مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره نوزدهم، شماره ۳، اسفند ۱۳۹۵، صفحه ۱۴-۷

مقایسه سبک‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی در بین بیماران کرونری قلب و افراد سالم

محمد تقی صالحی عمران (MD)[۱]، مریم صادق پور (MA)[۲*]، عبدالعلی یعقوبی (PhD)[۳]، رضا شمسی (GP)[۴]

۱-گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲-دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری
۳-گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر
۴- دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۵/۵/۲، اصلاح: ۹۵/۹/۶، پذیرش: ۹۵/۱۱/۴

خلاصه

سابقه و هدف: در عالم پزشکی یکی از بیشترین تداخل‌ها بین جسم و روان مربوط به بیماری‌کرونری قلب می‌باشد و این بیماری از علل اصلی مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود، به همین دلیل شناسایی عوامل خطرساز روانی در این حیطه ضروری می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف مقایسه سبک‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی در بیماران کرونری قلب و افراد سالم انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۰۰ بیمار کرونری قلب و ۱۰۰ فرد سالم انجام شد. اطلاعات از طریق پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن که شامل چهار سبک مقابله مسئله دار و چهار سبک مقابله هیجان مدار است و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی شامل چهار حیطه سلامت جسمانی، روانی، محیطی و ارتباط اجتماعی است به همراه خصوصیات دموگرافیک جمع‌آوری و مقایسه گردید.

یافته ها: میانگین سبک مقابله مستقیم در گروه بیماران (۸/۷۵±۲/۸۱) بطور معنی‌داری بیشتر از گروه سالم (۷/۹۵±۲/۸۶) بود (p=۰/۰۳۶)، میانگین سبک گریز-اجتناب نیز در گروه بیماران (۹/۸۰±۴/۵۹) بطور معنی‌داری بیشتر از گروه سالم (۸/۳۸±۴/۲۵) بود (p=۰/۰۴۵)، اما سبک‌های مقابله مسئله مدار بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. همچنین تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه در کیفیت زندگی در حیطه جسمی (p=۰/۰۰۰)، حیطه روانشناسی (p=۰/۰۰۱)، حیطه روابط اجتماعی (p=۰/۰۰۷) و حیطه محیطی (p =۰/۰۰۳) مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که بیماران کرونری از کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد سالم برخوردارند و از سبک‌های هیجان مدار مقابله مستقیم و گریز-اجتناب بیشتر از افراد سالم استفاده می‌کنند. بنابراین می‌توان این دو سبک را به عنوان عوامل خطر بیماری کرونری قلب در نظر گرفت.

کلمات کلیدی: بیماری کرونری قلب، سبک‌های مقابله با استرس، کیفیت زندگی.

مقدمه

بیماری‌های کرونری قلب (Coronary Heart Disease) طیف وسیعی از بیماری‌ها مثل ایسکمی خاموش، آنژین مزمن پایدار، آنژین ناپایدار، انفارکتوس میوکارد، کار دیومیوپاتی، ایسکمیک و مرگ ناگهانی قلبی را شامل می‌شوند (۱). بیماری عروق کرونر که همچنان به عنوان بیماری پیشرفته و بهبود ناپذیر باقی مانده است، عامل ۲۶٪ مرگ‌های زودرس در مردان و ۱۶٪ مرگ‌های زودرس در زنان می‌باشد (۲). بیماری عروق کرونر در حال حاضر اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال در ایران می‌باشد (۳). تحقیقات نشان داده که استرس حاد و مزمن، از عمده‌ترین عوامل خطر بروز بیماری قلبی هستند(۴)، اما آنچه بیش از خود استرس اهمیت دارد، نوع مقابله فرد در برابر عامل استرس‌زا است (۵). سبک‌های مقابله‌ای، تلاش‌های فعالانه یا منفعلانه برای واکنش در برابر شرایط و موقعیت‌های استرس‌زا است و شامل سبک‌های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار می‌باشد. سبک‌های مسئله‌مدار مانند مسئله‌گشایی، ارزیابی مثبت دوباره، مسئولیت‌پذیری و جستجوی حمایت اجتماعی با توجه به نقش فعال افراد در رویارویی با استرس، بررسی مسائل تنش‌زا و دور از هیجان به عنوان سبک‌های مقابله‌ای فعالانه شمرده می‌شوند. سبک‌های هیجان‌مدار که شامل مقابله مستقیم، خویشتن‌داری، سبک اجتنابی و سبک انکار به عنوان سبک‌های مقابله‌ای منفعلانه به شمار می‌روند (۶). پژوهشگران معتقدند که بیشتر مردم ترجیح می‌دهند تا از روش‌های مقابله‌ای خاصی در موقعیت‌های استرس‌زا استفاده کنند که در واقع مجموع این راهبردها، سبک‌های مقابله‌ای فرد را تشکیل می‌دهد (۷). یکی از اهداف مهم پژوهش در ارتباط با سبک‌های مقابله‌ای در میان بیماران این است که مشخص کنیم چه نوع سبک‌های مقابله‌ای در جمعیت بالینی خاص با سازگاری بهتری همراه است (۸). برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استفاده از

▣ این مقاله حاصل پایان نامه مریم صادق پور دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می باشد.

