲۰	۳۰	۱۸
بیماران قلبی سکنه‌ای		۲۴	۴	۴۹	۲۴	۴۶	۲۳۱	۳۱	۲۹	۱۷
جمع کل		۸۷	۵۰	۱۳۵	۴۷	۱۱۳	۱۱۹	۶۹	۱۱۹	۴۴

جدول شماره ۲: توزیع میانگین و انحراف معیار تاب آوری به

تفکیک افراد سالم و بیماران قلبی و سکنه‌ای و تحلیل آن با استفاده

از آزمون ANOVA

گروه آزمودنی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون F	سطح معنی داری (sig)
افراد سالم	۸۷	۷۱/۶۸	۸۱/۱۰		
بیماران غیرسکنه‌ای	۶۸	۱۹/۴۸	۱۵/۱۱	۸۳/۱۵۳	۰/۰
بیماران سکنه‌ای	۷۷	۷۱/۴۲	۷۹/۷		
مجموع	۲۳۲	۶/۵۴	۲۸/۱۵		

نتایج حاصل از داده‌های جدول بالا نشان می‌دهد که در گروه‌های مختلف تحقیق به لحاظ تاب آوری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که گروه سالم به نسبت گروه بیماران بدون سابقه سکنه و بیماران با سابقه سکنه از میانگین بالاتری برخوردار بوده‌اند. در نتیجه می‌توان گفت که به لحاظ تاب آوری، گروه سالم نسبت به بیماران قلبی بدون سکنه و بیماران قلبی سکنه‌ای عملکرد بالاتری داشته‌اند. از جدول فوق کاملاً پیداست که افراد سالم میانگینی برابر با ۷۱/۶۸ و افراد فاقد تجربه سکنه قلبی میانگینی برابر با ۱۹/۴۸ از خود نشان داده‌اند. از سوی دیگر، بیماران قلبی دارای تجربه سکنه قلبی نیز میانگینی برابر با ۷۱/۴۲ از خود نشان داده‌اند که از هر دو گروه مذکور کم‌تر می‌باشد. از این رو، می‌توان دریافت که عملکرد تاب آوری گروه بیماران قلبی به مراتب کم‌تر از بیماران قلبی بدون تجربه سکنه و نیز گروه افراد سالم بوده است. آزمون تحلیل واریانس نیز به خوبی این مسئله را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: ضرایب تأثیر مدل تبیین‌کننده‌ی بیماران قلبی

متغیر	ضریب استاندارد نشده		ضریب استاندارد	
	B	Std. Error	Beta	T
سبک‌های مقابله	۱/۴۲۸	۱/۴۲		۱۰/۰۴۰
	۱/۳۲	۰۴۴	۰/۲۱۶	۳/۹۴۱
تاب آوری	-۰/۱۹	۰۰۲	-۰/۰۹	۱۱/۱۱۱

برای تشخیص این که سهم کدام یک از متغیرهای مستقل در تبیین و پیش‌بینی متغیر وابسته یعنی بیماران قلبی بیش‌تر است و سهم کدام یک کم‌تر، باید به جدول رگرسیونی مراجعه شود. در جدول معادله رگرسیونی اهمیت نسبی هر متغیر مستقل در توضیح تغییرات وابسته با مشاهده مقدار ضرایب یا وزن‌های رگرسیونی به دست می‌آید. علامت منفی وزن‌های رگرسیون اعم از ضرایب خام یا غیراستاندارد و ضرایب استاندارد نشان‌دهنده تأثیر منفی و معکوس متغیرهای مستقل بر بیماران قلبی است. به بیان دیگر با افزایش دو متغیر میزان احتمال ابتلا به بیماری قلبی کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر با کاهش تاب آوری و در انتخاب سبک‌های مقابله هیجان‌مدار و اجتنابی بیماری قلبی نیز افزایش می‌یابد. جداول رگرسیونی نشان می‌دهد که تأثیر هر دو متغیر مستقل معنادار بوده و هر یک از آن‌ها دارای وزن‌های متفاوتی هستند. ضرایب تأثیر استاندارد موجود در جدول نشان می‌دهد که متغیر تاب آوری با ضریب تأثیر رگرسیونی $(\beta = -0/6)$ ، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده بیماران قلبی می‌باشد. متغیر سبک‌های مقابله نیز با ضریب استاندارد رگرسیونی $(\beta = 0/21)$ در رتبه بعدی جای دارد. نتایج جدول بالا نشان می‌دهد که ۶۰/۹ درصد از افراد سالم، نمره تاب آوری ۶۷ یا بالاتر و ۳۹/۰۱ این افراد نمره تاب آوری بین ۳۴ تا ۶۶ را کسب کرده‌اند، و ۸۸/۲ درصد از افراد بیمار قلبی بدون سکنه و از طرف دیگر ۸۷ درصد از بیماران قلبی دارای سابقه سکنه، نمره بین ۳۴ تا ۶۶ را اخذ کرده‌اند همچنین ۱۳ درصد از بیماران قلبی سکنه‌ای نمره تاب آوری کم‌تر از ۳۳ و از گروه بیماران قلبی سکنه‌ای کسی نمره

