نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹٤
Cardiovascular Nursing Journal, 4(2), Summer 2015

مقاله پژوهشی اصیل

رشد پس از سانحه در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد

***رابعه رحیمی[۱]، کارشناس ارشد پرستاری**
مهدی حیدرزاده[۲]، دکترای تخصصی آموزش پرستاری
رباب حسن زاده[۳]، دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف بررسی رشد پس از سانحه و ابعاد آن در بیمارانی که تجربه انفارکتوس میوکارد داشتند، انجام شد.

زمینه. رشد پس از سانحه، تجربه ذهنی تغییرات روانشناختی مثبت است که توسط فرد و در اثر مقابله با موقعیت‌های به شدت چالش برانگیز ایجاد می‌شود.

روش کار. مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در آن، ۱۶۶ بیمار دارای سابقه انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به درمانگاه های قلب در شهرهای بناب و مراغه به روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. در این پژوهش برای اندازه‌گیری مفهوم رشد پس از سانحه، از "ابزار رشد پس از سانحه" استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، میانه، دامنه، فراوانی) و آمار استنباطی (آزمون تی، آزمون آنالیز واریانس و آزمون پیرسون) در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده گردید.

یافته ها. میانگین نمره رشد پس از سانحه در شرکت‌کنندگان، ۶۸/۳۹ با انحراف معیار بود و بیشترین نمره در بعد تغییرات معنوی به دست آمد. نتایج نشان داد نمره رشد پس از سانحه در زنان بیشتر از مردان (p=۰/۰۲۹) و در افرادی که کمتر از ۶ ماه از وقوع انفارکتوس میوکارد آنها گذشته است بیشتر از افرادی که بیشتر از ۶ ماه از وقوع انفارکتوس میوکارد آنها گذشته است (p=۰/۰۰۸) می‌باشد.

نتیجه‌گیری. انفارکتوس میوکارد زمینه وقوع واکنش‌های روانی مثبت تحت عنوان رشد پس از سانحه را در بیماران مبتلا فراهم می‌آورد، پرستاران و سایر مسئولین می‌توانند از این پدیده برای تطابق با بیماری و برنامه‌ریزی مراقبتی استفاده نمایند.

کلید واژه: رشد پس از سانحه، انفارکتوس میوکارد، پژوهش کمی

۱ مربی، کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد واحد بناب، بناب، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک: nurse_168@yahoo.com
۲ استادیار، دکتری آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
۳ مربی، دانشجوی دکتری بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشگاه آزاد واحد بناب، بناب، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

مقدمه

بر اساس برخی مطالعات انجام شده در سال های اخیر به نظر می‌رسد بسیاری از کسانی که بعد از حوادث تنش زا زنده مانده‌اند، تغییرات روان شناختی مثبتی را تجربه می‌کنند. این تغییرات مثبت می‌تواند به طور مستقیم ناشی از حوادث تنش‌زا رخ دهد یا نوعی یادگیری باشد که فرد در تلاش برای تطابق با حوادث تنش‌زا به دست می‌آورد (پارک، ۱۹۹۹؛ تدسکی و کالون، ۱۹۹۶). تغییرات روان شناختی مثبت که از آن به عنوان "رشد پس از سانحه" تعبیر می‌شود عبارت از تجربه یا درک ذهنی از تغییرات مثبت روان شناختی است که در اثر کشمکش با حادثه تنش‌زا ایجاد می‌شود و شامل قدر دانستن زندگی، تنظیم اولویت‌های جدید برای زندگی، احساس قوی‌تر شدن، احساس عمیق معنا یافتن، شناسایی فرصت‌های جدید، احساس نزدیکی با خویشاوندان و تغییرات معنوی مثبت می‌باشد (تدسکی و همکاران، ۱۹۹۸).

اغلب مطالعات انجام شده به بررسی رشد پس از سانحه در نمونه‌های غیربالینی پرداخته‌اند؛ رشد پس از سانحه می‌تواند موضوع پژوهش در افرادی که بیماری‌های مزمن یا اختلالات پزشکی را تجربه می‌کنند نیز قرار گیرد. در این زمینه مطالعات متعددی در بیماران دچار سرطان، آسیب نخاعی، مولتیپل اسکلروز و بیماری‌های روماتوئیدی انجام شده است (هلگسون و همکاران، ۲۰۰۶؛ حیدرزاده و همکاران، ۲۰۱۴). یکی از حوادث تنش‌زا که مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی متعددی برای بیماران ایجاد می کند انفارکتوس میوکارد می‌باشد. بیماران دچار انفارکتوس میوکارد با عوارض متعددی از قبیل نارسایی احتقانی قلب، آریتمی‌های قلبی، از دست دادن شغل، و برخی ناتوانی‌های فیزیکی و اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی مواجه می‌شوند (هوفمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ تومبس وهمکاران، ۲۰۰۶) که مجموعه این مشکلات می‌تواند سطح بهزیستی و کیفیت زندگی آنها را آنها را کاهش دهد (حیدرزاده و همکاران، ۲۰۱۳ و ۲۰۱۵). در واقع تجربه یک بیماری تهدیدکننده زندگی مثل انفارکتوس میوکارد که به طور ناگهانی و غیرمنتظره رخ می‌دهد و فرد را در معرض مرگ قرار می دهد، می‌تواند محرکی برای رشد جنبه‌های مثبت در زندگی بیماران باشد.