* مسئول مقاله: مریم صادق پور
آدرس: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، گروه روانشناسی. تلفن: ۰۱۱-۳۳۰۳۲۸۹۱
E-mail: marisa.marisa8365@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.1.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.7]

سبک‌های مقابله مسئله‌مدار در روند بهبود برخی از بیمارانی که دچار انفارکتوس قلبی بودند، مؤثرتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار بود (۹). Patterson یافته‌هایی در حمایت از رابطه بین سبک‌های مسئله‌مدار و کاهش بیماری عروق کرونر بدست آورد؛ ولی در زمینه سبک‌های هیجان‌مدار، رابطه معنی‌داری نیافت (۱۰). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مقابله‌های هیجانی و ناکارآمد در مواجهه با استرس منجر به افزایش تنیدگی گردیده و در نتیجه موجب افزایش واکنش‌های قلبی–عروقی در بیماران می‌شود (۵).

پژوهش Fernandes و همکاران نشان داد که بین سبک رویارویی مستقیم و بروز CHD در مردان ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۱). Stewart و همکاران دریافتند که سبک جستجوی حمایت جویانه اطلاعات، شایع‌ترین سبک در رویارویی با استرس حاصل از سکته قلبی است (۱۲). Carver و همکاران دریافتند که از بین سبک‌های هیجان‌مدار تنها سبک مقابله مستقیم و سبک خویشتن داری با بروز و تشدید بیماری عروق کرونر ارتباط دارد (۱۳). Bagherian sararoudi و همکاران نشان دادند که تمایل کمتر به استفاده از رویکردهای مسئله‌مدار با علائم اضطراب در بیماران سکته قلبی ارتباط دارد و این بیماران بیشتر تمایل به استفاده از سبک هیجانی دارند (۱۴).

بیماری قلبی در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن به علت ایجاد عوارض ناتوان کننده، تأثیر بسیار حادتری بر کیفیت زندگی دارد، لذا به نظر می‌رسد که اکثر این بیماران به دلیل شرایط خاص بیماری خود، در پاره‌ای از ابعاد کیفیت زندگی دچار اختلال و کاستی شوند (۱۵). بعلاوه بر اساس پژوهش Soltani Shal و همکاران استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای نقش مستقیمی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی دارند (۱۶). کیفیت زندگی حاصل احساس راحتی یا ادراک خوب بودن است و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی می‌باشد (۱۷). کیفیت زندگی نامطلوب با تشدید وخامت بیماری، بقای کمتر، افزایش تعداد روزهای بستری و کاهش فعالیت‌های عملکردی بیماران قلبی همراه است (۱۸). Doustdar و همکاران دریافتند که کیفیت زندگی در بیماران قلبی، پایین‌تر از افراد سالم است و گروه‌هایی که از شیوه مقابله مسئله‌مدار بهره می‌گرفتند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۱۹). Beyranvand و همکاران، دریافتند که کیفیت زندگی بیماران شش تا سی ماه بعد از اولین سکته قلبی حاد کاهش یافته است که این کاهش در مقیاس‌های جسمانی بیشتر از مقیاس‌های روحی روانی بود (۲۰). پژوهش Pournaghash و همکاران نشان دهنده کیفیت زندگی پایین بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر بود (۲۱). این بیماری سبب کاهش توان جسمانی، اختلال در روابط فردی و اجتماعی، کاهش توانایی انجام وظایف شغلی و مشکلات اقتصادی می‌شود. (۲۲). از طرفی چون اختلال در کیفیت زندگی اثر منفی بر وضعیت درمانی بیمار نیز می‌گذارد، نارسایی قلبی می‌تواند عامل ایجاد چرخه‌ای معیوب در این بیماران محسوب شود (۲۳)، بنابراین بررسی کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب می‌تواند بر گستره شناخت ما از وضعیت زندگی این بیماران بیافزاید و کمک کند تا مشکلات بیماران بطور بنیادی‌تر مورد توجه قرار گیرند (۲۴). همچنین شناخت راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد بیماران کرونری می‌تواند در تهیه پروتکل مداخله‌ای به منظور استفاده در توانبخشی آنها استفاده شود. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه سبک‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونری قلب و افراد سالم انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و در دسترس اجرا گردید. بدین منظور ابتدا با توجه به مناطق جغرافیایی استان مازندران، یعنی شرق، مرکز و غرب، مرکز استان به روش تصادفی ساده، انتخاب شد و سپس از بین شهرهای این منطقه ۵ شهر آمل، بابل، ساری، قائمشهر و فریدونکنار، به روش تصادفی ساده انتخاب شدند، و در نهایت از بین بیمارستانهای هر شهر، بیمارستانهای امام رضا آمل، روحانی بابل، رازی قائمشهر، فاطمه زهراء ساری و بیمارستان امام خمینی فریدونکنار به روش تصادفی ساده از طریق قرعه‌کشی انتخاب گردید و به بخش مراقبت های ویژه قلب (ccu) و قلب آنها مراجعه شد، از بین بیماران، ۱۰۰ نفر که واجد شرایط و در دسترس بودند انتخاب و پرسشنامه در اختیار آنها قرار گرفت. نمونه افراد سالم نیز ۱۰۰ نفر بودند که به روش در دسترس از میان همراهان بیماران و همچنین برخی از کارکنان هر بیمارستان، بعد از انجام مصاحبه‌ای کوتاه و اطمینان از عدم سابقه بیماری قلبی– عروقی انتخاب شدند. موافقت بیماران و افراد سالم برای ورود به مطالعه، عدم وجود اختلالات روانپزشکی عمده از طریق انجام مصاحبه با آنها، تشخیص قطعیی بیماری کرونری قلب توسط متخصص قلب برای گروه بیماران، دارا بودن شرایط طبی عمومی مناسب بیماران و عدم وجود هرگونه بیماری قلبی برای گروه سالم که بوسیله مصاحبه‌ای کوتاه با آنها قبل از اجرا بررسی شد، از جمله ملاک‌های ورود به مطالعه برای نمونه‌ها بود.

