

## رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی باتوجه به نقش واسطه‌ای تاب

### آوری در بین بیماران قلبی - عروقی

افشار فتحی\*<sup>۱</sup>، محمد خیر<sup>۲</sup>، مهدی عتیق<sup>۳</sup>

#### چکیده

این مطالعه با هدف تبیین نقش واسطه‌گری تاب‌آوری در رابطه خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی-عروقی انجام شده است. پژوهش از نوع مطالعات همبستگی می‌باشد. جامعه آماری شامل بیماران قلبی-عروقی تحت مراقبت که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و نمونه پژوهش حاضر شامل ۱۱۳ نفر از بیماران قلبی-عروقی بستری در بیمارستان‌های شهر شیراز می‌باشد. میزان خودکارآمدی با مقیاس خودکارآمدی بیماران لو و اون (فرم ۲۹ سؤالی)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون و کیفیت زندگی مک‌نیو ویژه بیماران قلبی (فرم ۲۷ سؤالی) اندازه‌گیری شد. سپس داده‌ها با استفاده از روش آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که بین متغیرهای پژوهش (خودکارآمدی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی) رابطه مثبت و معنی‌دار در سطح ۰/۰۰۱ وجود دارد. همچنین خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده بهتری برای کیفیت زندگی بود و تاب‌آوری نقش واسطه‌ای بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی را داشته است. توجه به میزان خودکارآمدی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران قلبی می‌تواند تأثیر مهمی بر بهبود و سلامتی آنها داشته باشد و همچنین توجه به تاب‌آوری بیماران می‌تواند سبب ایجاد رفتار خودکارآمدانه و بهتر شدن کیفیت زندگی در بیماران قلبی گردد. بنابراین ایجاد مراکز روان‌درمانی در بیمارستان‌ها و آموزش به پرستاران برای بیماران ضروری است.

#### واژه‌های کلیدی:

خودکارآمدی، تاب‌آوری، کیفیت زندگی و بیماری قلبی-عروقی.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان

۲- دکترای روان‌شناسی تربیتی، استاد بخش روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شیراز

۳- روانپزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

\* نویسنده‌ی مسئول مقاله، afshar@yahoo.com

## مقدمه

با وجود کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی-عروقی در طول دهه گذشته، ولی هنوز عوامل مختلفی از جمله عوامل جسمی، روانی، اجتماعی، محیطی و تغذیه ای سبب ایجاد و ظهور این بیماری ها و مرگ و میر یا ناتوانی در این گروه از افراد می شوند (لوپیز<sup>۱</sup>، کاساس<sup>۲</sup>، باتیستا<sup>۳</sup>، سرانو<sup>۴</sup> و موریلو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). ناتوانی قلبی در بیماران قلبی علایم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، تپش قلب و خستگی شدید را سبب می شود این علایم منجر به عدم تحمل نسبت به فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می کند که بر رضایت و کیفیت زندگی<sup>۶</sup> وی تاثیر می گذارد (داندردال<sup>۷</sup>، تامپسون<sup>۸</sup>، میلسج<sup>۹</sup>، بیر<sup>۱۰</sup> و فورز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵). پیگیری های مراقبتی باعث افزایش توان فعالیت، کاهش بروز درد، کاهش اضطراب، کاهش میزان نارسایی قلبی، افزایش تمایلات اجتماعی و خانوادگی و در نهایت بهبود کیفیت زندگی این بیماران شده است (گای<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۹). کیفیت زندگی به معنی درک هر شخص از جایگاه زندگی خود در فرهنگ و محیطی که در آن زندگی می کند، در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی هایش است و دامنه ای از نیازهای عینی انسان است که در ارتباط با درک شخصی و گروهی افراد از احساس خوب بودن به دست می آید (هادی، منتظری و بهبودی، ۱۳۸۹). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان در مداخله درمانی احساس خوب بودن و رضایت از زندگی را در کانون اهمیت قرار می دهد و از این رو کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت است اگر چه وابسته به آن است (فرانس<sup>۱۳</sup> و پاورز<sup>۱۴</sup>،

- 1-Lopez
- 2- Casas
- 3-Bautista
- 4-Serrano
- 5- Morillo
- 6-Quality of life
- 7- Dunderdale
- 8-Thompson
- 9-Milesj
- 10-Ber
- 11-Furze
- 12- Gay
- 13- Ferrans
- 14- Powers
- 15-WHOQOL