در بررسی متون موجود درباره رشد پس از سانحه، در یکی از معدود مطالعات که شیخ (۲۰۰۴) به بررسی رشد پس از سانحه در بیماران قلبی با استفاده از ابزار رشد پس از سانحه پرداخته بود، میزان رشد را در این بیماران متوسط گزارش کرد و هیچ اشاره‌ای به ابعاد رشد در این بیماران ننموده است. در یکی دیگر از مطالعات انجام شده در این زمینه مشخص شد که ۶۰ درصد بیماران دچار انفارکتوس میوکارد تغییرات مثبت پس از بروز آن را نشان داده‌اند (پتریی، ۱۹۹۹). در مطالعاتی که به بررسی مفهوم رشد پس از سانحه در بیماران پس از انفارکتوس میوکارد پرداخته اند مشخص شده است کسانی که برای بار اول دچار انفارکتوس میوکارد شده‌اند و در طی آن رشد پس از سانحه را تجربه کرده‌اند، کمتر از سایر بیماران دچار سکته مجدد قلبی می‌شوند و احتمال بروز عوارض ناتوان‌کننده نیز کمتر است (افلک، ۱۹۸۷؛ گارنفسکی، ۲۰۰۸).

شناخت مفهوم رشد پس از سانحه، اطلاعاتی را در اختیار ارایه دهندگان مراقبت‌های سلامتی قرار می‌دهد که می‌تواند آنها را در امر مراقبت یاری کند و به بیماران کمک نماید تا با موقعیت تنش‌زا بهتر تطابق یابند. در بیمارانی که رشد پس از سانحه را تجربه می‌کنند این تغییرات مثبت می‌تواند فرایند شناخت رویداد تنش‌زا را برای بیماران تسهیل کند و دیدگاه مثبتی را در بیمار، اطرافیان و شیوه زندگی آنها ایجاد نماید؛ رشد پس از سانحه تغییرات مثبت و معناداری را در زندگی عاطفی و شناختی افراد ایجاد می کند که بر رفتار و عملکرد آنها تأثیر مثبت دارد (تدسکی و کالون، ۱۹۹۶؛ تدسکی وهمکاران، ۱۹۹۸).

رشد پس از سانحه در ابعاد مختلف آن، در جوامع، متفاوت است؛ به عنوان مثال در مطالعه تئودورسکو و همکاران (۲۰۱۲) مشخص شد که بیشترین رشد در بعد "قدر دانستن زندگی" بوده است و در دو بعد "موقعیت های جدید" و "ارتباط با دیگران" کمترین رشد مشاهده گردیده است؛ همچنین در مطالعه موریس و همکاران (۲۰۱۲) که در بیماران مبتلا به سرطان (پستان، پروستات، خون و کولورکتال) در استرالیا انجام شد، بیشترین رشد پس از سانحه به ترتیب در ابعاد "قدر دانستن زندگی"، "ارتباط با دیگران"، "قوی‌تر شدن فردی"، "موقعیت‌های جدید" و "معنویت" گزارش شد. به بیان دیگر، در مطالعات گزارش شده، تغییرات معنوی کمترین نمره را به خود اختصاص داده است.