بیماران در صورت عدم توانایی صحبت کردن به فارسی سلیس بطوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها ایجاد مشکل کند، شرایط طبی عمومی بسیار ضعیف بر اساس نظر پزشک معالج طی زمان بستری، داشتن بیماری‌های دیگر قلبی مانند بیماری دریچه‌ای و سایر نارسایی‌های مادرزادی، عدم تمایل و رضایت آزمودنی برای مشارکت، سکونت در خارج از استان، وارد مطالعه نشدند. از بین بیماران کسانی که بیماری کرونری ثابت شده داشته و تشخیص‌های آنژین مزمن ناپایدار، انفارکتوس میوکارد، بیماری ایسکمی قلبی، و جراحی پیوند بای پس عروق کرونر را توسط متخصص قلب دریافت کرده بودند، وارد مطالعه شدند. با رعایت کدهای اخلاقی و کسب رضایت آگاهانه از هر آزمودنی بیمار و سالم و دادن آگاهی‌های لازم، به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده فقط در پژوهش حاضر استفاده خواهد شد و از هرگونه سوء استفاده محفوظ خواهد ماند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله‌ای Lazarus, Folkman و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، نسخه ۲۶ آیتمی استفاده شد. پرسشنامه جمعیت شناختی نیز شامل برخی مشخصات جمعیت شناختی مانند سن، جنسیت، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل بود (۲۷–۲۵).

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای (CSQ)، شامل چهار سبک مقابله مسئله‌مدار (سبک‌های حل مسئله، ارزیابی مثبت دوباره، مسئولیت‌پذیری و جستجوی حمایت اجتماعی) و چهار سبک مقابله هیجان‌مدار (سبک‌های رویارویی مستقیم، خویشتن داری، اجتنابی و انکار) است. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌های سبک مسئله‌مدار از ۰/۶۰ تا ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌های سبک هیجان‌مدار در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ گزارش شد (۲۵). همچنین طی پژوهشی اعتبار ۰/۸۰ برای هر یک از روش‌های رویارویی گزارش شد. ضریب اعتبار کل آزمون برابر با ۰/۸۴ به دست آمد (۲۶). مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-26) به منظور ارزیابی کیفیت زندگی چهار

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.1.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.7]

حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را ارزیابی می‌کند (۲۷). پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد، که مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه روانی۰/۷۷ و در حیطه‌ی روابط اجتماعی ۰/۷۵، و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر ۰/۸۴ گزارش شد و پایایی این آزمون به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ گزارش شد و ضریب پایایی به روش بازآزمایی پس از دو هفته ۰/۷ محاسبه شد. روایی تمایز این پرسشنامه نیز در تمام حیطه‌ها بررسی و تأیید شد(۲۸). اطلاعات با استفاده از نرم افزار spss ۲۲ و آزمون‌های تی مستقل، کای اسکوار و تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $p<۰/۰۵$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن آزمودنی‌ها ۱۲/۷۳±۵۰ سال بود که از ۲۸ تا ۸۴ سال متغیر بود. اکثریت افراد مورد بررسی در محدوده سنی ۴۱ تا ۶۰ سال (۵۳٪ بیماران کرونری و ۴۶٪ افراد سالم)، مرد (۶۵٪ بیماران کرونری و ۶۲٪ افراد سالم) و متأهل (۹۲٪ بیماران کرونری و ۹۳٪ افراد سالم) بودند. همچنین اکثریت بیماران کرونری (۴۶٪) دارای تحصیلات زیر دیپلم و اکثریت افراد سالم (۳۰٪) دارای تحصیلات لیسانس بودند. به لحاظ جمعیت شناختی دو گروه در متغیر جنسیت و تأهل تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند، اما بین سطح تحصیلات و جنس در دو گروه سالم و بیمار تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p<۰/۰۵$) (جدول ۱).