۲۰۰۷). ابعاد کیفیت زندگی از نظر سازمان جهانی بهداشت عبارت‌اند از: ۱- سلامت جسمانی ۲- جنبه روان‌شناختی (سلامت روان) ۳- روابط اجتماعی ۴- محیط اجتماعی (سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). بیماری‌های قلبی نیز به طور عموم در زمره بیماری‌های مزمن قرار می‌گیرد و از این رو سنجش کیفیت زندگی این بیماران برای تصمیم‌گیری‌های درمانی حائز اهمیت است. طی تحقیقاتی که در خصوص بیماران مختلف صورت گرفته است یکی از عوامل موثر در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران خودکارآمدی<sup>۲</sup> می‌باشد که به اطمینان یافتن فرد از توانمندی در انجام رفتارهای مراقبت از خود در شرایط خاص اشاره دارد (استراشر<sup>۳</sup>، کیم<sup>۴</sup> و کتس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). خودکارآمدی به عنوان عاملی موثر بر کیفیت زندگی، درک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌هایش در انجام موفقیت‌آمیز عملکردی شایسته تاثیر دارد. به عبارت دیگر خودکارآمدی بر درک، عملکرد، رفتارهای سازگاران، انتخاب محیط و شرایطی که افراد تلاش می‌کنند تا به آن دست یابند اثر می‌گذارد (استراشر و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تاب‌آوری<sup>۶</sup> بیماران ممکن است در رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی آنان نقش داشته باشد از جمله‌ی این پژوهش‌ها می‌توان به مطالعه‌ای که توسط هامیل (۲۰۰۴) در خصوص تاب‌آوری و خودکارآمدی نوجوانان ناسازگار و مطالعه‌ای که توسط ربیکا<sup>۷</sup>، وینست<sup>۸</sup>، ساره<sup>۹</sup> و استندر<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۰) در خصوص رابطه میان خودکارآمدی و تاب‌آوری که در بیماران دیابتی صورت گرفته است نیز اشاره کرد. تاب‌آوری فرایند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده است (ماستن<sup>۱۱</sup> و گارمزی<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۱) به نقل از سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶). تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۱). تحقیق حاضر با هدف تبیین نقش واسطه‌گری تاب‌آوری در رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بین بیماران قلبی-عروقی<sup>۱۴</sup> انجام شد.

1-Self-efficac

2-Strauser

3-Keim

4-Kets

5-Resiliency

6- Rebecca

7-Winset

8-Sarah

9-Stender

10-Masten

11-Garmezy

12-Waller

13- cardiovascular

پرسش های این پژوهش عبارتند از: ۱- متغیرهای خودکارآمدی و تاب آوری می توانند کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی را پیش بینی کنند. ۲- متغیر تاب آوری در بیماران قلبی - عروقی نقش واسطه را بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی ایفا می کند.

## روش

روش پژوهش در این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش بیماران قلبی - عروقی بستری در بیمارستان های کوثر، سعدی و نمازی در شهر شیراز، در تابستان سال ۱۳۹۰ می باشند که بر اساس گزارش مرکز آمار خانه قلب در علوم پزشکی شیراز تعداد آنها در تابستان ۱۶۰ نفر می باشند. نمونه انتخاب شده بر اساس جدول مورگان ۱۱۳ نفر (۷۳ مرد و ۴۰ زن) می باشد. روش نمونه گیری از نوع در دسترس است. میانگین سنی گروه نمونه ۴۸، حداقل سن ۲۳ و حداکثر سن ۹۰ سال می باشد.

## ابزار گردآوری اطلاعات

مقیاس خودکارآمدی بیماران: این مقیاس با استفاده از پرسشنامه استراتژی های ارتقاء سلامتی افراد که توسط لو و اون در سال ۱۹۹۶ جهت بررسی خودکارآمدی در زمینه مراقبت از خود ساخته شد سنجیده شد. این مقیاس دارای ۲۹ گویه است و بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای طراحی شده است و دارای سه خرده مقیاس نگرش مثبت، استرس زدایی و تصمیم گیری است. محدوده امتیاز کسب شده بین ۱۴۵-۲۹ است. پایایی این مقیاس با بکارگیری روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی ۲ مورد تایید قرار گرفته است (لو و اون، ۲۰۰۷). ضریب آلفا در حیطه نگرش مثبت ۰/۹۲، از بین بردن استرس ۰/۸۹ و تصمیم گیری ۰/۸۳ به دست آمد. در ایران در مطالعه ای که توسط رامبد، پیروی، ساربان و رفیعی (۱۳۸۸) انجام شد این مقیاس مورد اعتبار یابی قرار گرفت و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ نیز ۰/۹۱ گزارش شد و ضریب آلفا در قسمت نگرش مثبت ۰/۷۸، از بین بردن استرس ۰/۷۹ و تصمیم گیری ۰/۸۰ گزارش گردید. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱، ضریب آلفا در حیطه نگرش مثبت ۰/۷۴، از بین بردن استرس ۰/۷۵ و تصمیم گیری ۰/۷۹ به دست آمد. روایی سازه ای مقیاس به روش همبستگی بین خرده مقیاس ها و نمره کل به دست آمد که در بعد نگرش مثبت ۰/۶۰، استرس زدایی ۰/۸۵ و تصمیم گیری ۰/۹۱ بود.

- مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون ۱: این مقیاس دارای ۲۵ گویه پنج گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). که محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده در ایران انطباق داده است (محمدی، ۱۳۸۴). در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) در مقاله تاب آوری، سلامت روانی و رضایت مندی از زندگی انجام شد پایایی این ابزار به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمده همچنین نتایج تحلیل عاملی بر روی این مقیاس نیز بیانگر وجود یک عامل عمومی در مقیاس بود. مقدار ضریب KMO برای این تحلیل برابر با ۰/۸۹، مقدار آزمون کرویت بارلت برابر با ۱۸۹۳/۸۳ و مقدار ارزش ویژه برای این عامل عمومی برابر با ۶/۶۴ به دست آمد. این عامل ۲۶/۶ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کرد (سامانی، جوکار، صحراگرد، ۱۳۸۶).

- مقیاس کیفیت زندگی مک نیو ۲: این مقیاس ویژه بیماران قلبی، یک ابزار ارزشمند برای سنجش و ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران قلبی-عروقی می‌باشد. مقیاس مک نیو توسط نیل الدریج و لینت لیم ۳ (۱۹۹۴) در آمریکا به زبان انگلیسی ساخته شد و توسط والنٹی ۴ (۱۹۹۶) ویرایش شده است و به عبارتی شکل اصلاح شده و تکمیل شده (QLMI) ۵ می‌باشد (خیام نکویی، یوسفی، منشی، ۱۳۸۹). این مقیاس دارای ۲۷ سؤال می‌باشد و سؤالات آن دارای درجات پاسخ هفت رتبه‌ای است که از «همیشه» تا «اصلاً» را در بر می‌گیرد و متوسط زمان پاسخگویی به سؤالات آن ده دقیقه می‌باشد. سؤالات مقیاس در سه حوزه شامل عملکرد هیجانی، عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی تقسیم بندی گردیده، به طوری که ۱۴ سؤال آن در حوزه عملکرد هیجانی، ۱۴ سؤال آن در حوزه عملکرد فیزیکی و ۱۳ سوال آن در حوزه عملکرد اجتماعی است، ۵ سؤال از حوزه عملکرد فیزیکی علایم بیماری را ارزیابی می‌کند که این علایم شامل درد قفسه سینه، تنگی نفس، خستگی، سرگیجه و درد پا می‌باشد (۱۶). چگونگی تقسیم بندی سؤالات در مقیاس به گونه‌ای است که هر سؤال می‌تواند در یک، دو و یا هر سه حوزه قرار گیرد (خیام نکویی و همکاران، ۱۳۸۹).

این مقیاس توسط یوسفی و جعفری در سال ۱۳۸۳ برای بیماران قلبی در استان اصفهان هنجار شده و پایایی آن بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و روایی آن با روش قضاوتی که از طریق قضاوت کارشناسان و قضاوت جامعه تحقیق به روش مطالعه هیأت ۶ نیز ۰/۹۳ گزارش شده است.

3-Conner & Davidson

1-McNew

2-Lynette Lim

3-Valenti

4- Quality of Life after Myocardial Infarction

5- panel study

این ابزار (کیفیت زندگی مک نیو ۱) اختصاصاً برای بیماران قلبی تهیه شده است و توسط خیام نکویی و همکاران (۱۳۸۹) برای بیماران قلبی در شهر اصفهان مورد استفاده قرار گرفته است که پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ نیز گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی سازه ای از طریق همبستگی نمره کل با خرده مقیاس ها در بعد عملکرد هیجانی ۰/۹۴، عملکرد فیزیکی ۰/۹۶ و عملکرد اجتماعی ۰/۹۷ به دست آمده است. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آزمون های همبستگی پیرسون، رگرسیون چند گانه و رگرسیون به روش سلسله مراتبی و با استفاده از نرم افزار spss.v.16 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و نتایج با استفاده از جداول گزارش گردید.