با توجه به وابسته بودن مفهوم رشد پس از سانحه به زمینه اجتماعی و فرهنگی جمعیت مورد مطالعه (موریس و همکاران، ۲۰۱۲) و اندک بودن مطالعات در زمینه رشد پس از سانحه در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد در ایران، هدف از انجام این پژوهش، بررسی مفهوم رشد پس از سانحه و ابعاد آن در بیمارانی دچار انفارکتوس میوکارد و بررسی رابطه عوامل جمعیت شناسی با این متغیر بود.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی و بخشی از پروژه بزرگ‌تر در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب می‌باشد. جامعه پژوهش در این مطالعه بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به درمانگاه قلب بیمارستان امام خمینی (ره) در شهر بناب و درمانگاه قلب بیمارستان سینا در شهر مراغه بود. پس از اخذ مجوز از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب و ارائه آن به مراکز مربوطه، نمونه‌گیری آغاز شد. برای تعیین نمره رشد در مجموع، ۱۶۶ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس معیارهای ورود به مطالعه در طول مدت زمان ۱۸ ماه وارد مطالعه شدند؛ معیارهای ورود به مطالعه شامل سن حداقل ۲۱ سال، قطعی بودن تشخیص انفارکتوس میوکارد بر اساس نظر پزشک متخصص قلب، توانایی برقراری ارتباط و پاسخ به سؤالات، و سپری شدن حداقل سه ماه از وقوع انفارکتوس میوکارد بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل "پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناسی" و "ابزار رشد پس از سانحه" بود. ابزار رشد پس از سانحه (PTGI) در سال ۱۹۹۶ به منظور بررسی مفهوم رشد پس از سانحه توسط تدسکی و کالون در ایالات متحده طراحی شد. این ابزار دارای ۲۱ عبارت می‌باشد که پنج حیطه، میزان رشد روان‌شناختی پس از رویارویی با یک سانحه استرس‌زا (موقعیت‌های جدید، ارتباط با دیگران، ارزش‌گذاری به زندگی، قدرت شخصی و تغییرات معنوی) را می سنجد. این ابزار بر اساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت نمره دهی می‌شود که به گزینه‌های شش گانه (نه، تا حد بسیار کمی، تا حد کمی، تا حد متوسطی، تا حد زیادی و تا حد خیلی زیادی) نمرات صفر تا ۵ تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات از صفر تا ۱۰۵ است. نمره بیشتر نشان دهنده رشد پس از سانحه بیشتر و نمره کمتر نیز نمایانگر رشد پس از سانحه کمتر می‌باشد. ترجمه و روان‌سنجی این ابزار در ایران توسط حیدرزاده و همکاران مورد بررسی قرار گرفت (حیدرزاده و همکاران، ۲۰۱۴، ۱۳۹۴). در این مطالعه، همسانی درونی برای کل ابزار ۰/۹۵ و همسانی درونی برای ابعاد پنج گانه بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ متغیر بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها، پس از حضور در کنار هر یک از واحدهای مورد پژوهش و توضیح به آنها در مورد علت انجام این مطالعه و نحوه انجام آن و کسب رضایت، پرسش‌نامه ها توسط بیماران تکمیل شد (در مواردی که بیماران سواد خواندن و نوشتن نداشتند، سؤالات توسط مصاحبه‌گر برای بیمار توضیح داده می‌شد). برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، میانه، دامنه، فراوانی) و آمار استنباطی (آزمون تی، برای بررسی تفاوت نمره رشد پس از سانحه در متغیرهای جنس و مدت بیماری؛ آزمون آنالیز واریانس برای بررسی تفاوت نمره رشد پس از سانحه در متغیر سطح تحصیلات؛ و آزمون پیرسون برای بررسی همبستگی رشد پس از سانحه با سن) با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه داده‌های حاصل از ۱۶۶ بیمار مورد تحلیل قرار گرفت. میانگین سنی شرکت‌کنندگان، ۵۵/۳ سال با انحراف معیار ۱۴/۵ و دامنه آن ۲۱ تا ۹۰ سال بود. در جدول شماره ۱ برخی ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان آمده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی برخی ویژگی های دموگرافیک افراد تحت مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	
زن	۲۵ (۱۵/۱)
مرد	۱۴۱ (۸۴/۹)
تحصیلات	
بی سواد/ ابتدایی	۸۴ (۵۰/۹)
دیپلم	۵۵ (۳۳/۳)
دانشگاهی	۲۶ (۱۵/۸)
مدت بیماری	
کمتر از ۶ ماه	۶۰ (۳۶/۱)
بیشتر از ۶ ماه	۱۰۶ (۶۳/۹)

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

نتایج مطالعه نشان داد که تمام بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد شرکت‌کننده در این پژوهش درجاتی از رشد پس از سانحه را تجربه کرده بودند. میانگین نمره رشد پس از سانحه، ۶۸/۳۹ با انحراف معیار ۱۹/۴۰ بود؛ بیشترین نمره کسب شده در ابعاد مختلف به ترتیب در بعدهای تغییرات معنوی، ارتباط با دیگران، قدر دانستن زندگی، قوی‌تر شدن شخصی و موقعیت های جدید به دست آمد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: شاخص های مرکزی و پراکندگی نمره رشد پس از سانحه و ابعاد آن در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد

ابعاد	حداقل	حداکثر	میانگین (انحراف معیار)
موقعیت های جدید	۲	۲۵	۱۴/۹۸ (۵/۳۹)
ارتباط با دیگران	۳	۳۵	۲۳/۸۳ (۶/۷۳)
قوی تر شدن شخصی	۱	۲۰	۱۲/۶۹ (۴/۳۲)
قدر دانستن زندگی	۲	۱۵	۹/۵۷ (۲/۹۴)
تغییرات معنوی	۰	۱۰	۷/۳۳ (۲/۲۷)
نمره کل	۱۱	۱۰۴	۶۸/۳۹ (۱۹/۴۰)