جدول ۱. مقایسه ویژگی‌های دو گروه افراد سالم و بیمار

متغیر	گروه	بیمار تعداد(درصد)	سالم تعداد(درصد)	P-value
سن (Mean±SD)		۶۶/۵۶±۴۴/۱۰	۴۳/۳۸±۳۱/۱۱	۰۰/۰
جنس	مرد	۶۵(۱/۵۵)	۵۳(۹/۴۴)	۰۸/۰
	زن	۳۵(۷/۴۲)	۴۷(۳/۵۷)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۵۸(۶/۸۰)	۱۴(۴/۱۹)	۰۰/۰
	دیپلم	۲۲(۹/۴۸)	۲۳(۱/۵۱)	
	بالای	۲۰(۱/۲۴)	۶۳(۹/۷۵)	
تأهل	متأهل	۹۲(۷/۴۹)	۹۳(۳/۵۰)	۰۰/۱
	مجرد	۸(۳/۵۳)	۷(۷/۴۶)	

در مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی با وارد کردن متغیرهای سن و تحصیلات به عنوان متغیرهای کوواریانس مشخص گردید که تنها در مقابله مستقیم بین گروه بیمار (۸/۲±۷۵/۸۱) و گروه سالم (۷/۹۵±۲/۸۶) ($p=۰/۰۳۶$)، و گریز–اجتناب، بین گروه بیمار (۹/۸۰±۴/۵۹) و گروه سالم (۸/۳۸±۴/۲۵) اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p=۰/۰۴۵$) و در بقیه موارد اختلاف معنی‌دار نیست. همچنین مشخص شد که در متغیر کیفیت زندگی بین افراد سالم و بیمار در حیطه جسمی ($p=۰/۰۰$)، حیطه روانشناسی ($p=۰/۰۰۱$)، حیطه روابط اجتماعی ($p=۰/۰۰۷$) و حیطه محیطی اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p=۰/۰۰۳$) (جداول۲ و۳).

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره‌های خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای گروه بیماران کرونری قلب با افراد سالم

گروه‌ها	سالم			بیمار کرونری		
شاخص‌ها	SD±Mean	Min	Max	SD±Mean	Min	Max
مقابله مستقیم	۷/۹۵±۲/۸۶	۳	۱۶	۸/۷۵±۲/۸۱	۱	۱۵
فاصله گرفتن	۸/۳۴±۱۳/۳	۲	۱۶	۸/۵۷±۳/۵۵	۱	۱۸
خود کنترلی	۱۰/۴۰±۳/۲۰	۰	۱۹	۱۰/۵۱±۳/۲۴	۲	۲۱
طلب حمایت اجتماعی	۱۰/۲۳±۳/۵۴	۱	۱۸	۱۰/۵۵±۳/۸۴	۲	۱۸
پذیرش مسئولیت	۶/۲۳±۲/۴۱	۰	۱۲	۶/۵۹±۲/۴۹	۰	۱۳
گریز و اجتناب	۸/۳۸±۴/۲۵	۰	۲۳	۹/۸۰±۴/۵۹	۰	۲۲
حل مسأله برنامه ریزی شده	۹/۱۹±۳/۱۵	۱	۱۷	۹/۲۰±۳/۱۳	۱	۱۷
ارزیابی مجدد مثبت	۱۱/۵۷±۳/۴۰	۱	۲۰	۱۱/۵۹±۳/۰۹	۱	۲۰
جسمی	۶۴/۵۰±۱۴/۶۲	۱۳	۹۴	۴۷/۵۱±۱۸/۱۹	۶	۹۴
روانشناختی	۶۴/۵۴±۱۶/۰۶	۶	۹۴	۵۴/۲۷±۱۷/۱۹	۶	۹۴
روابط اجتماعی	۶۴/۴۰±۱۸/۰۹	۶	۱۰۰	۵۱/۹۲±۲۱/۰۳	۶	۱۰۰
محیطی	۶۴/۵۹±۱۳/۳۰	۱۹	۱۰۰	۵۴/۹۰±۱۵/۴۰	۱۹	۹۴

جدول ۳. نتایج مانوا برای نمرات سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی با حذف اثر سن و تحصیلات در دو گروه

متغیر	df	MS	F	P-value
مقابله مستقیم	۱	۳۵/۹۳	۴/۴۴	۰/۰۳۶
فاصله گرفتن	۱	۰/۲۵	۰/۰۲۳	۰/۸۸۱
خودکنترلی	۱	۰/۹۳	۰/۰۸۹	۰/۷۶۵
طلب حمایت اجتماعی	۱	۱۴/۷۶	۱/۰۷	۰/۳۰
پذیرش مسئولیت	۱	۱۴/۸۸	۲/۴۲	۰/۱۱۷
گریز و اجتناب	۱	۷۵/۶۵	۳/۸۳	۰/۰۴۵
حل مسئله برنامه‌ریزی شده	۱	۳/۹۸	۰/۴۰۳	۰/۵۲۶
ارزیابی مجدد مثبت	۱	۰/۳۱۳	۰/۰۲۹	۰/۹۶۵
حیطه جسمی	۱	۴۸۳/۶۸	۲۳/۴۸	۰/۰۰
حیطه روانشناسی	۱	۱۹۰/۷۸	۱۲/۵۲	۰/۰۰۱
حیطه روابط اجتماعی	۱	۴۰/۱۲	۷/۴۶	۰/۰۰۱
محیطی	۱	۲۲۴/۸۱	۸/۷۸	۰/۰۰۳

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که تنها دو زیر مقیاس مقابله مستقیم و گریز– اجتناب در بین دو گروه متفاوت است، بطوریکه بیماران کرونری بیشتر از افراد سالم، از سبک‌های هیجان‌مدار مقابله مستقیم و گریز– اجتناب استفاده می‌کنند. بطور کلی نتایج اغلب پژوهش‌ها، روش‌های مقابله هیجان‌مدار را مهم‌ترین واسطه استرس با بیماری نامیده‌اند و نشان داده‌اند که استفاده از روش‌های هیجان‌مدار با ارزیابی منفی از استرس و در نتیجه میزان استرس بالاتر و کیفیت زندگی پایین‌تر همراه می‌باشد (۲۹). این یافته، با نتایج پژوهش Fernandes و همکاران، همخوانی دارد که نشان دادند بین سبک مقابله مستقیم و بروز CHD در مردان ارتباط

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.1.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.7]

معنی‌دار وجود دارد (۱۱). همچنین با پژوهش Carver و همکاران، نیز مبنی بر اینکه سبک مقابله مستقیم موجب گسترش و تشدید بیماری در مردان مبتلا به CHD می‌شود هم‌سو است (۱۳).