#### یافته ها:

در مطالعه حاضر ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای خودکارآمدی، تاب آوری و کیفیت زندگی نشان داد که بین همه متغیرها با خرده مقیاس های آنها همبستگی مثبت و معنی داری در سطح ۰/۰۰۱ وجود دارد که نتایج در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. برای پیش بینی کیفیت زندگی با توجه به متغیر خودکارآمدی از رگرسیون ساده استفاده شد، مقدار بتای خودکارآمدی بر روی کیفیت زندگی مثبت و معنی دار بود ( $\beta=0/62, p<0/001$ ). سپس برای پیش بینی کیفیت زندگی با توجه به متغیر تاب آوری مجدداً از رگرسیون ساده استفاده شد که مقدار بتا مثبت و معنی دار بود ( $\beta=0/60, p<0/001$ ). در مرحله سوم جهت کنترل اثر تاب آوری بر کیفیت زندگی متغیرهای خودکارآمدی و تاب آوری بطور همزمان وارد معادله رگرسیون چند گانه گردید، مقدار بتا نشان می دهد که خودکارآمدی نسبت به تاب آوری پیش بینی کننده بهتری برای کیفیت زندگی است جدول شماره ۳ نتایج را نشان می دهد. در بررسی نقش واسطه گری متغیر تاب آوری برای خودکارآمدی و کیفیت زندگی، از مراحل پیشنهادی بارون و کنی<sup>۲</sup> (۱۹۸۶) استفاده شد. رگرسیون، خودکارآمدی و تاب آوری بر کیفیت زندگی به صورت هم زمان محاسبه شد که ضرایب به دست آمده معنی دار و مثبت بود، برای خودکارآمدی ( $\beta=0/39, p<0/001$ ) می باشد و برای تاب آوری ( $\beta=0/37, p<0/001$ ) می باشد. طبق روش سلسله مراتبی بارون و کنی و با توجه به مقایسه مقادیر بتا در مرحله رگرسیون مستقیم از ۰/۶۲ در مرحله اول به ۰/۳۹ در مرحله دوم برای خودکارآمدی تقلیل پیدا کرد، یعنی با ورود متغیر واسطه ای به معادله، چون ضریب متغیر برون زاد یا مستقل به سمت صفر میل کرده واسطه گری تاب آوری احراز می شود نمودار شماره ۴ تحلیل مسیر و نتایج را نشان می دهد (بارون و کنی ۱۹۸۶).

در راستای بررسی الگوی پیشنهادی و پاسخ به هدف اصلی پژوهش، یافته‌های این مرحله همبستگی مثبت و معنی‌دار بین متغیرها و خرده‌مقیاس‌ها را تأیید نمود. برای پاسخگویی به فرضیه نخست پژوهش، یافته‌ها نقش خودکارآمدی را بیش از تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران تأیید نمود. برای پاسخگویی به فرضیه دوم پژوهش یعنی نقش واسطه‌گری تاب‌آوری، بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی، ضرایب به دست آمده از مسیرهای خودکارآمدی به کیفیت زندگی بدون واسطه و با واسطه‌ی تاب‌آوری نشان دادند که کاهش مقدار بتا از مرحله اول به سوم واسطه‌گری تاب‌آوری احراز گردید.

جدول (۱) اطلاعات توصیفی متغیرها

نام مقیاس/شاخص آماری	میانگین	حداقل نمره مکتسبه	حداکثر نمره مکتسبه
تاب‌آوری	۸۴/۵	۴۶	۱۱۸
خودکارآمدی	۹۶/۸۰	۵۴	۱۴۲
کیفیت زندگی	۱۲۱/۹	۵۲	۱۸۲

جدول (۲) ماتریس همبستگی مقیاس‌ها و خرده‌مقیاس‌های پژوهش (n=۱۱۳)

متغیرها و زیر مقیاسها	۱	الف-۱	ب-۱	ج-۱	۲	۳	الف-۳	ب-۳	ج-۳
۱- خودکارآمدی	۱								
الف-۱: نگرش مثبت	۰/۹۱۶**	۱							
ب-۱: استرس زدایی	۰/۸۵۴**	۰/۶۰۱**	۱						
ج-۱: تصمیم‌گیری	۰/۶۰۴**	۰/۴۷۹**	۰/۴۰۱**	۱					
۲- تاب‌آوری	۰/۶۰۳**	۰/۵۸۹**	۰/۴۷۱**	۰/۳۵۵**	۱				
۳- کیفیت زندگی	۰/۶۱۴**	۰/۶۰۰**	۰/۴۸۵**	۰/۳۴۲**	۰/۶۰۵**	۱			
الف-۳: عملکرد هیجانی	۰/۵۹۱**	۰/۵۹۵**	۰/۴۵۲**	۰/۳۰۹**	۰/۶۲۴**	۰/۹۴۸**	۱		
ب-۳: عملکرد فیزیکی	۰/۶۰۲**	۰/۵۷۸**	۰/۴۹۴**	۰/۳۲۴**	۰/۵۵۳**	۰/۹۶۱**	۰/۸۶۲**	۱	
ج-۳: عملکرد اجتماعی	۰/۵۹۶**	۰/۵۸۲**	۰/۴۶۶**	۰/۳۴۶**	۰/۵۷۰**	۰/۹۷۴**	۰/۸۶۴**	۰/۹۵۹**	۱

