

Evaluating Relation the Resiliency and Memory in Patients with Cardiovascular Diseases

Seyed Ali Doustdartousi¹, Parviz Dabaghi²

1. Ph.D. of Psychology, University of Mazandaran teachers

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding author E-mail: s.ali_doustidar@yahoo.com, *Tel: 09111543267

Received 2015 August 18; Accepted 2015 November 23.

Abstract

Objective: Today, cardiovascular diseases serve as the most important cause of death in the world. The disease, more than any other forms of disease, has caused mortality. Cardiovascular diseases formation process is an obvious example of the interaction of body and mind. The pattern of the disease has a bio-psycho-social model in which human beings are viewed as multidimensional creatures whose biological, social and psychological features act in an interactive system, which can have impact on each other. In such diseases the development of physical disorder stems from emotional issues and psychosocial problems. Among the structural factors affecting health and illness over the past decade, the resiliency and memory functioning, being relatively intertwined, have attracted the attention of many researchers. Hence doing research in this area seems necessary. Thus, the aim of this study was to investigate the influence of personality resiliency and memory function in patients with heart problems.

Methods: This study was retrospective (causal comparative). The population of the present study included all the cardiovascular patients' of Al-Zahra and Nimeshaban hospitals and healthy people included Farhangian and Adib Universities staff of Sari. A sample of 232 people which were 87 healthy subjects, 77 patients hospitalized for myocardial infarction and 68 patients with myocardial diseases (stroke). The sampling methods and data used in this study were obtained through questionnaires. The subjects' availability sampling method was used. Selection criteria for Patients were conducted by angiography test, diagnostic interviews and medical history as well as experts' viewpoints. To assess the resilience in this study, the Connor and Davidson Resilience Scale (CD-RIS) was used. The scale items were then analyzed using factorial analysis. Before extracting factors based on the matrix, the correlation between the items and the KMO index was 0.87 and Bartlett's test was significant. ($P < 0.001$), with both indicators showing enough evidence for factorial analysis. To determine the reliability of Connor-Davidson Resilience Scale, the Cronbach's alpha reliability coefficient was used. Also, to assess subjects' short-term memory, a computer tool was used which was prepared by the physiological Institute of the Academy of Sciences of Armenia. To analyze the data, the Spss19 was used and the Kolmogorov-Smirnov test was used to determine the normal distribution of data. Also, the ANOVA was used to compare the resiliency and memory performance of subjects in groups and the Tukey's test and Pearson correlation coefficient were used to test the research questions.

Results: There is a significant difference ($p < 0.001$) in the Resiliency between the subject groups (healthy people, cardiac patients and those with MI). There is a significant difference ($P < 0.001$) in memory performance components between the subject groups. Also, there is a significant difference in ($P < 0.001$) memory performance components between Resiliency groups.

Conclusion: The results of this study showed that resiliency feature is a distinctive feature of people with heart disease and normal subjects. Patients with heart diseases, due to lower score in resiliency, experience more stress and mental pressure in life. This reduces memory function in them. As a result, the focus will be directed toward adverse and stressful situations ultimately leading to a reduced accuracy.

Keywords: Resiliency, person with myocardial disease, memory, personality characteristics.

بررسی رابطه متقابل میزان تاب آوری و عملکرد حافظه در افراد سالم و بیماران قلبی عروقی

*سیدعلی دوستدار طوسی^۱، پرویز دباغی^۲

۱. دکتری روانشناسی، مدرس دانشگاه فرهنگیان، مازندران

۲. استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران و متخصص روانشناسی بالینی

*رابطه نام: s.ali_doustdar@yahoo.com *تلفن: ۰۹۱۱۱۵۴۳۲۶۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۲/۱۳

چکیده

هدف: فرایند پدیدآیی بیماری‌های قلبی-عروقی نمونه بارز تأثیر متقابل جسم و روان است. در این گونه بیماری‌ها تکوین و تشدید اختلال جسمانی از مسائل هیجانی و مشکلات روانی اجتماعی سرچشمه می‌گیرد. از این رو ضروری است تا تحقیقاتی در این زمینه صورت گیرد. بنابراین هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر ویژگی شخصیتی تاب آوری و عملکرد حافظه در بیماران قلبی است.

روش بررسی: روش این تحقیق پس رویدادی (علی - مقایسه‌ای) است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران قلبی-عروقی بیمارستان‌های فاطمه الزهرا و نیمه شعبان، افراد سالم را کارکنان دانشگاه فرهنگیان و ادیب شهرستان ساری تشکیل می‌دهند. نمونه آماری این تحقیق ۲۳۲ نفر است که تعداد ۸۷ نفر افراد سالم، ۷۷ نفر از بیماران قلبی عروقی (سکته‌ای) بستری و ۶۸ نفر بیماران قلبی غیر سکته‌ای بودند. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردیده و داده‌های این تحقیق از طریق پرسشنامه به دست آمد.