Burker و همکاران، نیز هماهنگ با یافته پژوهش حاضر نشان دادند افرادی که از راهبرد منفی‌تری مثل اجتناب، انکار و خودکنترلی استفاده می‌کنند، در معرض خطر بیماری کرونر قلبی قرار دارند (۳۰). نتایج تحقیق Khanjani و همکاران، نیز نشان داد که از بین هشت سبک مقابله‌ای فقط سبک گریز- اجتناب، متغیر خوبی برای پیش‌بینی بیماری کرونری قلب محسوب می‌شود و سبک مقابله‌ای اجتناب، که شیوه‌ای منفی و هیجانی در برخورد با رویدادهای استرس‌زای زندگی است، مانع بروز احساسات و هیجانات فرد می‌شود و نوعی بازداری عاطفی ایجاد می‌کند و ازجمله عوامل خطرسازی می‌باشد که فرد را مستعد ابتلا به بیماری‌های عروق کرونر می‌کند (۳۱).

یک تبیین احتمالی یافته آن است که با اجتناب از موقعیت مشکل زا نه تنها مشکل حل نمی‌شود بلکه احتمال تشدید آن و فشار روز افزون آن بر فرد وجود دارد. در این وضعیت فرد برای فراموشی و دوری از مشکل دست به اعمال خطرزایی مانند سوء مصرف دارو و مواد، پرخوری، سیگار و غیره می‌زند که همگی بر سلامت قلب تأثیر منفی دارند. همچنین می‌توان این یافته را با نتایج تحقیق Gerin و همکاران، هماهنگ دانست که نشان دادند بین سبک هیجان‌مدار و بروز بیماری عروق کرونر ارتباط معنادار و مثبت وجود دارد، در حالی که سبک‌های مسئله‌مدار احتمال بروز CHD را کاهش می‌دهد (۳۲).

هماهنگ با این یافته، نتایج پژوهش Abdollahian و همکاران، نیز نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای بیماران کرونری مبتنی بر واکنش هیجانی بطور معنی‌داری بیش از گروه شاهد سالم بود (۳۳). همچنین نتایج تحقیق Akbari و همکاران، نیز نشان داد بین سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و بیماری کرونر قلب ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۶). می‌توان از سبک هیجان‌مدار به عنوان یک عامل تهدید کننده سلامت عروق قلبی یاد کرد. تغییر شیوه های برخورد با استرس و سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند در کاهش ابتلا به بیماری‌های عروق کرونر نقش مهمی ایفا کند (۳۳).

بنابراین در مداخلات در نظر گرفته شده برای این بیماران افزون بر مداخله‌های پزشکی، مداخله‌های روانشناختی همچون، آموزش راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در موقعیت‌های پیشگیری و بازتوانی این بیماران ضروری بنظر می‌رسد. تفاوت‌ها و شباهت‌های نتایج این مطالعه با مطالعات انجام شده می‌تواند ناشی از شباهت‌ها و تفاوت‌ها در بسترهای فرهنگی- اجتماعی باشد. متغیرهای فرهنگی- اجتماعی، نظیر آداب و رسوم، عادات، هنجارهای فرهنگی، حتی جهان بینی و عقاید مذهبی از جمله عوامل مهمی است که می‌تواند سبک‌های مقابله‌ای را تا حد زیادی تحت تأثیر قرار دهد. همچنین یافته‌های این تحقیق نشان داد که بیماران کرونری قلب نسبت به افراد سالم از کیفیت زندگی پایینی در همه زیر مقیاس‌ها برخوردارند.

این یافته با نتایج پژوهش Pressler و همکاران (۳۴)، Hatta و همکاران (۳۵)، Roshan و همکاران (۱۵) و Alizadehgoradel و همکاران (۳۶) همخوانی دارد. همچنین می‌توان یافته‌های پژوهش حاضر را با نتایج پژوهش Nohi و همکاران همسو دانست. آنها نشان دادند، استفاده از روش‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار با کاهش استرس درک شده و بهبود کیفیت زندگی در بیماران کرونری مرتبط می‌باشد (۳۷). در تحقیق Tung و همکاران نیز مشخص شد استفاده بیشتر از سبک‌های مقابله مسئله‌مدار با کیفیت زندگی بهتر همراه است، و ترویج استفاده از سبک‌های مقابله مسئله‌مدار برای رسیدن به کیفیت زندگی مطلوب در روند درمان CHD ضروری است (۳۸).

