بررسی تأثیر متقابل سبک‌های مقابله و همودینامیک بر کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی بستری در بیمارستان‌های علوم پزشکی مازندران

دوستدار طوسی[1] و پرویز دباغی[2]

۱- دانشگاه فرهنگیان مازندران و نویسنده مسئول. ۲- گروه روانشناسی بالینی ۳- دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آجا

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
مقاله کارآزمایی بالینی

تاریخچه مقاله
ارسال مقاله: ۹۳/۵/۱۳
پذیرش نهایی: ۹۳/۱۱/۲۱

کلید واژگان :
بیماری های قلبی- عروقی
سبک های مقابله
کیفیت زندگی
همودینامیک

نویسنده مسئول :
EMAIL:
s.ali_doustdar@yahoo.com

چکیده

مقدمه: امروزه الگوی حاکم بر بیماری، الگوی زیستی- روانی و اجتماعی است. در این الگو انسان به عنوان موجودی چند بعدی است و هر یک از ابعاد زیستی-روانی و اجتماعی او به صورت نظامهای تعاملی عمل می‌کنند و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. این پژوهش به بررسی تأثیر سبک‌های مقابله با استرس و همودینامیک بر کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی می پردازد.

روش کار: روش تحقیق پس رویدادی (علیّ-مقایسه ای) بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران قلبی- عروقی بیمارستان‌های فاطمه الزهرا و نیمه شعبان و افراد سالم شهرستان ساری تشکیل می‌دادند. نمونه این تحقیق ۲۳۲ نفر شامل تعداد ۸۷ نفر افراد سالم، ۷۷ نفر از بیمار قلبی- عروقی سکته‌ای بستری و ۶۸ نفر بیماران قلبی غیر سکته‌ای بودند.

یافته ها: نتایج این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران قلبی، پایین‌تر از افراد سالم و در بیماران قلبی سکته‌ای، پایین‌تر از بیماران قلبی غیر سکته‌ای قرار دارد. علاوه بر این نتایج تحقیق نشان داد که متغیر همودینامیک از جمله تغییرات فشار خون و ضربان قلب در بیماران قلبی و سکته‌ای، قبل و بعد از آزمون یکسان نبود.

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق نشان داد که در تمامی مولفه‌های کیفیت زندگی در بین گروه‌های مختلف سبک‌های مقابله‌ای تفاوت معنادار مشاهده شد. همچنین در برخی از مولفه‌های همودینامیک، قبل و بعد از آزمون، تفاوت معناداری بین گروه های آزمودنی وجود داشت.

مقدمه

در شرایط عمومی، کیفیت زندگی ممکن است به عنوان یک ساختار چند بعدی شامل ادراک ذهنی فرد از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی، که شامل جزء شناختی (رضایت) و عاطفی (خوشحالی) شناخته شود، که تصور میشود متاثر از عواملی چند از جمله فشار روانی باشد (۱). فشار روانی در بلند مدت تأثیرات جسمی، روانی و عصبی متعددی به جای می گذارد و توانایی بدن را در مقابله کاهش میدهد. پیشرفت تکنولوژی تغییر و تحول و رفاه نسبی را برای بشر به ارمغان آورده است، اما سازگاری زیستی– روانی و اجتماعی را دشوار نموده است. از طریق کنترل رویدادهای استرس زای زندگی و محدود کردن اثرات آنها میتوان آغاز و تشدید بیماری را به تأخیر انداخت. بررسی حالات و خصیصه های روانشناختی و ویژگیهای شخصیتی و ارتباط آن با سلامت و بیماری، فرایندی است که میتواند به بشر در پیشگیری و درمان بیماری کمک کند. پیامد اصلی چنین بیماری‌هایی، اختلال در توانایی عملکردی و ایجاد محدودیت در وظایف شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی بوده و سبب انزوای اجتماعی و افسردگی آنان میگردد (۲). سکته قلبی[1] یکی از شایعترین بیماریهای بشری است که به دلیل پیامدهای بروز ناگوار آن مورد توجه خاص قرار گرفته است. درحال حاضر بیماریهای قلبی- عروقی بیشترین آمار مرگ و میر دنیا را به خود اختصاص داده است (۳و۴) و پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ نیز همچنان عامل اول مرگ و میر در دنیا خواهد بود. در این ارتباط میتوان به عوامل روانشناختی تأثیرگذار در ایجاد نارسایی قلبی اشاره کرد که نمونه مهم آن استرس روانی- اجتماعی است. یافته های پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان میدهد تجربه سکته قلبی به عنوان عاملی استرسزا، بروز علائم اضطراب را تا چند برابر افراد عادی افزایش می دهد. تنش های هیجانی و استرسه ای روانی- اجتماعی از عوامل خطرساز بیماری کرونری قلب هستند. این عوامل از طریق مکانیسم های روانی فیزیولوژیک و تحریک سیستم عصبی خودکار به صورت واکنش های قلبی- عروقی به استرسور عمل می کنند و به بروز این بیماری میانجامد (۵).