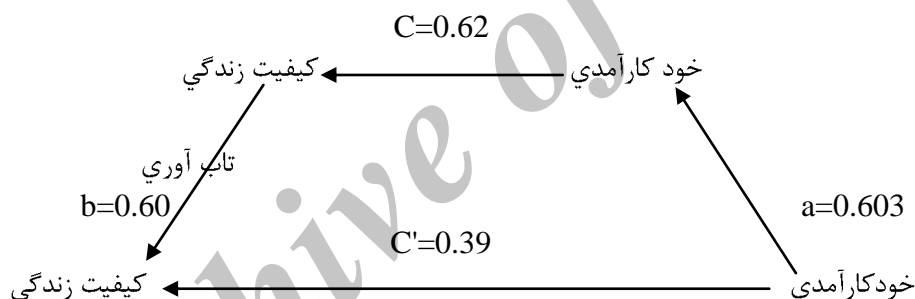
سطح معنی‌داری در ماتریس همبستگی ۰/۰۰۱ می‌باشد و همبستگی دوسویه می‌باشد

جدول شماره (۳) رگرسیون خودکارآمدی و تاب آوری بر کیفیت زندگی در بین بیماران قلبی -

عروقی

متغیر پیش بین	B	$\beta$	T	P
خود کارآمدی	۰/۷۳	۰/۳۹	۴/۴۶	۰/۰۰۱
تاب آوری	۰/۶۹	۰/۳۷	۴/۲۰	۰/۰۰۱
R	۰/۶۸			
R <sup>2</sup>	۰/۴۶			
F	۴۷/۴۴			
P	۰/۰۰۱			

نمودار زیرتحلیل مسیر رگرسیون سلسله مراتبی هم زمان برای آزمون نقش واسطه گری تاب آوری بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی - عروقی



### بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش همانند یافته های سایر بررسی های انجام شده در این زمینه نشان دهنده همبستگی مثبت و معنی داری بین خودکارآمدی بیمار و تاب آوری در بیماران قلبی در سطح ۰/۰۰۱ است چنانچه جدول در شماره ۱ نشان داده شده، با افزایش میزان خودکارآمدی در بیماران، تاب آوری آنها نیز افزایش می یابد این یافته همسو با یافته های پژوهش ریچار، کوپر<sup>۱</sup> و زوبیک<sup>۳</sup> (۲۰۰۲)، هامیل<sup>۴</sup>، جکسون<sup>۵</sup>، فیرتکو<sup>۱</sup>، ادینبورگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۷)، جعفری، اسکندری،

- 1- Richard
- 2-Cooper
- 3-Zubek
- 4-Hamill
- 5-Jakson



سهرابی و دلاور (۱۳۸۸) و ربکا<sup>۳</sup>، وین ست<sup>۴</sup>، ساره<sup>۵</sup> و استندر<sup>۶</sup>، (۲۰۱۰) می‌باشد. به بیان دیگر می‌توان گفت که بیماران خودکارآمد از تاب‌آوری بالایی برخوردارند. بیمارانی که دارای خودکارآمدی بالا هستند به توانمندی‌ها و قابلیت‌های خود باور دارند و این باور در آنها باعث افزایش تاب‌آوری و تحمل در شرایط سخت می‌شود. خودکارآمدی و باور داشتن به توانایی‌ها و ظرفیت‌های خود، گامی اساسی در مقابله با بیماری است و این باور می‌تواند بر سایر ابعاد زندگی بیماران مؤثر واقع شود. وقتی خودکارآمدی در بیمار بالا باشد یعنی بیمار دارای نگرش مثبت، توان استرس‌زدایی و توان تصمیم‌گیری در مورد خود و بیماری‌اش می‌باشد. هم‌چنان که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بین بیماران قلبی-عروقی همبستگی مثبت و معنی‌دار در سطح ۰/۰۰۱ است. یعنی با افزایش میزان خودکارآمدی در بیماران کیفیت زندگی بیماران نیز افزایش می‌یابد و این رابطه در ابعاد این مقیاس‌ها نیز معنی‌دار است. این یافته همسو و هماهنگ با یافته‌های پژوهش هامپلتون<sup>۷</sup> (۲۰۰۰)، اسماعیلی و همکاران (۱۳۸۴)، شجاعی (۱۳۸۷)، صادقی شرمه، علوی زرنگ، احمدی، کریمی زارچی، باباتبار، عبادی، حاجی امینی و محمودی (۱۳۸۸)، عباسی، آسایش، حسینی، قربانی، عبدالهی، روحی و رحمانی (۱۳۸۹) و خیام نکویی و همکاران (۱۳۸۹) مبنی بر این که بیمارانی که دارای نگرش مثبت، توان استرس‌زدایی و توان تصمیم‌گیری در خصوص بیماری خود هستند و در مجموع به توانمندی‌های خود باور دارند و از کیفیت زندگی بالایی برخوردارند، مطابقت می‌کنند. بنابراین در ابعاد اجتماعی، عاطفی و فیزیکی نسبت به بیماری خود عملکرد خوبی دارند. همین‌طور جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران قلبی همبستگی مثبت و معنی‌داری را در سطح ۰/۰۰۱ نشان می‌دهد. دارد یعنی با افزایش میزان تاب‌آوری در این بیماران کیفیت زندگی آنها نیز افزایش می‌یابد. این یافته با تحقیقات آنتونوسکی<sup>۸</sup> (۱۹۸۷) به نقل از سامانی و همکاران (۱۳۸۶)، کامپفر<sup>۹</sup> (۱۹۹۹)، عاطف و حید، ویسی و رضایی، (۱۳۷۹)، ماستن<sup>۱۰</sup>، (۲۰۰۱)، بیسلی<sup>۱۱</sup> و همکاران، (۲۰۰۳)،