بررسی‌های Dunderdale و همکاران نیز که عنوان کردند کاهش کیفیت زندگی یک مشکل لاینفک در بیماران قلبی است به نحوی که، کیفیت زندگی در بیماران قلبی به دلیل علائم جسمانی بیماری، تأثیرات منفی ناشی از درمان و محدودیت‌های اجتماعی ایجاد شده در اثر بیماری آسیب می‌بیند (۳۹)، در تأیید یافته‌های این تحقیق است. نتایج پژوهش Heidarzadeh و همکاران نشان داد از میان زیر مقیاسهای کیفیت زندگی، بیماران قلبی در ابعاد جسمی و روانی دارای کیفیت زندگی نامطلوب بوده و تفاوت معنی‌داری با جمعیت سالم دارند اما در بعد اجتماعی دارای کیفیت زندگی مطلوب بوده و در این بعد تفاوتی با جمعیت سالم ندارند (۴۰)، بنابراین در بعد اجتماعی می‌توان نتایج پژوهش حاضر را با نتایج پژوهش Heidarzadeh و همکاران در تناقض، و در بقیه ابعاد همسو دانست. تفاوت‌ها و شباهت‌های یافته‌های این مطالعه با دیگر مطالعات را می‌توان به علت تفاوت در متدولوژی و نوع ابزار دانست و این تفاوت‌ها بخوبی تفاوت در یافته‌ها را تبیین می‌نماید.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که این بیماری غیر از علائم و نشانه‌های مخصوص آن، تغییرات شرایط فیزیکی، تظاهرات روانی شدید، از بین رفتن امنیت کاری، کم شدن مدت زمان فعالیت‌های تفریحی و ارتباطات اجتماعی، آیندهٔ اضطراب آور و اختلال در روابط بین افراد را به دنبال دارد، بنابراین شرایط فیزیکی، جسمی، روانی و محیطی این بیماران موجب کیفیت زندگی پایین شان می‌شود.

بعلاوه رفتارهای فردی مانند عادات تغذیه‌ای نامناسب، فقدان فعالیت جسمانی و ورزش، تنش‌های جسمی و روانی، افزایش وزن، کمبود استراحت و خواب، مصرف سیگار، مصرف الکل و... در بیماران قلبی می‌تواند کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قراردهد. همچنین عوارض روانشناختی و جسمانی بیماری قلبی سبب می‌شود این بیماران از کیفیت زندگی خوبی برخوردار نباشند (۱۵) و همانگونه که نتایج تحقیق نیز نشان داد این اختلال تمام ابعاد کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

محدودیت‌های پژوهش بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم کنترل متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی، هوش‌هیجانی و میزان ویژگی‌های شخصیتی بود. با توجه به نقش عوامل گوناگون در سبک‌های مقابله‌ای بررسی نقش متغیرهای شخصیتی در تعیین سبک‌های مقابله‌ای در یک مدل ترکیبی مشتمل بر دامنه‌ای از سایر متغیرها، پیشنهاد می‌گردد. همچنین با توجه به کیفیت زندگی پایین بیماران قلبی و شیوع بالای این بیماری در کشور، پیشنهاد می‌شود که در این زمینه مطالعات بیشتری صورت گیرد تا با شناسایی عوامل زمینه‌ساز یا تشدیدکننده این بیماری اقدامات پیشگیرانه لازم از طریق ارائه راهکارها و الگوهایی برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش رفتارهای خطرساز این بیماری فراهم شود.

با توجه به نتایج این مطالعه که سبک مقابله هیجان مدار مقابله مستقیم و گریز- اجتناب در بین بیماران کرونری و افراد سالم تفاوت معنی داری داشت و بیماران کرونری نسبت به افراد سالم از سبک‌های مقابله مستقیم و گریز-اجتناب

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.1.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.7]

بیشتر استفاده کردند. بنابراین می‌توان این دو سبک را به عنوان عوامل خطر CHD در نظر گرفت. همچنین بین افراد سالم و بیمار در حیطه جسمی، حیطه روانشناسی، حیطه روابط اجتماعی و حیطه محیطی مقیاس کیفیت زندگی اختلاف معنی داری وجود دارد وکیفیت زندگی در بیماران کرونری در تمام ابعاد بطور معنی داری پایینتر از افراد سالم است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از آقایان دکتر محمد افضلی، دکتر مجید سلیمان‌نژاد و دکتر سید محمد امینی جهت همکاری در این تحقیق، همچنین از پرسنل بیمارستانهای امام رضا (ع) آمل، روحانی بابل، فاطمه‌زهراء(س) ساری، رازی قائمشهر، و امام خمینی فریدونکنار، تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.1.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.7]

A Comparison of Coping Styles and Quality of Life in Patients with Coronary Heart Disease and Healthy People

M.T. Salehi Omran (MD)[1], M. Sadeghpour (MA)*[2], A.A. yaghoubi (PhD)[3], R. Shamsi (GP)[4]

1.Department of Cardiology, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

2.Islamic Azad University of Sari, Sari, I.R.Iran

3.Department of Psychology, Islamic Azad University of Behshahr, Behshahr, I.R.Iran

4.Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 19(3); Mar 2017; PP: 7-14

Received: Jul 23th 2016, Revised: Nov 26th 2016, Accepted: Jan 23th 2017.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: In the medical world one of the most interaction between body and mind are related to coronary heart disease and it is a major cause of morbidity and mortality in the world. For this reason, identifying psychological risk factors in this context is necessary. In this regard, this study was performed with aimed to coping styles and quality of life in CHD patients and healthy individuals.