مقایسه نمره رشد پس از سانحه بین زنان و مردان نشان داد نمره زنان در کل (p=۰/۰۲۹) و در ابعاد موقعیت های جدید (p=۰/۰۳۴)، ارتباط با دیگران (p=۰/۰۰۸) و تغییرات معنوی (p=۰/۰۳۶) به طور معنی داری بیشتر از مردان بود. در بررسی ارتباط سطح تحصیلات با نمره رشد پس از سانحه و ابعاد آن مشخص شد که ارتباط معنی‌داری بین نمره رشد پس از سانحه و ابعاد آن با سطوح مختلف تحصیلی وجود ندارد، به جز در مورد بعد موقعیت‌های جدید که در گروه تحصیلات دانشگاهی بیشتر از افراد با دیگر گروه های تحصیلی بود (p=۰/۰۴۳). در بررسی ارتباط مدت زمان پس از وقوع انفارکتوس میوکارد با نمره رشد پس از سانحه و ابعاد آن مشخص شد در افرادی که کمتر از ۶ ماه از وقوع انفارکتوس میوکارد آنها گذشته است نمره کل رشد پس از سانحه (p=۰/۰۰۸) و نمره ابعاد موقعیت‌های جدید (p=۰/۰۰۷)، ارتباط با دیگران (p=۰/۰۲۵) و قوی‌تر شدن (p=۰/۰۰۴) نسبت به افرادی که بیشتر از ۶ ماه از وقوع انفارکتوس میوکارد آنها گذشته است به طور معنی داری بیشتر است، در حالی که در دو بعد قدر دانستن زندگی و تغییرات معنوی اختلاف معنی‌داری بین افراد با سابقه انفارکتوس میوکارد کمتر و بیشتر از شش ماه مشاهده نشد. با وجود این که بین رشد پس از سانحه و ابعاد آن با سن ارتباط معکوسی وجود داشت، ولی این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود.

بحث

هدف از انجام این مطالعه، بررسی رشد پس از سانحه در بیمارانی که انفارکتوس میوکارد را تجربه کرده‌اند و بررسی ارتباط آن با برخی ویژگی های جمعیت شناسی بود. نتایج این مطالعه مشابه نتایج مطالعات قبلی است که نشان می‌دهد تجربه یک حادثه تنش‌زا مثل وقوع انفارکتوس میوکارد می‌تواند منجر به اثرات روان‌شناختی مثبت گردد (شیخ، ۲۰۰۴؛ گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۸). میانگین نمره رشد پس از سانحه در این مطالعه همسو یا بالاتر از میانگین کلی نمره رشد پس از سانحه در نمونه‌های مبتلا به بیماری های قلبی در سایر مطالعات (لئونگ و همکاران، ۲۰۱۲) و نیز سایر اختلالات بالینی (موریس و همکاران، ۲۰۱۲) (هوپر و همکاران، ۲۰۰۹) و حتی نمونه‌های غیر بالینی (هوپر و همکاران، ۲۰۰۹؛ لی و همکاران، ۲۰۱۰) بود. این موضوع نشان می‌دهد تجربه انفارکتوس میوکارد می‌تواند به عنوان یک حادثه تنش زا تلقی گردد که منجر به تغییر در ساختار افکار و فلسفه زندگی فرد درگیر می شود و زمینه را برای ایجاد تغییرات مثبت فراهم می آورد. این یافته‌ها در راستای نظریه شناختی تدسکی و کالون است که عنوان می کنند تجربه یک حادثه تنش‌زای شدید می‌تواند برخی اجزاء کلیدی اهداف و جهان‌بینی فرد را حذف نماید، به طوری که این افراد به طور ناخودآگاه به ارزیابی حادثه می‌پردازند و با تعریف دوباره عقاید و اهداف خود سعی می‌کنند معنایی برای حادثه تنش‌زا پیدا کنند و در نهایت این تلاش‌ها منجر به تغییرات مثبت می‌گردند (۱۹۹۶).