یافته‌ها: در تاب آوری بین سه گروه آزمودنی (سالم، بیماران قلبی و بیماران سکته‌ای) تفاوت معناداری ($p < 0/001$) وجود دارد. در مولفه‌های عملکرد حافظه بین سه گروه آزمودنی تفاوت معناداری ($p < 0/001$) وجود دارد. و همچنین در مولفه‌های عملکرد حافظه بین گروه‌های تاب‌آوری تفاوت معناداری ($p < 0/001$) وجود دارد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این تحقیق خصیصه تاب آوری یک ویژگی متمایز کننده در بیماران قلبی و افراد عادی است. بیماران قلبی به جهت نمره پایین‌تر تاب آوری استرس و فشارروانی بیشتری را در زندگی تجربه می‌کنند. این امر کارکرد حافظه را در آن‌ها کاهش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: تاب آوری، بیماران قلبی، حافظه، ویژگی‌های شخصیتی.

۱ مقدمه

نگریسته می‌شود که هر یک از ابعاد زیستی - روانی و اجتماعی به صورت نظام‌های تعاملی عمل می‌کنند، که بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت و بیماری و سازه‌ای که طی ده سال گذشته توجه بسیاری از محققان را به خود جلب کرد، 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 است (۴). به عبارت دیگر تاب آوری مقاومت موفقیت آمیز فرد در برابر موقعیت‌های تهدید آمیز و چالش برانگیز است. افراد تاب آور افرادی هستند که علیرغم مواجهه با استرس‌های مزمن و تنیدگی‌ها، از آثار نامطلوب آن‌ها می‌کاهدند و سلامت روانی خود را حفظ می‌کنند از نظر این محققان تاب آوری فرآیند توانایی با پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده است (۵). در تعریف دیگر به عقیده بلاک (۶) افراد خود تاب آور دارای رفتارهای خودشکنا نه نیستند، از نظر عاطفی آرام هستند و توانایی تحمل شرایط استرس زا 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. از طرفی در تحقیق ورنر (۷) در ارتباط با تأثیر مثبت تاب آوری در رویارویی با استرس، تاب آوری افراد، عامل توانمندی آنان در راستای تغییر پیامدهای ناگوار در جهت مثبت و کمک به حفظ سلامتی قلمداد شد. در زمینه پیامدهای تاب آوری پژوهشی که در کشور توسط جوکار، سامانی و صحرارگرد (۸)

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 امریکا بیش از نیمی از مرگ و میر افراد بالای چهل و پنج سال به علت بیماری‌های قلبی است. در هندوستان سالانه ۸۰۰,۰۰۰ نفر در اثر ابتلاء به بیماری کرونری قلب جان خود را از دست می‌دهند. در کشورهایمانند بحرین، مصر، کویت، عراق، قطر و اردن بیماری قلبی - عروقی در رأس علل اصلی مرگ و میر بود (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 ۳/۴ درصد است (۲). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی ۱۰ درصد کل موارد ناتوانی در سال ۱۹۹۸ به بیماری‌های قلبی ارتباط داشت. 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. این بیماری از آن دسته از اختلالات است که صرف نظر از زمینه‌های زیستی و عوامل خطر ساز جسمانی، انواع استرس‌ها و پریشانی‌ها، راهبردهای مقابله‌ای غیر کارآمد، رویدادهای پر استرس زندگی و همین طور سطح پایین تاب آوری در بروز و تشدید آن نقش مؤثری دارند (۳). الگوی حاکم این بیماری، الگوی زیستی - روانی و اجتماعی است؛ که در آن به انسان به عنوان موجودی چند بعدی

انجام گرفت نشان داد که تاب آوری پیش بینی کننده معنی داری از سطح سلامت روان و رضایتمندی است. می‌توان گفت تاب آوری اثر مستقیم معنی‌داری بر رضایت از زندگی ندارد اما دارای اثر غیر مستقیم چشم‌گیری بر آن است؛ یعنی افزایش توان تاب آوری کاهش مشکلات هیجانی و فشار روانی را در پی دارد و کاهش این مشکلات افزایش رضایت مندی از زندگی را برای فرد به همراه خواهد داشت. همچنین پژوهش ویسی و عاطف وحید و رضائی (۹) نشان داد که در شرایط پر استرس کسانی که از سر سختی بالاتری برخوردارند، سلامت روانی بیشتری دارند تا کسانی که سرسختی پایین‌تری دارند. به عبارت دیگر افرادی که از تاب آوری بالاتری برخوردار هستند، از نظر سلامت روانی در موقعیت رضایت بخشی قرار دارند و می‌توانند هیجانات خود را کنترل کنند و همچنین درک درستی از احساسات و هیجانات دیگران هم دارند و رفتار مناسب‌تری را از خود بروز می‌دهند و نتیجه آن سازگاری در زندگی خانوادگی و تاثیر مثبت در روابط بین فردی است. در تبیین آن می‌توان گفت که افراد با تاب آوری پایین در معرض خطر ابتلا به افسردگی، استرس، اضطراب و مشکلات بین فردی هستند و ممکن است برای کاهش اضطراب به رفتارهای مخاطره آمیز مثلا مصرف مواد مخدر روی بیاورند. افراد دارای تاب آوری نسبت به افراد فاقد تاب آوری رویدادهای منفی را به صورت انعطاف پذیرتر و واقع بینانه تر در نظر می‌گیرند و مشکلات را اغلب موقتی و محدود می‌دانند.