بیماران سکته قلبی ممکن است طیفی از آشفتگیهای پس از تروما را تجربه نمایند که می تواند موجب به کارگیری سبک های مقابله ای غیرانطباقی شود. از طرف دیگر چه بسا مقابله های غیرانطباقی موجب بروز آشفتگی های روانشناختی گردد (۶). افزون بر این استرس با تأثیر بر فعالیت هورمون‌ها به ویژه ترشح کاتکولامین‌های غدد فوق کلیوی موجب بینظمی ضربان قلب، افزایش فشارخون، رسوب کلسیم نابهنجار و کلسترول زیان بار در دیواره عروق کرونر میشود. بنابراین استرس هم به عنوان یک عامل خطر مستقل و هم با تأثیر بر سایر عوامل (افزایش فشار خون، رسوب کلسیم) احتمال بروز بیماری قلبی- عروقی و انفاراکتوس را افزایش می‌دهد. همچنین استرس امکان دارد موجب بی‌نظمی در ضربان قلب و حمله قلبی و مرگ ناگهانی شود (۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این بیماران رویدادهای استرس‌زای بیشتری را در دو سال پیش از ابتلاء به بیماری داشته‌اند (۸). در عین حال، شواهد نشان می‌دهد که حتی موقعیت‌های پرتنش، در همه افراد همواره به بیماری و عدم سازش منجر نمی‌شود (۹). پژوهشگران معتقدند عوامل تعدیل‌کننده در رابطه بین استرس و بیماری دخالت می‌کنند. یکی از مهم‌ترین این عوامل، سبک‌های مقابله‌ای و نوع واکنشی است که افراد در برابر مسایل