METHODS: This study was a cross-sectional performed on 100 patients with coronary heart disease and 100 healthy subjects. Data was collected through Lazarus and Folkman coping styles questionnaires that included four problematic coping and four emotion-focused coping style and quality of life of the World Health Organization in four aspects of physical, psychological, environmental and social relationship with demographic characteristics were collected and compared.

FINDINGS: The mean of direct confrontive coping style in patients (8.75±2.81) were significantly more than healthy individuals (7.95±2.86) (p=0.036), the mean of escape-avoidance coping style in patients (9.80±4.59) were significantly more than healthy individuals (8.38±4.25) (p=0.045), and was not found significant difference between two groups in Problem-focused coping style, Also there was a significant difference in quality of life between two groups, in the physical health domain (p=0.000), psychological domain(p=0.001), social relationship domain (p=0.007) and environmental domain (p=0.003).

CONCLUSION: Result showed that the quality of life in CHD patients were lower than healthy individuals and CHD patients used direct confrontive coping style and escape-avoidance coping style, more than healthy individuals. Therefore this two styles can be considered as risk factors for CHD.

KEY WORDS: *Coronary heart disease, Coping styles, Quality of life*

Please cite this article as follows:

Salehi Omran MT, Sadeghpour M, Yaghoubi AA, Shamsi R. A Comparison of Coping Styles and Quality of Life in Patients with Coronary Heart Disease and Healthy People. J Babol Univ Med Sci. 2017;19(3):7-14.

* **Corresponding author: M. Sadeghpour (MA)**

Address: Department of Psychology, Islamic Azad University of Sari, Sari, I.R.Iran

Tel: +98 11 32032891

Email: marisa.marisa8365@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.1.2]

[DOI: 10.22088/jbums.19.3.7]

References

1.Pischke CR, Weidner G, Elliott-Eller M, Scherwitz L, Comparison of coronary risk factors and quality of life in coronary artery disease patients with versus wthout dabetes mellitus. Am J Cardiol. 2006;97(9):1267-73.

2.Nehrir B, Rahmani R, Sadegi M, Ebadi A, Babatabar Darzi H, Sadeghi Sherme M. Quality of life of coronary artery disease patients treated with drug and surgical methods. Nurs Critical Care J 2009; 2(2):67-70. [in Persian]

3.Vahidian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnezhad A. Assesing risk factors of coronary heart disease. 3th Iran-Arab (Middle East) Cardiovascular Congress. 2009.

4.Holmes SD, Krantz DS, Rogers H, Gottdiener J, Contrada RJ. Mental stress and coronary artery disease: a multidisciplinary guide. Prog Cardiovas Dis 2006; 49(2): 106-122.

5.Strickland, OL, Giger JN, Nelson MA, Davis CM. The relationships among stress, coping, social support and weight class in premenopausal African American women at risk for coronary heart disease: J Cardiovasc Nurse 2008; 22: 272-78.

6.Akbari M, Mahmood Aliloo M, Aslanabadi N. Relationship between Stress and Coping Styles with Coronary Heart Disease: Role of Gender Factor. Iran J Psychiat Clin Psycho 2010; 15 (4): 368-376. [in persain]

7.Hamid PN, Yue XD, Leung CM. Adolescent coping in different Chines family environment. J Adolescence. 2003; 38(149):111-3.

8.Christensen AJ, Benotsch E G, Wiebe JS, Lawton WJ. Coping with treatment-related stress: effects on patient adherence in hemodialysis. J Consult Clin Psycho 2002; 63, 454- 9.

9.Keckeisen ME, Nyamathi AM. Coping and adjustment to illness in the acute myocardial infraction patient. J Cardi Nurs 1990; 5: 25-33.

10.Patterson BT. Personality, coping style, emotion and coronary heart disease: Toward on integrative model. Internal J Behav Med 2004; 91: 247-265.

11.Fernandes TB, Linden W, Thompson JM. Hostility and confrontive coping predicts mortality in men with coronary heart disease. J Behav Med 2003; 85: 304-323.

12.Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A, Makrides L. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. J Adv Nurs 2000; 31(6): 1351-1360.

13.Carver CS, Schutz RW, Bru E. Conceptualizing the process of coping in men and women with coronary heart disease: A meta-analysis. J Cardio Pulm Rehabil 2004; 27, 203-224.

14. Bagherian Sararoudi R, Maroofi M, fatolah Gol M, Sanei H. Copig strategies among post myocardial infarction patients with anxiety symptoms. J Babol Univ Med Sci 2010; 12(3): 50-57. [in persain]

15. Roshan R, Mohammadi J, Rajabi MR, Salesi M, Jalali M. A comparison of the factors of life quality and type D personality in patients with Coronary heart disease. J Behav Sci 2013; 7(2): 143-150. [in persain]

16.Soltani Shal R, Aghamohammadian Sharbaf H, Kareshki H. The role of type D personality and emotional intelligence with the mediation of perceived stress and coping strategies in the quality of life for heart patients. J Kermansha Univ Med Sci 2013; 17(8): 449-459. [in persain]

17.Cepeda-Valery B, Cheong AP, Lee A, Yan BP. Measuring health related quality of life in coronary heart disease: the importance of feeling well. Int J Cardiol 2011;149(1): 4–9.