متغیر مهم دیگری که در این پژوهش مورد توجه قرار گرفت، حافظه بود. مطالعه حافظه دارای اهمیت ویژه‌ای است زیرا تفکر (از جمله ادراک، قضاوت اجتماعی و حل مسئله) وابسته به حافظه است. سوگیری در حافظه می‌تواند سوگیری در تفکر و شناخت را ایجاد نماید. دیگر آن که هیجانات می‌توانند بر حافظه اثر بگذارند چه در هنگام رمزگردانی، چه در موقع اندوزش و چه در زمان بازیابی (۱۰). مطالعه رابطه بین عواطف و حافظه از سال ۱۹۷۰ به بعد پیشرفت چشمگیری داشته است. از همان زمان روانشناسان شناختی همگام با روانشناسان بالینی به تاثیر حالات عاطفی و هیجانی بر حافظه و اهمیت آن پی بردند. به طوری که رویکرد جدید غالبا در پژوهش‌های مرتبط با انواع هیجان، رویکرد شناختی بوده است (۱۱). در پژوهش بانوس، مدینا و پاسکال (۱۲) حافظه افراد مبتلا به افسردگی و اختلال آسیمگی در شرایط مختلف رمزگردانی مورد بررسی قرار گرفت. این پژوهش نشان داد که هر دو گروه در تکلیف یاد آوری آزاد، کلمات دارای بار هیجانی منفی را بیشتر از کلمات خنثی و مثبت به یاد می‌آورند. نتایج این مطالعه در حوزه روانشناسی کاربرد گسترده‌ای دارد. که امروزه در حد وسیع، فراگیر و موثر به درمان اختلالات هیجانی کمک می‌نماید.

با توجه به مطالب ارائه شده و پیشینه، هدف کلی پژوهش حاضر بررسی وضعیت تاب آوری و عملکرد حافظه در گروه‌های آزمودنی و تعیین رابطه بین این دو متغیر است. همچنین سؤال‌های پژوهش عبارت است از: آیا در تاب آوری بین گروه‌های آزمودنی (سالم، بیماران قلبی و بیماران سکته‌ای) تفاوت وجود دارد؟ آیا در مولفه‌های عملکرد حافظه (سرعت خواندن حروف با صدای بلند،

مدت نگهداری تعداد حروف، طول مدت حفظ کردن و سرعت پردازش اطلاعات در حافظه) بین گروه‌های آزمودنی (سالم، بیماران قلبی و بیماران سکته‌ای) تفاوت وجود دارد؟ آیا بین تاب‌آوری با مولفه‌های عملکرد حافظه (سرعت خواندن حروف با صدای بلند، مدت نگهداری تعداد حروف، طول مدت حفظ کردن و سرعت پردازش اطلاعات در حافظه) در گروه‌های آزمودنی (سالم، بیماران قلبی و بیماران سکته‌ای) رابطه وجود دارد؟ و آیا در مولفه‌های عملکرد حافظه (سرعت خواندن حروف با صدای بلند، مدت نگهداری تعداد حروف، طول مدت حفظ کردن و سرعت پردازش اطلاعات در حافظه) بین گروه‌های تاب‌آوری تفاوت وجود دارد؟

۲ روش بررسی

روش پژوهش: روش این تحقیق توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بوده و متغیر تاب آوری به عنوان متغیر مستقل و عملکرد حافظه در افراد سالم و بیماری‌های قلبی-عروقی متغیر وابسته این پژوهش را تشکیل می‌دادند. جامعه آماری: جامعه آماری شامل کلیه بیماران قلبی-عروقی بیمارستان‌های فاطمه الزهرا و نیمه شعبان و افراد سالم (کارکنان دانشگاه فرهنگیان و ادیب) شهرستان ساری بودند و حجم نمونه شامل ۲۳۲ نفر بودند که تعداد ۸۷ نفر افراد سالم، ۷۷ از بیماران قلبی عروقی سکته‌ای و ۶۸ نفر از بیماران قلبی غیر سکته‌ای بودند. روش نمونه‌گیری: 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 نظریه‌شک متخصص به عنوان بیمار قلبی سکته‌ای و بیماران قلبی غیر سکته‌ای بود. البته قبل از اجرای تست اطلاعاتی مانند چگونگی پاسخ دهی به پرسش‌نامه‌ها و محرمانه بودن اطلاعات به آزمودنی‌ها ارائه شد، آزمودنی‌ها در اجرای پرسشنامه همکاری لازم را داشتند.