1- Myocardial infarction -MI

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

اســترس‌زا، از خود بروز می‌دهند (۱۰). بنابراین مهمتر از استرس و سبک زندگی مفهوم مقابله است که به ما در درک مفهوم سازگاری و ناسازگاری کمک می‌کند. زیرا این اســترس نیســت که باعث اختلال در عملکرد فرد و احســاس فشار بر فرد می‌شــود بلکه چگونگی برخورد فرد با استرس و نحوه کنترل آن اســت که تعیین‌کننده می‌باشــد و مقابله را تغییر مداوم تلاش‌های رفتاری و شــناختی به منظور جامعه عمل پوشاندن به نیازهای ویژه داخلی یا خارجی می‌دانند که فشــار یا زیاده‌روی در منابع شــخص، ارزیابی می‌شود. بنابراین مقابله با استرس یک فرایند است و کوشش برای اداره موقعیتی اســت که فرد در آن قرار دارد (۱۱). نیامتی و کچینســن نشــان دادند که چنانچه این بیماران مقابله های مســئله مدار را بیشــتر از مقابله‌های هیجانمدار مورد اســتفاده قرار دهند، ســازگاری اجتماعی و روانشــناختی بهتری خواهند داشــت. موضوع دیگر، راهبردهای مقابله با اســترس است که در روانشناسی سلامت برای ســبک های مقابله ای در ســلامت جســمانی و روانی اهمیت زیــادی قائل اســت و آن را به عنوان گســترده ترین موضوع مطالعاتی در روانشناسی معاصر و یکی از مهم ترین عوامل روانی و اجتماعی می داند که رابط بین اســترس و بیماری اســت (۱۲). فولکمن و لازاروس مقابله را فرایندی پیچیده می دانند که با توجه به ارزیابی هایی که فرد از موقعیت اســترس زا و فشــارهای آن موقعیت دارد، تغییــر می کند و تلاشــهای رفتاری- شــناختی فعــال فرد را در بر می‌گیرد (۱۳). پژوهشــگران معتقدند که بیشتر مردم ترجیح می‌دهند تا از روش‌های مقابله‌ای خاصی در موقعیت‌های استرس‌زا استفاده کنند که در واقع مجموع این راهبردها، ســبک‌های مقابله‌ای فرد را شکل می‌دهد (۱۴). راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شــناختی و رفتاری فرد اســت که در جهت تعبیر و تفســیر و اصلاح یک وضعیت تنش زا به کار می رود و منجر به کاهش رنج ناشــی از آن می شــود (۱۵). لذا هدف اساســی محققان تحقیق حاضر پاســخگویی به این سئوال اصلی می‌باشد که ســبک‌های مقابله با اســترس و همودینامیک چــه تأثیری بر کیفیت زندگــی بیماران قلبی- عروقی دارد. همچنین در این تحقیق به بررســی تطبیقی کیفیــت زندگی در بیماران قلبی-عروقی و افراد ســالم مبادرت ورزیده شده است.

روش کار

روش ایــن تحقیق زمینه‌یابــی از نوع توصیفی و علّی- مقایســه‌ای بود. جامعه آماری شــامل کلیه بیماران قلبی- عروقی بیمارستان‌های فاطمه الزهرا و نیمه شــعبان و افراد سالم (کارکنان دانشگاه فرهنگیان و ادیب) شهرستان ساری بود. در این مطالعه ۲۳۲ نفر حجم نمونه را تشکیل می دادند که ۸۷ نفر آن از گروه ســالم، ۶۸ نفر بیماران قلبی بدون ســکته و ۷۷ نفر بیماران قلبی سکته ای بودند. مشارکت کنندگان با استفاده از روش نمونه گیری در دســترس انتخاب شــدند. منظور از گروه اول افراد سالم و گروه دوم بیماران قلبی بدون ســکته و گروه ســوم بیماران سکته ای می باشد. در این پژوهش، بیمارانی که برای درمان به بخش آنژیوگرافی بیمارســتان‌های فاطمه‌الزهرا و نیمه شــعبان مراجعــه کرده بودند، پس از تشــخیص پزشــک متخصــص در دو گروه بیمارن قلبی بدون ســکته و بیماران قلبی ســکته‌ای مــورد آزمون قرار گرفتنــد. انتخاب نمونه به روش نمونه گیری در دســترس بود. برای تعیین گروه گواه افراد ســالم کارکنان دانشــگاه فرهنگیان و ادیب انتخاب شــدند. شرکت در پژوهش بــرای تمامــی افراد هر گروه اختیاری بود، بــه جهت ضرورت و دقت در اجرای تست توجه و ظرفیت ذهنی که به صورت انفرادی از طریق رایانه عمل می شد، پژوهشــگر جهت رفع ابهامات احتمالی مشارکت‌کنندگان در محل حضور داشــت. ترتیب اجرای مقیاس‌ها در هر سه گروه یکسان بود. اطلاعات به دســت آمــده در این تحقیق با اســتفاده از آزمون‌های آماری مقایســه میانگین‌ها تحلیل شــدند.