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

در تحلیل ابعاد رشد پس از سانحه در بیماران انفارکتوس میوکارد مشخص شد که بالاترین نمرات مربوط به دو بعد "تغییرات معنوی" و "ارتباط با دیگران" و پایین‌ترین نمره مربوط به بعد "موقعیت‌های جدید" بود. به نظر می‌رسد بالا بودن نمره دو بعد "تغییرات معنوی" و "ارتباط با دیگران" نقش مهمی در بالا بودن نمره رشد پس از سانحه در نمونه‌های شرکت‌کننده در این مطالعه داشته است. در مطالعه ای که به بررسی رشد پس از سانحه در نمونه‌های بالینی در جامعه ایران پرداخته است نیز دو بعد "تغییرات معنوی" و "ارتباط با دیگران" بالاترین نمره را در میان ابعاد مختلف رشد پس از سانحه کسب کردند (حیدرزاده و همکاران، ۲۰۱۴)؛ این در حالی است که دو بعد مذکور در اکثر مطالعات انجام شده در جوامع غربی که بر روی نمونه‌هایی انجام شده اند که حادثه تنش‌زای بالینی و غیربالینی را تجربه کرده بودند (موریس و همکاران، ۲۰۱۲؛ بلزی و همکاران، ۲۰۱۰؛ هوپر و همکاران، ۲۰۰۹؛ لی و همکاران، ۲۰۱۰)، با نمرات پایین گزارش شدند؛ به عنوان مثال در مطالعه هوپر و همکاران در ایالات متحده که بر روی نمونه ۱۴۳ نفری از دانشجویانی که به درجات مختلف تجربه حوادث تنش‌زا را داشتند، انجام شد بالاترین نمرات به ترتیب در ابعاد قوی‌تر شدن و قدر دانستن زندگی، موقعیت‌های جدید، ارتباط و معنویت به دست آمد (۲۰۰۹)؛ یا در مطالعه موریس و همکاران (۲۰۱۱) بالاترین نمره به "قدر دانستن زندگی" و پایین‌ترین نمره به "تغییرات معنوی" اختصاص یافت. به نظر می‌رسد گرایش به معنویت و تغییرات مثبت معنوی نقش مهمی در تطابق بیماران با حادثه تنش‌زای انفارکتوس میوکارد ایفا می‌کند. مطالعات قبلی نیز نشان می‌دهند که معنویت یکی از راهکارهای اصلی برای تطابق با بیماری سرطان در جامعه ایران است (حیدرزاده و همکاران، ۲۰۰۹؛ زمانزاده و همکاران، ۲۰۰۷). از طرف دیگر مشخص شد که پس از ابتلا به حادثه تنش‌زای تهدید کننده زندگی، بعد "ارتباط با دیگران" بیش از سایر ابعاد رشد می کند، به طوری که همدلی، حمایت و ارتباطات بین بیمار با اعضای خانواده و خویشاوندان افزایش می‌یابد. این یافته در راستای نتایج مطالعات قبلی است که نشان می‌دهند توجه و ارتباط با افراد در زمان بروز مشکلات از جمله بیماری، در جامعه ایران افزایش می‌یابد (حیدرزاده و همکاران، ۲۰۰۹؛ زمانزاده و همکاران، ۲۰۰۷).

نتایج مطالعه نشان داد با وجودی که افراد جوان‌تر نمره رشد پس از سانحه بالاتری به ویژه در بعد موقعیت‌های جدید کسب کردند، اما ارتباط بین سن و رشد پس از سانحه از نظر آماری معنی‌دار نبود. مطالعات قبلی در این زمینه نتایج متفاوتی را نشان داده‌اند؛ در حالی که برخی نشان داده‌اند که ارتباط معکوس بین سن و رشد پس از سانحه وجود دارد (بلزی و بلانک، ۲۰۰۶؛ کوردوو و همکاران، ۲۰۰۷؛ مانی و همکاران، ۲۰۰۴)، برخی دیگر چنین ارتباطی را گزارش نکرده‌اند (تورنتون و پرز، ۲۰۰۶). با توجه به نتایج متناقض در این زمینه، برای تعیین عوامل مرتبط با رشد پس از سانحه، به ویژه ارتباط آن با سن، لازم است پژوهش‌های بیشتری انجام شود.

در این مطالعه مشخص شد افرادی که کمتر از ۶ ماه از وقوع انفارکتوس میوکارد آنها گذشته است نسبت به افرادی که بیشتر از ۶ ماه از وقوع انفارکتوس میوکارد آنها گذشته است نمرات بالاتری در رشد پس از سانحه و ابعاد "موقعیت‌های جدید"، "ارتباط با دیگران" و "قوی‌تر شدن" کسب کردند. در ارتباط با گذشت زمان از وقوع حادثه تنش‌زا مطالعات مختلف نتایج متفاوتی گزارش نموده‌اند؛ برخی مطالعات ارتباط مثبت بین گذشت زمان از وقوع حادثه تنش‌زا را نشان می‌دهند (کوردوو و همکاران، ۲۰۰۱؛ اورس و همکاران، ۲۰۰۱) ، در حالی که برخی دیگر ارتباط منفی یا عدم ارتباط را بین دو متغیر نشان می‌دهند (کوردوو و همکاران، ۲۰۰۷؛ باراکت و همکاران، ۲۰۰۵؛ میلام و همکاران، ۲۰۰۴؛ ویس، ۲۰۰۴). در مطالعات انجام شده در جامعه ایران نیز مشخص شده است که بین مدت زمان وقوع حادثه تنش‌زای سرطان و رشد پس از سانحه ارتباط معناداری وجود ندارد (حیدرزاده و همکاران، ۲۰۱۵، ۲۰۱۴). به نظر می‌رسد شرایط تنش‌زای بیشتر در۶ ماه ابتدایی وقوع انفارکتوس میوکارد نسبت به دوره‌های بعدی تأثیر قابل توجهی بر افزایش نمره رشد پس از سانحه در این بیماران دارد. کالون و تدسکی (۲۰۰۶) در این زمینه می‌نویسند وجود تنش‌های بیشتر شرایط بهتری برای رشد فراهم می‌کنند؛ از طرف دیگر افزایش حمایت خانواده در دوران حاد بیماری که منجر به ارتقاء نمره بعد "ارتباط با دیگران" در این بیماران می‌شود نیز در افزایش نمره کلی رشد پس از سانحه موثر است.