ابزار پژوهش: در این پژوهش برای سنجش میزان تاب آوری از مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون (CD-RIS) استفاده شد. کونور و دیویدسون (۱۳) این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در زمینه تاب آوری تهیه نمودند. بررسی ویژگی‌های روان سنجی 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 تاب آور را از غیر تاب آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود. پرسش‌نامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در این مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملا نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۴). هنجاریابی شد. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره کل به جز گویه ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش

مدت فرد در نظر گرفته خواهد شد. در مطالعه حاضر، برای پایایی ابزار تحقیق از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است که مقدار آزمون ۰/۸۸ محاسبه شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از نرم افزار Spss-19 از آزمون‌های آماری کلموکروف-اسمیرنف برای تعیین نرمال بودن توزیع داده‌ها، آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه تاب آوری و عملکرد حافظه در گروه‌های آزمودنی و آزمون تعقیبی توکی و همچنین ضریب همبستگی پیرسون جهت آزمون سؤال‌های پژوهش استفاده شد.

۳ یافته‌ها

جهت بررسی و آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شده است. در سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای اندازه‌گیری $\alpha = 5\%$ ، سطح معناداری برای همه متغیرها $p > 0.05$ محاسبه شده، بنابراین داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند و جهت تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها، استفاده از آزمون‌های آماری پارامتریک مجاز است.

سؤال یک: آیا در تاب آوری بین گروه‌های آزمودنی (سالم، بیماران قلبی و بیماران سکته‌ای) تفاوت وجود دارد؟
برای بررسی سؤال مورد نظر، با توجه به یافته‌های جدول ۱ نرمال بودن داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس یکراهه استفاده شده است.

مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی گویه‌ها و شاخص KMO برابر ۰/۸۷ و آزمون بارتلت معنی دار شد ($p < 0.001$) که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عاملی را نشان دادند. برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۱۵).

همین طور برای سنجش حافظه کوتاه مدت آزمودنی‌ها، ابزار رایانه‌ای مورد استفاده قرار گرفت. که درموسسه فیزیولوژیک دانشگاه آکادمی علوم ارمنستان تهیه گردید (۱۶). این ابزارحافظ کوتاه مدت را در دو مرحله مورد سنجش قرار می دهد در مرحله اول بیست حرف به آزمودنی ارائه می‌شود فرد با مشاهده آن باید سعی کند در سرعت وقت با صدای بلند، سریع وبدون خطا بخواند و در مرحله دوم اجرای تست آزمودنی پس دیدن حروف باید آن را بخاطر بسپارد واز حفظ تکرار کند. در شروع این بخش از آزمون با سه حرف شروع می‌شود ودر صورتی که آزمودنی بتواند حرفها به صورت کامل به خاطر بیاورد درهر مرحله یک حرف به آن اضافه می‌شود. اجرای تست بر روی آزمودنی تا آنجا ادامه می‌یابد که فرد دیگر قادر نباشد ازحفظ یک حرف را در آن مرحله به صورت صحیح بیان کند، به عبارتی اگر در هر مرحله حتی یک حرف هم به اشتباه بیان شود آن مرحله مورد قبول واقع نمی‌شود. و مرحله قبل که کاملاً صحیح پاسخ داد شده بود، همان نمره حافظ کوتاه

جدول ۱. مقایسه میانگین وانحراف معیار تاب آوری به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه با استفاده از آزمون ANOVA

متغیر	آزمودنی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	نسبت F	مقدار P
تاب آوری	افراد سالم	۸۷	۶۸/۷۱	۱۰/۹۸۷	۱۴۰/۴۲۶	< ۰/۰۰۱
	بیماران قلبی	۶۸	۴۸/۱۸	۱۱/۰۷۱		
	بیماران سکته‌ای	۷۷	۴۲/۷۱	۹/۳۴۵		

جدول ۲. نتایج آزمون تعقیبی توکی در سؤال شماره یک

گروه‌های آزمودنی	افراد سالم		بیماران قلبی		بیماران سکته‌ای	
	تفاوت میانگین	مقدار p	تفاوت میانگین	مقدار p	تفاوت میانگین	مقدار p
افراد سالم	-	-	۲۰/۵۳۶	< ۰/۰۰۱	۲۵/۹۹۸	< ۰/۰۰۱
بیماران قلبی	۲۰/۵۳۶	< ۰/۰۰۱	-	-	۵/۴۶۲	< ۰/۰۱۰
بیماران سکته‌ای	۲۵/۹۹۸	< ۰/۰۰۱	۵/۴۶۲	< ۰/۰۰۱	-	-

یافته‌های جدول شماره ۱ و ۲ نشان می‌دهد که میانگین تاب آوری در گروه‌های آزمودنی دارای تفاوت می‌باشد. با توجه به مقدار p ($p < 0.001$)، تفاوت مشاهده شده معنادار می‌باشد. همچنین براساس نتایج آزمون تعقیبی توکی، میزان تاب آوری در افراد سالم به طور معناداری بیشتر از بیماران سکته‌ای و قلبی است ($p < 0.001$).