18. Rassart J, Luyckx K, Goossens E, Apers S, Klimstra TA, Moons P. Personality traits, quality of life and perceived health in adolescents with congenital heart disease. Psychol Health 2013; 28: 319-35.

19. Seyed Ali Doustdar SA, Dabaghi P. Evaluating the coping styles and Hemodynamic interaction on quality of life in cardiovascular patients in Mazandaran Hashemi Sh. Medical Sciences hospitals. Nurs & Physician Within War 2015,6(3): 32-39. [in persain]

20.Beyranvand MR, Lorvand A, Alipour Parsa S, Motamedi MR,Kolahi AA. The quality of life after first acute myocardial infarction. Pejouhandeh 2011;15(6): 264-72. [in persain]

21.Pournaghash Tehrani S,Etemadi S, Dehdari T, Gholamali Lavasani M, Sadeghian S. Assessment of the relationship between psychological factors and impotency with quality of life of male patients following CABG. Razi Jof Med Sci 2013;19(104): 34-42. [in persain]

22. Foxwell R, Morley C, Frizelle D. Illness perceptions, mood and quality of life: a systematic review of coronary heart disease patients. J Psychosom Res. 2013; 75: 211-22.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.1.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.7]

23. Sadeghi Sherme M, Alavi Zerang F, Ahmadi F & et al. Effect of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients. J Behav Sci 2009. 3(1): 9-13. [in persain]
24.Merkouris A, Apostolakis E, Pistolas D, Papagiannaki V, Diakomopoulou E, Patiraki E. Quality of life after coronary artery bypass graft surgery in the elderly. Eur J of Cardiovasc Nurs 2009; 8(1):74–81.
25.Lazarns R. S, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer 1984.
26.Rajabi Damavandi G, Pooshneh K, GHobari Bonab B. Relationship between personality characteristics and coping strategies in parents Children with autism spectrum disorders. Res Excep Children 2009; 9(2): 133-144. [in persain]
27.Jalilian M, Mostafavi F, Sharifirad Gh. Association between Self-Efficacy, Perceived SocialSupport and Quality of Life in Patients with Cardiovascular Diseases: A Cross-Sectional Study. J Health Syst Res 2013; 9(5): 531-9 (in Persian).
28.Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majd Zade SR. Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): translation and psychometric Iranian statements. Q J Pub Health & Inst Health Res 2007; 4(4): 1-12. [in persain]
29.Besharat A, Pourang P, Pvrtbayy Sadiqhpoor A, Pournaghash Tehran S. The relationship betweencoping styles and psychological adaptation in the recovery process: patients with coronary heart disease. Tehran Univ Med J 2008; 66 (8): 573-579. [in persain]
30.Burker EJ, Evon DM, Losielle MM, Finkel, JB, Mill ,MR. Coping predicts depression and disability in heart trans plant condidates. J Psychosom Res 2005, 59 (4): 215-222.
31.KHanjani Z, Farooqhi P, Yaghubi A. Psychological risk factors of coronary heart disease: an analysis of the role of personality and coping style in heart patients. J Tabriz Univ Med Sci 2010, 32(3): 30-34. [in persain]
32.Gerin W, Scheier MF, Pozo C. The multidimensional nature of active coping: Differential of effort and enhanced control on cardiovascular-reaction. J Psychosom Med 1998 , 57, 707-719.
33.Abdollahian E, Mokhber N, Kafaei Razavi Z. Comparison of coping responses and major life events in patients with coronary artery disease. Q J Fund Ment Health 2006; 29&30(8): 37-42. [in persain]
34.Pressler SJ, Subramanian U, Kareken D, Perkins SM, Gradus-Pizlo I, Sauve MJ. Cognitive deficits and health-related quality of life in chronic heart failure. J Cardiovasc Nurs 2010; 25(3): 189-98.
35.Hatta M, Joho S, Inoue H, Origasa HA. health-related quality of life questionnaire in symptomatic patients with heart failure: validity and reliability of a Japanese version of the MRF28. J Cardiol 2009; 53(1): 117-26.
36.Alizadehgoradel J, Tabansadeghi MR, Sadeghi B, Ezzati D. Relationship between quality of life and Type-D Personality with Coronary Heart Disease: Role of Gender Factor. J Health & Care 2013; 1&2 (15): 26-34.
37.Nohi E,Abdolkarimi M, Rezaeian M. Quality of Life and its Relationship with Stress and Coping Strategies in Coronary Heart Disease Patients. J Rafsanjan Univ Med Sci 2011; 10(2): 127-37. [in persain]
38.Tung H H, Hunter A, Wei J. Coping, anxiety and quality of life after coronary artery bypass graft surgery. J Adv Nurs 2008; 61: 651–663. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04557.x
39.Dunderdale K, Thompson DR, Miles J, Beer SF, Furze G. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? Eur J Heart Fail 2005; 7: 572-582.
40. Heidarzadeh M, Hasani P, Rahimzadeh A, Ghahramanian A, Kolahdouzipour J, Yousef I. Quality of life and social support in congestive heart failure patients and healthy people. J Nurs & Midwifery 2013; 69(23): 13-2.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.19.3.1.2]
[DOI: 10.22088/jbums.19.3.7]