در بررسی ارتباط بین سطح تحصیلات با نمره رشد پس از سانحه تنها نمره بعد "موقعیت‌های جدید" در گروه تحصیلات دانشگاهی بیشتر از افراد با سطح تحصیلات پایین یا بی سواد بود. این یافته نشان می‌دهد افرادی که سطح تحصیلات بالاتری دارند، بهتر می توانند مسیرهای جدید را برای جایگزینی اختلالات جسمانی و روانی خویش جستجو نمایند و از این طریق موقعیت‌های جدید برای زندگی ایجاد نمایند. مروری بر متون نشان می‌دهد که ارتباط بین سطح تحصیلات و رشد پس از سانحه در مطالعات مختلف، نتایج متناقضی را نشان داده است؛ کوردوا و همکاران (۲۰۰۷) ارتباط مثبتی بین سطح تحصیلات و رشد پس از سانحه به دست آوردند؛ اما

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

در مطالعات دیگر ارتباط معکوسی بین سطح تحصیلات و رشد پس از سانحه گزارش شد (بلزی و بلانک، ۲۰۰۶؛ ویس، ۲۰۰۴)، ضمن اینکه در مطالعه لچنر و همکاران (۲۰۰۳) ارتباطی بین رشد پس از سانحه و سطح تحصیلات مشاهده نشد.

یکی از متغیرهایی که با نمره رشد پس از سانحه و ابعاد آن ارتباط داشت، متغیر جنس بود و نمره کلی رشد پس از سانحه و نمره در ابعاد "موقعیت های جدید"، "ارتباط با دیگران" و "تغییرات معنوی" در زنان بیشتر از مردان بود. مطالعات قبلی نیز نشان داده بودند که زنان بیشتر از مردان رشد پس از سانحه را تجربه می‌کنند (بلزی و بلانک، ۲۰۰۶؛ سنول دوراک و ایوازیک؛ ۲۰۱۰؛ والن و همکاران، ۲۰۱۰). در مطالعه والن، زنان در ابعاد "ارتباط با دیگران"، "قدر دانستن زندگی" و "قوی‌تر شدن" نمره بالاتری نسبت به مردان کسب کردند. در مطالعاتی که در جامعه ایران در نمونه‌های مبتلا به سرطان انجام شده بود نیز مشخص شد که بعد "ارتباط با دیگران" در زنان بیش از مردان ارتقاء می‌یابد (حیدرزاده و همکاران، ۲۰۱۴؛ هوفمن و همکاران، ۲۰۰۶).

نتیجه‌گیری

در فردی که انفارکتوس میوکارد را تجربه می‌کند، صرفاً پاسخ های منفی جسمی، روانی و اجتماعی ایجاد نمی‌شود، بلکه ممکن است پیامدهای روان شناختی مثبت نیز رخ دهند که می‌توان از این پدیده برای تطابق بیماران با شرایط تنش‌زای بیمارانی که انفارکتوس میوکارد را تجربه می‌کنند استفاده کرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی عوامل تأثیرگذار بر رشد پس از سانحه مطالعه شود تا با شناسایی این عوامل و برنامه ریزی، زمینه برای تطابق بیماران و حتی بهبود کیفیت زندگی آنها فراهم آید. از محدودیت‌های مطالعه مربوط به روش نمونه‌گیری آسان می‌باشد که باعث می‌شود تعمیم یافته‌ها به کل جامعه پژوهش با احتیاط انجام گیرد. در این مطالعه، تنها به بررسی ارتباط ویژگی های فردی اجتماعی با رشد پس از سانحه پرداخته شد، لازم است با توجه به پیچیدگی و چند بعدی بودن مفهوم رشد پس از سانحه و اهمیت آن در تطابق بیماران، سایر عوامل تأثیرگذار در پژوهش های دیگر مورد بررسی قرار گیرند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی بناب می‌باشد که تمام جوانب آن توسط کمیته اخلاق آن دانشگاه به کد ۵۱۴۴۱۹۲۰۹۱۸۰۰۳ مورد تأیید قرار گرفته است. در پایان از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب که حامی مالی پروژه بودند، و نیز همکاری پرسنل درمانگاه قلب، مسئولین کتابخانه، مددجویان محترم شرکت کننده در مطالعه و سایر عزیزان که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، تشکر می‌شود.