سؤال دو: آیا در مولفه‌های عملکرد حافظه (سرعت خواندن

حروف با صدای بلند، مدت نگهداری تعداد حروف، طول مدت حفظ کردن و سرعت پردازش اطلاعات در حافظه) بین گروه‌های آزمودنی (سالم، بیماران قلبی و بیماران سکته‌ای) تفاوت وجود دارد؟
برای بررسی سؤال مورد نظر، از آزمون تحلیل واریانس یکراهه استفاده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات مولفه‌های عملکرد حافظه در گروه‌های آزمودنی

مقدار p	نسبت F	انحراف معیار	میانگین	تعداد	آزمودنی	متغیر
<0/001	573/074	0/98	10/31	87	افراد سالم	سرعت خواندن حروف با صدای بلند
		0/971	7/21	68	بیماران قلبی	
		0/689	7/5	77	بیماران سکته‌ای	
<0/001	148/773	0/98	6/31	87	افراد سالم	مدت نگهداری تعداد حروف
		0/961	5/18	68	بیماران قلبی	
		0/75	3/87	77	بیماران سکته‌ای	
<0/001	218/735	2/408	30/94	87	افراد سالم	طول مدت حفظ کردن
		2/239	27/82	68	بیماران قلبی	
		1/297	24/23	77	بیماران سکته‌ای	
<0/001	3469/981	2/398	62/94	87	افراد سالم	سرعت پردازش اطلاعات در حافظه
		1/982	42/16	68	بیماران قلبی	
		1/399	39/21	77	بیماران سکته‌ای	

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی توکی در سؤال شماره دو

بیماران سکته‌ای		بیماران قلبی		افراد سالم		گروه‌های آزمودنی	متغیرها
مقدار p	تفاوت	مقدار p	تفاوت میانگین	مقدار p	تفاوت میانگین		
<0/001	4/609*	<0/001	3/104*	-	-	افراد سالم	سرعت خواندن حروف با صدای بلند
<0/001	1/505*	-	-	<0/001	-3/104*	بیماران قلبی	سرعت خواندن حروف با صدای بلند
-	-	<0/001	-1/505*	<0/001	-4/609*	بیماران سکته‌ای	
<0/001	2/44*	<0/001	1/134*	-	-	افراد سالم	مدت نگهداری تعداد حروف
-	1/306*	-	-	<0/001	-1/134*	بیماران قلبی	
-	-	<0/001	-1/306*	<0/001	-2/44*	بیماران سکته‌ای	
<0/001	6/709*	<0/001	3/119*	-	-	افراد سالم	طول مدت حفظ کردن
<0/001	3/59*	-	-	<0/001	-3/119*	بیماران قلبی	
-	-	<0/001	-3/59*	<0/001	-6/709*	بیماران سکته‌ای	
<0/001	23/735*	<0/001	20/781*	-	-	افراد سالم	سرعت پردازش اطلاعات در حافظه
<0/001	2/954*	-	-	<0/001	-20/781*	بیماران قلبی	
-	-	<0/001	-2/954*	<0/001	-23/735*	بیماران سکته‌ای	

سؤال سه: آیا بین تاب‌آوری با مولفه‌های عملکرد حافظه (سرعت خواندن حروف با صدای بلند، مدت نگهداری تعداد حروف، طول مدت حفظ کردن و سرعت پردازش اطلاعات در حافظه) در گروه‌های آزمودنی (سالم، بیماران قلبی و بیماران سکته‌ای) رابطه وجود دارد؟
برای بررسی سؤال مورد نظر از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۸ آمده است.

یافته‌های جدول شماره ۳ و ۴ نشان می‌دهد که نمرات مولفه‌های عملکرد حافظه در گروه‌های آزمودنی دارای تفاوت می‌باشد. با توجه به مقدار $P (p < 0/001)$ ، تفاوت مشاهده شده معنادار می‌باشد. همچنین براساس نتایج آزمون تعقیبی توکی، میزان سرعت خواندن حروف با صدای بلند، مدت نگهداری تعداد حروف، طول مدت حفظ کردن و سرعت پردازش اطلاعات در حافظه در افراد سالم به طور معناداری بیشتر از بیماران سکته‌ای و قلبی است.

جدول ۵. نتایج آزمون همبستگی پیرسون در سؤال شماره سه

سرعت پردازش اطلاعات در حافظه	طول مدت حفظ کردن	مدت نگهداری تعداد حروف	سرعت خواندن حروف با صدای بلند	آزمودنی		متغیرها
				شاخص‌ها	افراد سالم	
مقادیر	مقادیر	مقادیر	مقادیر	مقدار همبستگی (r)		تاب‌آوری
0/9**	0/932**	0/953**	0/943**	مقدار p		
<0/001	<0/001	<0/001	<0/001	تعداد نمونه (n)		
87	87	87	87			

۰/۸۰۲**	۰/۸۷۷**	۰/۸۴۹**	۰/۹۰۶**	مقدار همبستگی (r)	بیماران قلبی
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	مقدار p	
۶۸	۶۸	۶۸	۶۸	تعداد نمونه (n)	بیماران سکتته‌ای
۰/۷۷۷**	۰/۷۳۵**	۰/۶۴۶**	۰/۸۲۶**	مقدار همبستگی (r)	
<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	مقدار p	
۷۷	۷۷	۷۷	۷۷	تعداد نمونه (n)	

** در سطح ۰/۹۹ معنی دار شد.

حروف با صدای بلند، مدت نگهداری تعداد حروف، طول مدت حفظ کردن و سرعت پردازش اطلاعات در حافظه) بین گروه‌های تاب‌آوری تفاوت وجود دارد؟
 محقق؛ گروه تاب‌آوری را براساس میانگین نمرات تاب‌آوری (۵۴) به دو گروه نمرات مساوی و پایین‌تر از ۵۴ و نمرات بالاتر از ۵۴ تقسیم نمود. برای بررسی سؤال مورد نظر، با رعایت شرط برابری واریانس‌های دو گروه از آزمون پارامتریک t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۹ آمده است.