برای گردآوری داده‌ها در این مطالعه، ابزارهای زیر به کار برده شد:

۱-پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زا[1] (CISS): این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر[3] (۱۹۹۰) طراحی شد. این آزمون شامل ۴۸ سئوال اســت. که سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان مدار و اجتنابــی را در بر می‌گیرد. پاســخ‌های هر ســؤال بــا روش لیکرت از هرگز (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵) مشــخص شــد. در نهایت، سبک مقابله غالب فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون کســب می‌کرد، تعیین گردیــد. در پژوهــش حاضر، ضریــب پایایی برای هر یک از ســبک‌های مســئله‌مدار، هیجان‌مــدار و اجتنابــی به ترتیــب ۰/۷۵ ، ۰/۸۲ و۰/۷۳ به دســت آمــد. حداکثر نمره برای هر مقوله (عبــارت) نمره ۵ و حداقل ۱ می‌باشــد. مشــارکت‌کننده باید به همه سوالات پاســخ بدهند. دامنه تغییر نمره ســه نوع رفتار مقابله‌ای به این شــکل اســت که نمره هریک از راهبردهای مقابله‌ای ســه گانه؛ یعنی مســئله‌مداری، هیجان‌مداری و اجتنابی از ۱۶ تا ۸۰ می‌باشــد. به عبارتــی راهبرد مقابله‌ای غالب فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون کســب می‌کند، مشــخص می‌شود، یعنی هر کدام از رفتارها نمره بالا در پرسشــنامه کســب می‌کند، آن رفتار به عنوان راهبرد مقابله‌ای اصلی فرد در نظر گرفته می‌شــود (۱۶). در ایران نیز چندین پژوهش، پرسشــنامه مذکور را بر نمونه‌های متفاوت محاسبه کــرده اند، نتایج تحقیقات داخل کشــور بیانگر معتبر بودن پرسشــنامه مورد نظر اســت و جعفرنژاد (۱۳۸۲) ضریب آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۸۳،۰/۸۰ و ۰/۷۲ بــرآورد کــرد (۱۷).

۲-پرسشــنامه کیفیت زندگــی[4] (SF- ۳۶): این پرسشــنامه برای ادراک افراد از ســلامتی، خود ابزار مناسبی اســت. این پرسشنامه ۳۶ سئوال را در بــر میگیرد که هشــت خرده مقیاس مرتبط با ســلامت را می‌ســنجد که شــامل، عملکرد جســمانی، محدودیت ایفای نقش ناشــی از وضعیت جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی و سلامت عاطفی می‌باشد .به طور کلی اولین نســخه فرم کوتاه ۳۶ ســئوالی در سال ۱۹۸۸ و نسخه نهائی ابزار در سال ۱۹۹۰ ارائه شده است. تاکنون مطالعات متعددی برای تایید اعتبار و پایائی فرم کوتاه ۳۶ -SF در آمریکا و سایر کشورها صورت پذیرفت است. این پرسشــنامه توسط گالاپ (گروهی از متخصصین پیرو روانشناســی مثبت دانشگاه میسوری امریکاه) تهیه و در انگلیستان توسط برازیر و همکارانش آزمایش شــد. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ گزارش شــد، غیر از عملکرد اجتماعی که ۰/۷۵ به دســت آمد برای اولین بار در ایران منتظری و همکاران (۲۰۰۵) ۶۱۹۳ نفر در رده ســنی ۱۵ ســال به بالا را ارزیابی کردند که بیشــتر ایــن افراد متاهل بودند، ضریب پایایی در هشت بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به غیر از بعد سرزندگی ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشــان دادند که نســخه ایرانی این پرسشــنامه از روایی و اعتبار بالایی برای اندازه گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت عمومی، برخوردار است (۱۰ و ۱۱).