- 
- 6-Firtko
  - 7-Edinburg
  - 8-Rebecca
  - 9-Winsett
  - 10-Sarah
  - 11-Stender
  - 12-Hamilton
  - 1-Antonosky
  - 2-Kumpfer
  - 3-Masten
  - 4-Bisly

فردریکسون<sup>۱</sup>، (۲۰۰۴) و فریبرگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) به نقل از رحیمیان بوگر، اصغر نژاد فرید (۱۳۸۷)، لازاروس<sup>۳</sup> (۲۰۰۴)، انزلیچت<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۶) به نقل از رحیمیان بوگر و همکاران (۱۳۸۷)، نعمت الهی (۱۳۸۸) و کارگر (۱۳۸۹) هماهنگ و همسو می باشد. پس می توان گفت که تاب آوری ویژه شرایط سخت و ناگوار است که برای مقابله با چنین شرایطی تاب آوری ضرورت پیدا می کند و بیماری ها از جمله بیماری قلبی شرایط سخت برای افراد بوجود می آورند بنابراین میزان بالای سرسختی و تاب و تحمل در این بیماران بر سایر ابعاد زندگی مانند بعد اجتماعی، عاطفی و فیزیکی که ابعاد کیفیت زندگی هستند تأثیر مستقیم و اثر گذار دارد وقتی فرد از تاب آوری بالایی برخوردار باشد شخصیت بیمار گونه در وی کاهش می یابد (در شخصیت بیمار گونه فرد آمادگی دریافت استرس و هیجان های منفی را دارد) و می تواند در برابر موانع و مشکلات به طور موفقیت آمیزی مقابله کند و در نتیجه کیفیت زندگی از این نوع مقابله و موفقیت متأثر است. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه در جدول شماره ۲ نشان داد، که خودکارآمدی و تاب آوری می توانند کیفیت زندگی بیماران را پیش بینی کنند اما خودکارآمدی پیش بینی کننده بهتری برای کیفیت زندگی است نتایج این سؤال با یافته های پیشین نیسی، شهنی ییلاقی، فراشبندی (۱۳۸۴)، سامانی و همکاران (۱۳۸۶)، رحیمیان بوگر و همکاران (۱۳۸۷)، نریمانی، عباسی (۱۳۸۸)، اسمعیل خانی، احمدی، مظاهری، مهربابی زاده هنرمند، عسکری (۱۳۸۹) و شاکری نیا، محمدپور (۱۳۸۹) که در همه تحقیقات عنوان شده تاب آوری و سرسختی متغیرهای پیش بین کننده بودند هماهنگ است. بنابراین می توان گفت که افزایش سطح خودکارآمدی باعث مقابله با استرس در بیماری و نگاه و نگرش مثبت به بیماری و توان تصمیمات منطقی برای درمان و کنترل بیماری می شود و از این طریق امکان تعامل سازنده فرد بیمار با محیط و جامعه اطرافش و ادراک هیجانی و عاطفی بیمار از دیگران و سازگاری فیزیکی که بیماری در او بوجود می آید فراهم می شود و در این شرایط است که خودکارآمدی پیش بین مناسبی برای کیفیت زندگی می باشد.

نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی هم زمان به روش بارون و کنی در نمودار شماره ۳ نشان داد که متغیر تاب آوری می تواند متغیر واسطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی باشد. نتایج این سؤال با یافته های پیشین کمپل و همکاران (۲۰۰۶) به نقل از نعمت الهی (۱۳۸۸) و سامانی و همکاران (۱۳۸۶) همسو است. در تبیین این سؤال می توان گفت که یافته های پژوهش حاضر ضمن ارایه مدلی پیرامون عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی لزوم توجه به تاب

5-Feridrekson

6-Feriberg

7-Lazarus

8-Anzilechet

آوری و خودکارآمدی به عنوان پیش‌آیندهای کیفیت زندگی و همچنین توجه به تاب‌آوری به عنوان واسطه رفتار خودکارآمدانه و بهتر شدن کیفیت زندگی بیماران را مورد تأکید قرار می‌دهد. بدین ترتیب افزایش تاب و تحمل در برابر بیماری می‌تواند بر میزان خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران بیافزاید.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات مهمی را برای بیماران، پرستاران، پزشکان و مراکز آموزش بهداشتی و درمانی علوم پزشکی داشته باشد. این یافته‌ها بیانگر این هستند که در درمان بیماری‌ها به سلامت روان و جنبه‌های روانشناختی بیماران توجه خاص شود و پیشنهاد می‌شود که علاوه بر درمان جسمی، روان‌درمانی نیز بر روی بیماران صورت گیرد. و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری نیز برای بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

### سپاسگزاری:

از بیماران، پرستاران و مدیران بیمارستان‌ها که در این پژوهش همکاری لازم را داشتند سپاسگزارم.

### منابع

- اسماعیلی، مریم، علیخانی، مریم، غلام‌عراقی، معصوم، حسینی، فاطمه. (۱۳۸۴). کیفیت زندگی و ارتباط آن با خودکارآمدی در بیماران تحت همودیالیز. دو ماهنامه پرستاری ایران، شماره ۴۲، صفحه ۸۴-۷۷.
- اسمعیل‌خانی، فرشته. (۱۳۸۹). بررسی روابط ساده و چندگانه هوش هیجانی، خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی با سبک مدیریت تعارض در دانشجویان. پایان‌نامه دکتری در دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات خوزستان.
- جعفری، عیسی، اسکندری، حسین، سهرابی، فرامرز، دلاور، علی. (۱۳۸۸). اثر بخشی مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر مدل مارلات در پیشگیری از افزایش عود و افزایش تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد. مجله روانشناسی بالینی، سال اول، شماره ۳، صص ۸۷-۷۷.
- خیام‌نکویی، زهره، یوسفی، علیرضا، منشی، غلامرضا. (۱۳۸۹). تاثیر آموزش‌های شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/تابستان. ۱۰(۲): ۱۵۴-۱۴۸.
- رامبد، معصومه، پیروی، حمید، ساربان، محمد تقی، رفیعی، فروغ. (۱۳۸۸). خودکارآمدی در زمینه رژیم درمانی و نشانگرهای آزمایشگاهی و بالینی در بیماران تحت همودیالیز. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دوره ۲۲، شماره ۶۲، صص ۴۷-۴۱.
- رحیمیان بوگر، اسحق، اصغرنژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روانشناختی و خودتاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱، صص ۷۰-۶۲.
- سامانی، سیامک، جوکار، بهرام، صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال سیزدهم شماره ۳، صص ۲۹۵-۲۹۰.
- شاکرنیا، ایرج، محمدپور، مهری. (۱۳۸۹). رابطه استرس شغلی و تاب‌آوری با فرسودگی شغلی در پرستاران زن. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. بهیود- سال چهاردهم، شماره دوم.

شجاعی، فاطمه. (۱۳۸۷). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۱۴، شماره ۲، صفحه ۱۳-۵.

شهاب جهانلو، علیرضا. غفرانی پور، فضل الله. کیمیاگر، مسعود. وفایی، مریم. حیدر نیا، علیرضا. سبحانی، سیدعلیرضا. جهانی، ژولیت. (۱۳۸۶). ارتباط بین آگاهی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی با کنترل قند و چربی خون در بیماران دیابتیک مصرف کننده دخانیات. مجله پزشکی هرمزگان، سال یازدهم، شماره چهارم، زمستان، صفحات ۲۶۶-۲۶۱.

شولدرز، دوان. (۱۳۷۸). نظریه های شخصیت، ترجمه یوسف کریمی. نشر ارسباران. ص ۲۴۸.

صادقی شرمه، مهدی. علوی زنگ، فاطمه. احمدی، فضل اله. کریمی زارچی، علی اکبر. باباتبار درزی، حسین. عبادی، عباس. حاجی امینی، زهرا. محمودی، حسین. (۱۳۸۸). تأثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی. مجله علوم رفتاری دوره ۳، شماره ۱، ص ۱۳-۹.

عاطف وحید، محمد کاظم. ویسی، مختار. رضایی، منصور. (۱۳۷۹). تأثیر استرس شغلی بر خشنودی شغلی و سلامت روان: اثر تعدیل کننده سرسختی و حمایت اجتماعی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۲، ص ۳-۷۹-۷۰.