بر اساس یافته‌های جدول فوق، بین تاب‌آوری با مولفه‌های عملکرد حافظه (سرعت خواندن حروف با صدای بلند، مدت نگهداری تعداد حروف، طول مدت حفظ کردن و سرعت پردازش اطلاعات در حافظه) در افراد سالم، بیماران قلبی و بیماران سکتته‌ای رابطه معناداری ($p < 0/001$) وجود دارد. به این معنی که با افزایش میزان تاب‌آوری، عملکرد حافظه افراد بالاتر می‌رود و در مقابل با کاهش میزان تاب‌آوری، عملکرد حافظه نیز کاهش می‌یابد.
 سؤال چهارم: آیا در مولفه‌های عملکرد حافظه (سرعت خواندن

جدول ۶. نتایج آزمون t مستقل در سؤال شماره چهار

مقدار p	مقدار t	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	متغیرها
<۰/۰۰۱	-۲۲/۸۶۹	۱/۱۳	۶/۳۶	۱۳۷	نمرات مساوی و پایین‌تر از ۵۴	سرعت خواندن حروف با صدای بلند
		۱/۳۰۴	۱۰/۰۴	۹۵	نمرات بالاتر از ۵۴	
<۰/۰۰۱	-۱۵/۴۸۸	۰/۹۸۳	۴/۳۶	۱۳۷	نمرات مساوی و پایین‌تر از ۵۴	مدت نگهداری تعداد حروف
		۰/۹۱۸	۶/۳۴	۹۵	نمرات بالاتر از ۵۴	
<۰/۰۰۱	-۱۶/۶۲۳	۲/۳۴۶	۲۵/۶۶	۱۳۷	نمرات مساوی و پایین‌تر از ۵۴	طول مدت حفظ کردن
		۲/۳۶	۳۰/۸۸	۹۵	نمرات بالاتر از ۵۴	
<۰/۰۰۱	-۲۲/۹۳	۴/۶۵۹	۴۱/۲۹	۱۳۷	نمرات مساوی و پایین‌تر از ۵۴	سرعت پردازش اطلاعات در حافظه
		۷/۷۷۷	۶۰/۰۵	۹۵	نمرات بالاتر از ۵۴	

درد (۱۷ و ۱۸). یافته‌های این پژوهش گویای اهمیت تاب‌آوری به واسطه کاهش مشکلات هیجانی و استرس است، که به حفظ سلامتی افراد کمک می‌کند. و سطح پایین تاب‌آوری شرایط ناگواری را تبیین می‌کند که منتهی به آسیب‌پذیری افراد می‌شود. به علاوه، تفاوت میانگین نمره در دو گروه از بیماران قلبی غیرسکتته ای و بیماران قلبی سکتته‌ای نشان می‌دهد که بین سطح پایین تاب‌آوری با سکتته قلبی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. در این زمینه نتایج تحقیقی که در داخل کشور در ارتباط با سلامت و رضایت‌مندی از زندگی توسط جوکار و همکاران (۸۰۹). انجام گرفت با نتایج این پژوهش همخوانی دارد. بنابراین با آموزش ارتقاء سطح تاب‌آوری می‌تواند از بروز سکتته قلبی زود هنگام پیشگیری نمود. آن‌چه از یافته‌های این تحقیق و نتایج پژوهش‌های همسو می‌توان دریافت، این است که تاب‌آوری بالا اثر مستقیم با کاهش مشکلات هیجانی و رفتارهای اضطرابی و افسردگی دارد. از نتایج دیگر تحقیق حاصل از مولفه‌های عملکرد حافظه کوتاه مدت نشان می‌دهد، که به لحاظ سرعت خواندن حروف با صدای بلند، حفظ تعداد حروف، محدوده حافظه و سرعت پردازش

بر اساس یافته‌های جدول فوق، در مولفه‌های عملکرد حافظه (سرعت خواندن حروف با صدای بلند، مدت نگهداری تعداد حروف، طول مدت حفظ کردن و سرعت پردازش اطلاعات در حافظه) بین گروه‌های تاب‌آوری تفاوت معناداری ($p < 0/001$) وجود دارد. به این معنی که افرادی که دارای تاب‌آوری بالاتری بوده‌اند، عملکرد حافظه بالاتری نسبت به افراد با تاب‌آوری پایین داشته‌اند.