1- Coping in Stressful Situations Questionnaire

2- endler

3-parker

4- Short Form Inventory

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

یافته‌ها

جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب متغیرهای زمینه ای

گروه‌های مورد بررسی	جنس		سن			تحصیلات			شغل	
	مرد	زن	کمتر از ۳۵ سال	بین ۳۶ تا ۵۵ سال	بالاتر از ۵۶ سال	پایین تر از دیپلم	بالاتر از دیپلم	کارگر	کارمند	خانه دار
افراد سالم	۵۴	۳۳	۳۸	۴۷	۲	۳۳	۵۴	۱۸	۶۰	۹
بیماران بدون سکته	۳۸	۳۰	۸	۳۹	۲۱	۳۴	۳۴	۲۰	۳۰	۱۸
بیماران سکته‌ای	۵۳	۲۴	۴	۴۹	۲۴	۴۶	۲۳۱	۳۱	۲۹	۱۷
جمع کل	۱۴۵	۸۷	۵۰	۱۳۵	۴۷	۱۱۳	۱۱۹	۶۹	۱۱۹	۴۴

جدول فوق نشـان‌دهنده اطلاعـات و ویژگی‌های فردی می‌باشـد. نتایج حاکی از آن است که ۱۴۵ نفر (۶۲/۵ درصد) از شرکت‌کنندگان در این تحقیـق مرد و ۸۷ تفر (۳۷/۵ درصد) زن بودنـد. ۶۲/۱ درصد (۵۴ نفر) از پاسـخگویان سـالم، مرد و ۳۷/۹ درصد (۳۳ نفـر) زن بودند. در میان بیماران قلبی بدون سکته نیز ۵۵/۹ درصد مرد و ۴۴/۱ درصد زن بودند. این در شـرایطی اسـت که ۵۳ نفر (۶۸/۸درصد) از بیماران دارای سابقه سـکته قلبـی مـرد و ۲۴ نفر (۳۱/۲ درصـد) زن بودند. نتایـج در مورد ویژگی‌های سـنی نشـان می‌دهد که ۳۸ نفر(۷۶/۰ درصد) از پاسخگویان درصد) از افراد پاسخگو، سالم و ۶۸ نفر (۲۹/۳ درصد) بیماران فاقد تجربه سـکته و ۷۷ نفر(۳۳/۲ درصد) بیماران دارای سابقه سکته بودند. وضعیت تحصیـلات آزمودنی در جدول فوق نشـان می‌دهـد در مجموع ۱۱۳ نفر (۴۸/۷ درصد) از پاسـخگویان پایین تر از دیپلم بودند و ۱۱۹ نفر (۵۱/۳ درصد) تحصیلات بالاتر از دیپلم داشـتند. در گروه افراد سالم ۳۸ درصد مدرک پایین‌تر از دیپلم و در گروه بیماران قلبی این نسبت به ۵۰/ درصد رسیده و این در حالی است که افراد دارای سابقه سکته قلبی ۵۹/۷ درصد پایین تر از دیپلم بودند.

جدول ۲: توزیع میانگین وانحراف معیارسبک‌های مقابله‌ای به تفکیک افراد سالم و بیماران قلبی وسکته‌ای وتحلیل آن با استفاده از آزمونANOVA

گروه آزمودنی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون F	سطح معناداری (sig)
افراد سالم	۸۷	۱/۲۱	۰/۵۷	۶۷/۸	۰/۰۰۰
بیماران غیرسکته‌ای	۶۸	۲/۰۵	۰/۵۲		
بیماران سکته‌ای	۷۷	۲/۳۱	۰/۶۱		
مجموع	۲۳۲	۱/۸۲	۰/۷۹		

سـالم، زیر ۳۵ سال سن داشـتند. درگروه بیماران قلبی بدون سکته این تعداد ۸ نفر (۱۶/۰ درصد) و در گروه بیماران با سکته ۴ نفر (۸/۰ درصد) بودنـد. ۴۷ نفر، (۳۴/۸ درصد) از افراد سـالم بین ۳۶ تا ۵۵ سـال سـن داشتند.