منابع فارسی

حیدرزاده م، قهرمانیان ا، حقیقت ع، یوسفی ا.۱۳۸۸. ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکته مغزی. نشریه پرستاری ایران. (۲۲) ۵۹، ۳۲-۲۳.

حیدرزاده م، رحیم زاده ع، قهرمانیان ا، کلاهدوزی پور ج. ۱۳۹۲. کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی درمبتلایان به نارسایی احتقانی قلب و جمعیت سالم. مجله پرستاری و مامایی جامع نگر، (۱)۲۳، ۱۳-۲۱.

حیدرزاده م، رسولی م، محمدی شاه بلاغی ف، علوی مجد ح، میرزایی ح، طهماسبی م. ۱۳۹۴. بررسی ابعاد رشد پس از سانحه ناشی از سرطان در بیماران نجات یافته از آن. مجله پرستاری و مامایی جامع نگر، (۲۵)۲،۴۱-۳۳.

حیدرزاده م ،قنواتی ا ،پاشایی مغوان ا ،کلاهدوزی پور ج ،محمد کرم ا ،رحیم زاده ع ،یوسفی ا. ۱۳۹۴. کیفیت زندگی دربیماران نارسایی احتقانی قلب و مقایسه آن با سایر جمعیت ها . پژوهش پرستاری، (۲) ۱۰، ۶۲-۵۴.

زمان زاده و، حیدرزاده م، عشوندی خ، لک دیزجی س. ۱۳۸۶. ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ، (۲۹)۱، ۵۴-۴۹.

منابع انگلیسی

Affleck G, Tennen H, Croog S, Levine S. 1987. Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: an 8-year study. Journal of consulting and clinical psychology, 55(1), 29-35.

Barakat LP, Alderfer MA, Kazak AE. 2005. Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. Journal of Pediatric Psychology, 31(4), 413-49.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

Bellizzi KM, Blank TO. 2006. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. Health Psychology, 25(1), 47-56.

Bellizzi KM, Smith AW, Reeve BB, Alfano CM, Bernstein L, Meeske K, et al. 2010. Posttraumatic growth and health-related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer survivors, Journal of Health Psychology, 15(4), 615-626.

Calhoun, L. G, Tedeschi, R. G. 2006. The handbook of posttraumatic growth: Research and practice. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. 2001. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. Health Psychology, 20(3), 176-185.

Cordova MJ, Giese-Davis J, Golant M, Kronenwetter C, Chang V, Spiegel D. 2007. Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 14(4), 308-319.

Evers AW, Kraaimaat FW, van Lankveld W, Jongen PJ, Jacobs JW, Bijlsma JW. 2001. Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. Journal of consulting and clinical psychology, 69(6), 1026-1036.

Heidarzadeh M, Ghahremanian A, Hagigat A, Yoosefi E. 2009. Relationship between quality of life and social support in stroke patients. Iran Journal of Nursing, 22(59), 23-32.

Heidarzadeh M, Hasani P, Rahimzadeh A, Ghahramanian A, Kolahdouzi pour J, Yousef I. 2013. Quality of life and social support in congestive heart failure patients and healthy people. Holistic Nursing and Midwiefery Journal, 23(1), 13-21.

Heidarzadeh M, Rassouli M, Shahbolaghi FM, Majd HA, Karam A-M, Ghanavati A, et al. 2014 .The Relationship of Posttraumatic Growth with quality of life in cancer patients. Bull Env Pharmacol Life Sci, 3, 98-102.

Heidarzadeh M, Rassouli M, Shahbolaghi FM, Majd HA, Karam A-M, Mirzaee H, et al. 2014 . Posttraumatic growth and its dimensions in patients with cancer. Middle East Journal of Cancer. 5, 9-23.

Heidarzadeh M, Rassouli M, Shahbolaghi F, Alavi Majd H, Mirzaei H, Tahmasebi M. 2015. Assessing dimensions of posttraumatic growth of cancer in survived patients. Holistic Nursing And Midwifery Journal, 25(2), 33-41.

Heidarzadeh M, Ghanavati A, Pashaie A, Kolahdoozipour J, Karam A, Rahimzadeh A, et al. 2015. Quality of life in congestive heart failur patients: comparing with other groups. Iranian Journal of Nursing Research, 10(2), 54-62.

Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. 2006. A meta-analytic review of benefit finding and growth. Journal of consulting and clinical psychology,74(5),797-816.

Hooper LM, Marotta SA, Depuy V. 2009. A confirmatory factor analytic study of the Posttraumatic Growth Inventory among a sample of racially diverse college students. Journal of Mental Health,18(4), 335-343.

Huffman JC, Smith FA, Blais MA, Beiser ME, Januzzi JL, Fricchione GL. 2006 .Recognition and treatment of depression and anxiety in patients with acute myocardial infarction. The American journal of cardiology, 98(3), 319-324.