۴ بحث

نتایج مرتبط با متغیر تاب‌آوری یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که میان سطح تاب‌آوری گروه‌های مختلف مورد آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به این ترتیب که گروه آزمودنی سالم دارای میانگین تاب‌آوری بالاتر و گروه دوم بیماران قلبی و گروه سوم بیماران قلبی سکتته‌ای دارای میانگین تاب‌آوری پایین‌تری بوده‌اند. همچنین بین دو گروه بیماران قلبی و سکتته‌ای نیز در میانگین تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است. که با نتایج تحقیق کامفر، هامارات، تومپسون، زابروکسی، استیل، وماتنی هماهنگی

مدت نگهداری تعداد حروف، طول مدت حفظ کردن و سرعت پردازش اطلاعات در حافظه) در گروه‌های آزمودنی رابطه وجود دارد و همچنین در مولفه‌های عملکرد حافظه بین گروه‌های تاب‌آوری تفاوت وجود دارد. براساس نتایج این تحقیق خصیصه تاب‌آوری یک ویژگی متمایز کننده در بیماران قلبی-عروقی و افراد عادی است. بیماران قلبی به جهت نمره پایین‌تر تاب‌آوری استرس و فشارروانی بیشتری را در زندگی تجربه می‌کنند. این امر بر عملکرد حافظه و مؤلفه‌های آن (سرعت خواندن حروف با صدای بلند، مدت نگهداری تعداد حروف، طول مدت حفظ کردن و سرعت پردازش اطلاعات در حافظه) را در آن‌ها کاهش می‌دهد، در نتیجه این امر تمرکز فرد بر موقعیت‌های ناگوار و تنش‌زا معطوف می‌گردد و نهایتاً دقت فرد کاهش می‌یابد.

۶ تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و مسئولان محترم مرکز تحقیقاتی درمانی بیمارستان فاطمه الزهرا و نیمه شعبان که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند و دانشجویان و کارکنان دانشگاه فرهنگیان دکتر شریعی ساری و دانشگاه ادیب مازندران که در انجام این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

اطلاعات در حافظه کوتاه مدت، میان گروه‌های آزمودنی تفاوت معناداری مشاهده شده است. و افراد سالم از میانگین بالاتری برخوردار بوده‌اند و پس از آن گروه بیماران قلبی قرار داشته‌اند و میانگین نمره بیماران قلبی سکتته‌ای از دیگر گروه‌ها کمتر بوده است. این نتایج با تحقیق مایرزوفانت که ظرفیت حافظه کاری بالا در افراد سالم مانع ورود افکار ناخواسته و حتی افکار عادی نگران کننده به ذهن می‌شود همسو می‌باشد (۱۹). در تبیین آن می‌توان اشاره کرد که احتمالاً افراد بدون سکتته در مقایسه با افراد سکتته‌ای نگرانی و ترس بیشتری از خطر مرگ در اثر سکتته را دارند، درحالی که بیماران سکتته‌ای خطر سکتته را تجربه کردند و نگرانی و تردید از سکتته در آنها کمتر است. در تحقیق مشابه آمده است که استرس باعث می‌شود فرد بر موقعیت این‌جا و اکنون متمرکز شود در نتیجه موجب اختلال در اطلاعات گذشته و عملکرد آینده فرد می‌شود و افزایش سطح استرس باعث غفلت از حقایق و عملکرد در حافظه می‌شود (۲۰). براساس یافته‌های پژوهش بین تاب‌آوری و مؤلفه‌های عملکرد حافظه در هر سه گروه آزمودنی (افراد سالم، بیماران قلبی و سکتته‌ای) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. در گروه افراد سالم بیشترین ضریب همبستگی بین تاب‌آوری و مدت نگهداری حافظ $r=0/953$ ، در گروه بیماران قلبی و سکتته‌ای بیشترین ضریب همبستگی بین تاب‌آوری و سرعت خواندن حروف با صدای بلند $r=0/906$ و $r=0/826$ است. علاوه بر این یافته‌های این تحقیق نشان داد که به لحاظ سرعت خواندن حروف با صدای بلند، حفظ تعداد حروف توسط آزمودنی‌ها و سرعت پردازش اطلاعات در حافظه کوتاه مدت، میان گروه‌های مختلف تاب‌آوری تفاوت معنادار مشاهده شده است. در تمامی ابعاد مذکور افرادی که به لحاظ تاب‌آوری، نمرات بالاتر از ۵۴ داشته‌اند، از میانگین عملکرد حافظه بالاتری نیز برخوردار بوده‌اند. در تبیین آن می‌توان گفت افرادی که در تاب‌آوری عملکرد پایین‌تری داشتند. در موقعیت استرس‌زای بیشتری قرار دارند در نتیجه فشار روانی و رفتار اضطرابی بیشتری را تجربه می‌کنند و این امر بر حافظه و دقت افراد تأثیر منفی می‌گذارد. که این یافته با نتایج تحقیق گراوند و کلینک و کلاسن (۲۱) در ارتباط با بازماندگان جنگ که دارای اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند از نقایص گسترده‌ای در حافظه و تمرکز برخوردار هستند و پژوهش دیگر هم نشان داد کودکان و نوجوانان مبتلا به استرس از عملکرد پایین‌تری در آزمون حافظه برخوردار هستند. و همچنین ساختار حافظه تا زمانی که نظام شناختی فرد درگیر با موقعیت استرس‌زا مربوط به تروما است از عملکرد پایینی برخوردار است (۲۲) همخوانی دارد.