در حالی که در گروه بیماران بدون سـکته‌ای ایـن میزان ۳۹ نفر (۲۸/۹ درصد) و در بیماران سـکته‌ای ۴۹ نفر (۳۶/۳ درصد) بوده اسـت. ۲ نفر از افراد سـالم، دارای ۵۶ سـال سـن و بالاتر بودند درحالـی که ۲۱ نفر بدون سکته و ۲۴ نفر دارای سکته قلبی بودند. در مجموع، ۸۷ نفر(۳۷/۵

برای مقایسـه سـبک‌های مقابله‌ای در گروه‌های مـورد مطالعه از آزمون آنوا اسـتفاده گردید که نتایج آن در جدول ۲ درج شـده اسـت. یافته‌ها نشـان می‌دهد که در میان گروه‌های مختلف به لحاظ سـبک‌های مقابله، تفاوت معناداری وجود دارد (سـطح معنـا داری ۰/۰۰۰). این بدان معنی اسـت که گروه بیماران قلبی بدون سکته در سبک مقابله به نسبت گروه سالم میانگین بالاتری داشتند. و همین طور بیماران قلبی سکته‌ای نسبت بـه هر دو گروه سـالم و بیماران قلبی از میانگین بالاتری در سـبک‌های مقابله‌ای برخوردار بودند.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

جدول ۳: توزیع میانگین وانحراف معیار کیفیت زندگی به تفکیک افراد سالم و بیماران قلبی وسکته‌ای وتحلیل آن با استفاده از آزمون کروسکال والیس

متغیر	گروه آزمودنی	تعداد	میانگین	کای اسکوئر	درجه آزادی	سطح معناداری (SIG)
عملکرد جسمانی	مسئله مدار	۹۶	۱۶۳/۲۴	۸۴/ ۴۸۸	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۷۹	۷۵/۵۵			
	اجتنابی	۵۶	۹۲/۰۷			
	مجموع	۲۳۱				
محدودیت نقش جسمانی	مسئله مدار	۹۶	۱۴۵/۷۷	۳۴/۹۶۷	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۷۹	۹۲/۲۲			
	اجتنابی	۵۶	۹۸/۵۱			
	مجموع	۲۳۱				
درد جسمانی	مسئله مدار	۹۶	۱۶۰/۵۵	۷۴/۳۴۷	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۷۹	۸۱/۹۳			
	اجتنابی	۵۶	۸۷/۶۹			
	مجموع	۲۳۱				
سلامت عمومی	مسئله مدار	۹۶	۱۶۰/۰۲	۷۱/۵۱۶	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۷۹	۸۴/۸۱			
	اجتنابی	۵۶	۸۴/۵۴			
	مجموع	۲۳۱				
نشاط	مسئله مدار	۹۶	۱۵۸/۲۷	۶۶/۴۷۰	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۷۹	۸۳/۱۷			
	اجتنابی	۵۶	۸۹/۸۵			
	مجموع	۲۳۱				
عملکرد اجتماعی	مسئله مدار	۹۶	۱۵۲/۹۷	۵۱/۹۲۰	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۷۹	۹۰/۴۱			
	اجتنابی	۵۶	۸۸/۷۱			
	مجموع	۲۳۱				
مشکلات نقش هیجانی	مسئله مدار	۹۶	۱۵۰/۴۳	۴۷/۱۵۲	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۷۹	۹۲/۲۷			
	اجتنابی	۵۶	۹۰/۴۶			
	مجموع	۲۳۱				
سلامت روانی	مسئله مدار	۹۶	۱۵۶/۷۰	۶۱/۶۵۵	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۷۹	۸۳/۷۸			
	اجتنابی	۵۶	۹۱/۶۷			
	مجموع	۲۳۱				
نمره عملکرد فیزیکی	مسئله مدار	۹۶	۱۶۳/۵۴	۸۴/۱۴۲	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۷۹	۷۷/۳۷			
	اجتنابی	۵۶	۸۹/۰۰			
	مجموع	۲۳۱				
نمره عملکرد روانی	مسئله مدار	۹۶	۱۵۴/۰۲	۵۳/۲۳۹	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۷۹	۹۰/۱۴			
	اجتنابی	۵۶	۸۷/۳۰			
	مجموع	۲۳۱				