عباسی، علی. آسایش، حمید. حسینی، سید عابدین. قربانی، مصطفی. عبداللهی، علی اکبر. روحی، قنبر. رحمانی، حسین. (۱۳۸۹). ارتباط بین توانایی عملکردی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و کیفیت زندگی. فصلنامه طب جنوب، سال سیزدهم، شماره ۱، ص ۳۱-۴۰.

کارگر، هاجر. (۱۳۸۹). بررسی مقایسه ای تاب آوری، سازگاری روانی، کیفیت زندگی در معتادان در حال بهبودی و افراد مصرف کننده و افراد عادی. پایان نامه کارشناسی دانشگاه آزاد ارسنجان.

محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

نعمت الهی، رضیه. (۱۳۸۸). بررسی رابطه هوش هیجانی با تاب آوری و رضایت زناشویی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد ارسنجان.

نیسی، عبدالکاظم. شهنی بیلاقی، منیجه. فراشبندی، افسانه. (۱۳۸۴). بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت نفس، اضطراب عمومی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی با اضطراب اجتماعی در دختران. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، سال دوازدهم، شماره ۳۰، ص ۱۵۲-۱۳۷.

نریمانی، محمد. عباسی، مسلم. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط سرسختی روانشناختی و خودتاب آوری با فرسودگی شغلی. مجله فراسوی مدیریت سال هشتم، شماره ۲، ص ۷۵-۹۲.

هادی، نگین. منتظری، علی. بهبودی، الهه. (۱۳۸۹). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مزمن کبدی. فصلنامه پایش، سال نهم، شماره ۲، ص ۱۶۵-۱۷۲.

Barron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical consideration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resiliency scale: The Conner – Davidson Resilience Scale (CD- RISC). *Journal of Depression and Anxiety*, 18, pp 76-82.

- Dunderdale k . Thompson DR , milesjN, Beer sf , furze G (2005).Quality of- life measurement of the chronic heart failure. do we account of the patient perspective ? Eur Journal of Heart. 7(4):572-82.
- Ferrans CE, powers mj (2007).quality of life index : Journal of development and psychometric properties . Rech soins infirm ;88:32-7.
- Gay S. Meeting cardiac patients expectation of caring. Diments Crit Care Nurse 1999; 18: 46-50.
- Garnezy, N., & Masten, A. (1991). 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 (pp. 151-174) Hillsdale, Nj: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hamilton, M. (2000). A Thesis submitted to the faculty of graduate studies and research in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of science in physical Activity studies university Regina. National library of Canada.
- Hamill. K. (2004). Resilience And Self-Efficacy. Colgate University Journal of the Sciences:115-130.
- Jafari, M. (2004). [Validation of the quality of life MacNew questionnaire Kit]. [dissertation].Isfahan: Khorasgan university[Persian].
- Jakson D, Firtko A, Edenborough M. personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity : a literature review. Journal of Advanced Nursing (2007); 60(1):1-9.
- Johnson (Eds), Resilience and development (pp. 179-224). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factor and Process Contributing to resilience: The Resilience Framwork. In: M. D. Glantz & J. L.
- Lazarus, A.(2004). Relationship among indicators of child and family resilience and adjustment following the september 11, 2001 Tragedy. the emory centre for myth and ritual in American life. Available on : www. Marial. Emory. Edu/ faculty/ lazarus.htm.
- Lev, E.L.8 OWEN , S .V (2007). Counseling women with breast cancer using principles developed by Albert Bundura . Persective in Psychiatric care. 36.131-139.
- Lopez-jaramillo P,Casas JP ,Butista L, Serrano NC, Morillo CA (2001).An integrated proposal to explain the epidemic of cardiovascular disease in a developing country . from socioeconomic factors to free radicals. Journal Cardiology;96(1): 1-6.
- Masten, A. s.(2002). Ordinary magic: Resilience Processes in development , American Psychologist,56, 227-238.
- Rebecca P.Winsett, Sarah R.Stender, Gayle Gower, George A.Burghen. (2010).Adolescent Self-Efficacy and Resilience in Participants Attending A Diabetes Camp.PEDIATRIC NURSING.36/No.P293-297.
- Richard, M. Cooper, L. Zubek, J. (2002), personal resilience, cognitive appraisals and coping: an integrative model of adjustment to abortion, journal of personality and social psychology, 74,3,735-752.
- Strauser, D.R ,Kets, k 8 keim,j. (2002). The relationship between self efficacy locus of control and work personality . journal of Rehabilitation :68,20.

The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): (1995), position paper from the world health organization. nov , 41(10).1403-90.

Waller, m. A. (2001) Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. American Journal of Orthopsychiatry, 71, 290-297.

Archive of SID