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی و درصد فراوانی نمره تاب آوری آزمودنی ها به تفکیک وضعیت سلامتی آن ها و تحلیل آن با استفاده از مجذور کای (x2)

گروه های آزمودنی	نمره تاب آوری						جمع	
	۶۷ و بیش تر		۳۴ تا ۶۶		۳۳ و کم تر از آن			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
افراد سالم	۵۳	۶۰/۹	۳۴	۳۹/۱	۰	۰/۰	۸۷	۱۰۰
بیماران غیرسکته ای	۱	۱/۵	۶۰	۸۸/۲	۷	۱۰/۳	۶۸	۱۰۰
بیماران سکته ای	۰	۰/۰	۶۷	۸۷	۱۰	۱۳	۷۷	۱۰۰
جمع	۵۴	۲۳/۳	۱۶۱	۶۹/۴	۱۷	۷/۳	۲۳۲	۱۰۰

تاب آوری بالای ۶۷ کسب نکرده اند. براین اساس میان متغیر یاد شده در گروه شرکت کننده ارتباط معنی دار وجود دارد. این موضوع بیان گر آن است که افراد سالم بیش از دیگر گروه ها، نمرات تاب آوری ۶۷ یا بالاتر از آن را اخذ کرده اند. در حالی که بیماران بدون سکته و بیماران دارای تجربه سکته قلبی نیز هیچ گاه نتوانسته اند چنین سطح تاب آوری از خود نشان دهند. این داده ها حاکی از آن است که افراد سالم عموماً از تاب آوری بالایی برخوردار بوده اند.

بحث

یافته های تحقیق نشان داد که بین نمره تاب آوری گروه های مختلف مورد آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. به این معنی گروه آزمودنی سالم دارای نمره تاب آوری بالاتر و گروه دوم بیماران قلبی و گروه سوم بیماران قلبی سکته ای دارای نمره تاب آوری پایین تری بوده اند. هم چنین بین دو گروه بیماران در میانگین تاب آوری تفاوت معنی داری مشاهده شد. یعنی بیماران سکته ای دارای پایین ترین سطح تاب آوری بوده اند و این امر خطر آسیب پذیری را در این گروه از بیماران افزایش داده است. در تبیین آن می توان اشاره کرد که بیماران سکته ای هر مصیبت و حادثه ناگوار را یک تهدید ارزیابی می کنند و آن را خطر جدی و غیر قابل کنترل می دانند به همین دلیل آسیب پذیرتر هستند و بروز اختلال های بدنی و روانی در این افراد بیش تر می باشد. در این زمینه نتایج تحقیقی که در ارتباط با

سلامت و رضایت مندی از زندگی توسط جوکار، سامانی و صحراگرد (۸) و ویسی و همکاران (۹). انجام گرفت با نتایج این پژوهش همخوانی دارد. تاب آوری به عنوان یک منبع مقاومت درونی تاثیرات منفی استرس را کاهش می دهد و از بروز سکته قلبی زود هنگام پیشگیری می نماید. از طرفی تحقیقات جدید در حوزه مختلف تاب آوری هم سویی بیشتری را با نتایج این تحقیق نشان می دهد. پژوهش زارعی و همکاران (۱۳) حاکی است که الگوی ارتباطی مناسب در بین اعضای خانواده (مکالمه و انطباق) و تاب آوری، پیش بینی کننده قابل توجهی از کیفیت زندگی مطلوب در افراد بوده Hildon و همکاران (۱۴) نیز در تحقیق دیگر به این نتیجه رسیدند که افراد با توانایی تاب آوری، استقامت بیشتری در برابر ناملایمات و مشکلات زندگی دارند. و نیز رشد تاب آوری افراد پس از سانحه بسیار مثبت بوده است. بنابراین افراد تاب آور فشار و مشکلات را به تجربه ای بی خطر تبدیل می کنند. و این افراد در رویارویی با شرایط سخت و مشکلات، از توانایی یافتن معنی در تجارب آشفته ساز برخوردار هستند و به نقش خود به عنوان فرد موثر و با اهمیت باور دارند. نتایج تحقیق Xu Christensen و KWOK و همکاران (۱۶-۱۸) بر ارتباط قوی و معنی دار تاب آوری و اعتماد به نفس و افسردگی در طول اقامت بیماران بستری تاکید می کند. بدین معنی در مجموع می توان به این نکته اشاره کرد که افراد تاب آور دارای عزت نفس بالا و کاهش مشکلات هیجانی و رفتارهای اضطرابی کم تری از خود

نتیجه این که به منظور کاهش مشکلات و آسیب های قلبی، برنامه آموزشی توانمندسازی بر بیماران، زمینه ارتقا تاب آوری را در افراد مهیا می سازد. و تاب آوری بالا اثرمستقیمی با کاهش مشکلات هیجانی و رفتارهای اضطرابی و افسردگی دارد. و این امر زمینه سلامت روانی و جسمانی را در افراد ایجاد می کند. در بیماران تاب آوری به عنوان مهم ترین متغیر پیش بینی کننده در ارتباط با بیماری قلبی و سکتة ای شناخته شده است. از این رو این افراد مصیبت ناگوار را تهدید کننده ارزیابی می کنند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و مسئولان محترم مرکز تحقیقاتی درمانی بیمارستان فاطمه الزهرا ونیمه شعبان که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند و دانشجویان و کارکنان دانشگاه تربیت معلم و دانشگاه ادیب که در انجام این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می شود.