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

در نتیجه افراد این گروه بیشتر در معرض آسیب قرار داشتند. هیجان مدار بود. بر این اساس پایینترین کیفیت زندگی به گروههای اجتنابی

جدول ۴: آزمون مقایسه عملکرد همودینامیک براساس سبک های مقابله با استفاده از آزمون کروسکال والیس

متغیرها	سبک های مقابله	تعداد	میانگین رتبه	درجه آزادی	سطح معناداری (sig)
ضربان قلب بعداز تست (بعداز ۲ آزمون برای تعیین سطح توجه وحافظه)	مسئله مدار	۹۶	۱۰۱/۰۸	۲	۰/۰۰۲
	هیجان مدار	۸۰	۱۱۷/۷۰		
	اجتنابی	۵۶	۱۴۱/۲۱		
	جمع	۲۳۲			
فشارسیستولیک	مسئله مدار	۹۶	۹۹/۸۵	۲	۰/۰۰۶
	هیجان مدار	۸۰	۱۲۸/۰۱		
	اجتنابی	۵۶	۱۲۸/۵۹		
	جمع	۲۳۲			
درصدتغییرات ضربان قلب بعد از تست	مسئله مدار	۹۶	۹۷/۷۶	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۸۰	۱۱۸/۸۶		
	اجتنابی	۵۶	۱۴۵/۲۶		
	جمع	۲۳۲			
درصد تغییرات فشارسیستولی ک پس ازآزمون	مسئله مدار	۹۶	۹۶/۵۳	۲	۰/۰۰۱
	هیجان مدار	۸۰	۱۳۴/۱۸		
	اجتنابی	۵۶	۱۲۵/۴۹		
	جمع	۲۳۲			
زمان خواب معمول	مسئله مدار	۹۶	۹۲/۷۰	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۸۰	۱۲۳/۰۳		
	اجتنابی	۵۶	۱۴۷/۹۶		
	جمع	۲۳۲			
زمان تمایل به خواب	مسئله مدار	۹۶	۱۴۵/۸۰	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۸۰	۹۴/۹۸		
	اجتنابی	۵۶	۹۷/۰۳		
	جمع	۲۳۲			
درصد خواب شبانه	مسئله مدار	۹۶	۱۴۶/۸۵	۲	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	۸۰	۹۶/۵۹		
	اجتنابی	۵۶	۹۲/۹۰		
	جمع	۲۳۲			

برای مقایسه کیفیت زندگی در سبک های مقابله از آزمون کروسکال والیس استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ درج شد. یافته نشان میدهد، در تمامی مولفه‌های کیفیت زندگی در بین گروه های مختلف سبک های مقابله تفاوت معنادار (سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵۰) مشاهده می شود. با توجه به این نتایج گروه‌هایی که ازشیوه مقابله مسئله مدار بهره می‌گرفتند، ازکیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردار بودند. همچنین گروههایی که شیوه مقابله هیجان مدار داشتند، نیز کیفیت زندگی بالاتری نسبت به گروه های اجتنابی مدار داشتند. بررسی مولفه های جدول حاکی از آن است که به لحاظ عملکرد جسمانی، افراد با سبک مقابله مسئله مدار میانگین رتبهای ۱۶۳/۲۴، هیجان مدار، با ۷۳/۵ و افراد اجتنابی مدار ۹۲ کسب کردند. در سایر مولفه ها نیز این وضعیت وجود داشت و میانگین گروه های مسئله مدار به مراتب بالاتر از گروه های اجتنابی و مدار تعلق داشت.