۵ نتیجه‌گیری

در تاب‌آوری بین گروه‌های آزمودنی (سالم، بیماران قلبی و بیماران سکتته‌ای) تفاوت وجود دارد. در مولفه‌های عملکرد حافظه (سرعت خواندن حروف با صدای بلند، مدت نگهداری تعداد حروف، طول مدت حفظ کردن و سرعت پردازش اطلاعات در حافظه) بین گروه‌های آزمودنی تفاوت وجود دارد. بین تاب‌آوری با مولفه‌های عملکرد حافظه (سرعت خواندن حروف با صدای بلند،

References

1. Dehdari T, check training aids muscular tension, anxiety and quality of life in anxious patients after coronary bypass surgery Jray MA thesis, University of Health Education, 2002 (Persian).
2. Samavat T, Hojatzade A, Knowing about heart attack and stroke in the Department of Disease Control Health Research and Medical Education Tehran Sound Publishing, 2001 (Persian).
3. Hosaini G. J, Quality of social relationships on stress and coping strategies in patients with coronary heart. Tehran Psychiatric Institute, 1999; 16: 65-71 (Persian).
4. Waller M.A, Resilience in ecosystem miccontext: Evolution of the child. American Journal of Orthopsychiatry, 2001; 71, 290 -297.
5. Garmezy N, & Masten A, The protective role of competence indicators in children at risk. In E. M. Cummings, A. L. Green, & K. H. Karraki (Eds.), Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping, Hillsdale, NJ: Lawrence, 1991; 12: 151-174).
6. Block J, Personality as an affect-processing system. Mahwah, NJ: Erlbaum.4). New York: Kluwer cadmic Publishers, 2002.
7. Werner E, Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. Acta Paediatrica Supplement, 1997; 22: 103- 105
8. Jokar B., Shmani S., Sarahgard N. Resilience, mental Health, Satisfaction of Life// Journal of Psychiatry Clinical.. 2008; Vol.13.P.290-295. (Persian).
9. Veisi M, Atef M, Razahi M, Impact of job stress on job satisfaction and mental health: the tenacity of Yale number of social support. Journal of Psychiatry Clinical, 2008; 6: 70-78 (Persian).
10. Jones F., Bright J., Searle B. J., & Cooper L. Modeling occupational stress and health: The impact of the demand-control model on academic research. Stress Medicine, 1998; 14, 231-236
11. Lazarus R.S. Psychological stress and coping process; Role of health problems. Journal of Behavioral Medicine 1998; Vol. 62. P. 385-398.
12. Banos R.M., Medina P.M., & Pascual g..Explicit and implicit memory biases in depression and panic disorder. Behaviour and Therapy, 2001; 39, 61-74
13. Conner K. M., & Davidson J. R. T.. Development of anew resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 2003; 18, 76-82.
14. Mohammadi M. Consideration of the Effective Factors on Resilience in the, Persons exposed to misuse of the trafficking drugs. Clinical Magazine. 2008; Vol.2.P.45-53. (Persian).
15. Rahimian buger I., Asgharnezhad farid, A. Relationship between Psychological Hardiness and self resiliency with mental health in youth and adult survivors of Bam. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; 14 (1), pp. 62-70. (Persian).
16. Gevorgyan E. G. About short-term fluctuations of functional activity of human brain. In the "The modern problems of integrative activity and plasticity of the nervous system" // Materials of the international conference. Yerevan, Publisher "Gitutiun" of NAS of RA., 2009; P. 98-102. (in Russian).
17. Kumpfer, K. L. Factor and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), Resilience and development (pp. 1999; 179-224). New York: Kluwer Academic Publishers.
18. Hamarat E, Thompson D, Zabrocky K M, Steele D, & Matheny K B, Perceived stress and coping resource: Availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. Experimental Aging Research, 2001; 27: 181- 96.
19. Byars-Winston A., & Fouad N. Math / science social cognitive variables in college students: contributions of contextual factors in predicting goals. J Car Asse. 2008; 16 (4): 425-44 •
20. Burton NW, Pakenham K I, Brown WJ. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: A pilot study of the READY program. Psychology Health Med 2010; 15 (3): 266-77.
21. Geravand F., & Shokri O. Academic stressors and reactions to stressors: Testing the mediating effects of coping styles. J Psycho, 2008; 3 (12): 101-122
22. Ang R.P., Klassen R. M., Chong W. H., Huan V. S., Wong I V. F., See Yeo, L.S. & Krawchuk, L. L. Cross-cultural invariance of the Academic Expectations Stress Inventory: Adolescent samples from Canada and Sing apore. J Adole, 2009; 1-13.