نشان می دهند و از طرف دیگر سطح پایین تاب آوری میزان اضطراب و افسردگی را در بیماران و افراد بستری نشان داد.

از تحلیل رگرسیون درپیش بینی دو متغیر سبک های مقابله و تاب آوری بر بیماری قلبی، نتایج حاکی از آن است اگرچه بیماران قلبی سکتة ای درمواجهه با ناکامی و مشکلات بیش تر از سبک های مقابله ای غیر کارآمد هیجان مدار بهره می گیرند. اما تحلیل رگرسیونی بیان گر آن است که عامل پیش بین در بیماران قلبی کاهش سطح تاب آوری این بیماران است. به عبارت دیگر افراد غیرتاب آور کسانی هستند که سازه فطری زیست شناختی " برای رشد و کمال که درهرانسان وجود دارد و به طور طبیعی و در شرایط محیطی می تواند آشکار شود. دراین بیماران به شایستگی رشد پیدا نکرد و بر همین اساس این افراد در شرایط ناگوار و سخت نمی توانند کنترلی برهیجانان خود داشته باشند. و باعث می گردد این افراد ازسبک های نا مناسب و ناکارآمد هیجانی استفاده می کنند. که پیامد آن آسیب پذیری روانی و جسمانی برای فرد می باشد.

References

1. Dehdari T, check training aids muscular tension, anxiety and quality of life in anxious patients after coronary bypass surgery. (PhD, thesis). University of Health Education, Tarbiat modares University, 2002. (Persian).
2. Samavat T, Hojatzade A. Knowing about heart attack and stroke in the Department of Disease Control Health Research and Medical Education .Newsletter of Family physicians association of Mazandaran Province, 2001 (Persian).
3. Hosaini Ghadamgahi J, Dejkam M, Bayanzadeh A, Faiz AH. Quality of social relationships on stress and coping strategies in patients with coronary heart. Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology. 1998; 4(1): 14-25. (Persian)
4. Waller MA. Resilience in ecosystem miccontext: Evolution of the child. AM J ORTHOPSYCHIAT. 2001; 71(3): 290 -297.
5. Garnezy N, & Masten AS. The protective role of competence indicators in children at risk. In Life- Span developmental psychology: Perspectives on stress and coping. (ed by) E M Cummings, A L Green, K H Karraker. Hillsdale, NJ: Lawrence, 1991.
6. Block J, Personality as an affect-processing system: toward an integrative theory.

- Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Association. 2002.
7. Werner EE. Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatr Suppl.* 1997; 422: 103- 105. PMID: 9298804.
 8. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Resilience, mental Health, Satisfaction of Life. *Journal of Psychiatry and Clinical psychology.* 2007; 13(3): 290- 295. (Persian).
 9. Veisi M, Atef M, Razahi M, Impact of occupational stress on satisfaction and mental health. Moderating effect of hardiness and social support. *Journal of thought and behavior*, 2008; 6 :70-78 (Persian).
 10. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003; 18(2): 76-82. PMID: 12964174.
 11. Mohammadi M. Consideration of the Effective Factors on Resilience in the, Persons exposed to misuse of the trafficking drugs (PhD Thesies). Tehran Bahzisti and Tavanbakhshi university. 2008. (Persian).
 12. Mohammadi M, Jazaieri AR, Rafie AH, Jokar B, Pourshaban A , Evaluating the resilience factors among people with narcotic drug abuse. *The new psychological research, Tabriz Univerity.* 2006; 1(2,3):203-224.
 13. Zarei E, Fallahchai SR, Vahedi Sarrigani N. The study of Relationship Between Family Communication Patterns with Resilience and Quality of life the High School Girls Students. *J Life Sci Biomed.* 2013; 3(4): 289-293 (Persian).
 14. Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. Examining Resilience of Quality of Life in the Face of Health- Related and Psychosocial Adversity at Older Ages: What is “Right” About the Way We Age?. *Gerontologist.* 2010; 50(1): 36-47.
 15. Nishi D, Matsuoka Y, Kim Y. Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *Bio PsychoSoc Med.* 2010; 4(7): 759-765.
 16. Xu J, Ou L. Resilience and quality of life among We chuan earthquake survivors: the mediating role of social support. *Public Health.* 2014; 128 (5): 430-437.
 17. Christensen ME, Resilience and health outcomes in patients with traumatic injury, (MS Thesis) University of North Texas, 2011.
 18. Kwok ST, wong WN, Kris, LEE TYA. Effect of Resilience on Self-Perceived Stress and Experiences on Stress Symptoms A Surveillance Report. *Universal Journal of public health .* 2014; 2(2): 64-72.