Garnefski N, Kraaij V, Schroevers M, Somsen G. 2008. Post-traumatic growth after a myocardial infarction: a matter of personality ,psychological health, or cognitive coping, Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 15(4), 270-277.

Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH, Greenhawt M, Block K, Block P. 2003. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit finding in cancer patients? Psycho-Oncology,12(5), 491-499.

Lee JA, Luxton DD, Reger GM, Gahm GA. 2010. Confirmatory factor analysis of the Posttraumatic Growth Inventory with a sample of soldiers previously deployed in support of the Iraq and Afghanistan wars. Journal of clinicalpsychology, 66(7), 813-819.

Leung YW, Alter DA, Prior PL, Stewart DE, Irvine J, Grace SL. 2012. Posttraumatic growth in coronary artery disease outpatients: Relationshipto degree of trauma and health service use. Journal of psychosomatic research, 72(4), 293-299.

Manne S, Ostroff J, Winkel G, Goldstein L, Fox K, Grana G. 2004. Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. Psychosomatic Medicine, 3(6), 442-454

Milam JE, Ritt-Olson A, Unger JB. 2004. Posttraumatic growth among adolescents. Journal of Adolescent Research, 19(2), 192-204.

Morris BA, Shakespeare-Finch J, Scott JL. 2012. Posttraumatic growth after cancer: the importance of health-related benefits and newfound compassion for others. Supportive Care in Cancer, 20(4), 749-756.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

Park CL.1999. The roles of meaning and growth in the recovery from posttraumatic stress disorder. In: Maercker A, Schutzwohl M, Solomon Z, editors. Posttraumatic stress disorder: A lifespan developmental perspective. Seattle, WA: Hogrege and Huber, 349–364.

Petrie KJ, Buick DL, Weinman J, Booth RJ. 1999. Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. Journal of psychosomatic research, 47(6), 537-543.

Senol-Durak E, Ayvasik HB. 2010. Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: perceived social support, perception of the event and coping. J Clin Psychol Med Settings, Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 17(2), 150-158.

Sheikh AI. 2004. Posttraumatic growth in the context of heart disease. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 11(4), 265-273.

Tedeschi RG, Calhoun LG. 1996. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring thepositive legacy of trauma. Journal of traumatic stress, 9(3), 455-471.

Tedeschi RG, Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. 1998. Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisi. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Teodorescu D-S, Siqveland J, Heir T, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. 2012. Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multitraumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway. Health Qual Life Outcomes, 23 (10), 84.

Thombs BD, Bass EB, Ford DE, Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel U, et al. 2006. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. Journal of General Internal Medicine, 21(1), 8-30.

Thornton AA, Perez MA. 2006. Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. Psycho-Oncology, 15(4), 285-296.

Weiss T. 2004. Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. Journal of Social and Clinical Psychology, 23(5), 733-46.

Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi K, Lakdizaji S. 2007 .Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients in Imam Khomeini and Sina educational hospitals of Tabriz University of medical sciences. Med J Tabriz Univ Med Sci. 29, 49-54.

Zwahlen D, Hagenbuch N, Carley MI, Jenewein J, Buchi S. 2010 .Posttraumatic growth in cancer patients and partners-effects of role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. Psycho-oncology. 19(1), 12-20.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹٤
Cardiovascular Nursing Journal, 4(2), Summer 2015

Original Article

Post-traumatic growth among patients with myocardial infarction

*Rabee Rahimi[1], MSc
Mehdi Heidarzadeh[2], PhD
Robab Hassanzadeh[3], PhD Candidate

Abstract

Aim. The aim of current study was to assess post-traumatic growth in patients with myocardial infarction (MI).

Background. Post-traumatic growth is defined as subjective positive psychological changes following the struggle with highly challenging life events.

Method. This was a descriptive cross-sectional study in which 166 patients with MI, referred to the cardiac clinics in Bonab and Maragheh, were recruited by convenience sampling. Post-traumatic Growth Inventory (PTGI) was used for measuring PTG. Descriptive and inferential statistics were used by SPSS version 22 to analyze the data.

Results. The mean PTGI score of the participants was 68.39±19.40, and the most acquired score was observed in the dimension "spiritual changes". The results showed that women and patients with a history of MI within the previous 6 months acquired more score of post-traumatic growth than men (p=0.029) and patients with a history of MI before the recent 6 months (p=0.008), respectively.

Conclusion. The occurrence of MI leads to positive psychological changes as named posttraumatic growth. Nurses and care policymakers can use these findings to help patients in coping with stressful conditions.

Keywords: Post-traumatic growth, Myocardial infarction, Quantitative research

1 MSc in Nursing, Department of Nursing, College of Medical Sciences, Bonab Branch, Islamic Azad University, Bonab, Iran (*corresponding Author) email: nurse_168@yahoo.com
2 Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran
3 PhD Candidate, Department of Midwifery, College of Medical Sciences, Bonab Branch, Islamic Azad University, Bonab, Iran

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]