برای مقایسه همودینامیک در سبکهای مقابله از آزمون کروسکال والیس استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ درج شد. بر اساس این نتایج، در مولفه های مختلف سازنده همودینامیک در تغییرات ضربان قلب و درصد تغییرات آن و تغییرات فشار خون و درصد تغییرات آن، همچنین فشار خون سیستولیک و خواب معمولی شبانه قبل تست و بعد از تست، در بین گروههای مختلف تفاوت معناداری مشاهده شد. بررسی نتایج نشان می‌دهد گروه که از شیوه مقابله هیجان مدار بهره می گرفتند، از میانگین همودینامیک بالاتری برخوردار بودند. گروه های دارای شیوه مقابله اجتنابی در تمامی مولفه ها به جز درصد خواب شبانه در مقایسه با مدت زمان معمول خواب قبل از تست میانگین رتبه بالاتری نسبت به گروه های هیجان‌مدار داشتند. یعنی فعالیت ذهنی تغییرات

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

فیزیولوژیکی بیشتری را در این افراد ایجاد می کند. از این رو، سطح معناداری محاسبه شده در گروه های سبک های مقابل های هیجان مدار و اجتناب مدار در تمامی مؤلفه ها ($p<۰,۰۵$) بود.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به بررسی تأثیر متقابل سبکهای مقابله و همودینامیک برکیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی بستری در بیمارستانهای علوم پزشکی مازندران پرداخت. براساس نتایج حاصل ازمولفه های مختلف، کیفیت زندگی و سبکهای مختلف مقابله میان گروه های سه گانه حاضر در تحقیق (سالم، بیماران قلبی بدون سابقه سکته و بیماران قلبی سکته ای) بررسی شد. نتایج حاصل نشان میدهد که میان گروه های مختلف به لحاظ سبک‌های مقابله، تفاوت معناداری وجود دارد. این بدان معنی است که گروه بیماران قلبی بدون سکته در سبک مقابله به نسبت گروه سالم میانگین بالاتری دارند. و همین طور بیماران قلبی سکته ای نسبت به هر دو گروه سالم و بیماران قلبی از میانگین بالاتری در سبک های مقابله ای برخوردار هستند. این مسئله حاکی از آن است که تفاوت معناداری بین افراد سالم و بیماران قلبی بدون سکته و با سکته وجود دارد. علاوه بر این شیوه مقابله مسئله مدار هم نیز موجب کاهش و جلوگیری از بیماریهای قلبی و عروقی میشود؛ چراکه موجب افزایش و بهبود کیفیت زندگی می گردد. آنچه از یافته های این تحقیق و نتایج پژوهش های همسو میتوان دریافت، این است که شیوه مقابله مسئله‌مدار و کیفیت زندگی بالا، اثر مستقیم با کاهش مشکلات و بیماری‌های قلبی و عروقی و جلوگیری از سکته‌های قلبی دارد (۱۸). علاوه بر این نتایج این تحقیق نشان می دهد که بین همودینامیک و بیماری های قلبی رابطه وجود دارد؛ به این معنی که هر چه میزان ضربان قلب، فشار خون سیستولیک و سمپاتیک در افراد پایین تر باشد، آنها دارای سلامت قلبی بالاتری هستند. در برخی ازمولفه های همودینامیک از جمله تغییرات ضربان قلب، فشار خون، درصد تغییرات ضربان قلب، فشارخون سیستولیک و غیره، قبل تست و بعد از تست، تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمودنی وجود دارد. بررسی نتایج نشان میدهد که افرد سالم، از کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردار بودند. نتایج دیگر تحقیق نشان داد، بیماران قلبی بدون سکته نسبت به افراد دارای تجربه سکته، کیفیت زندگی بالاتری داشتند و پایین ترین سطح کیفیت زندگی مربوط به بیماران قلبی سکته ای بود؛ در نتیجه افراد این گروه بیشتر در معرض آسیب قرار دارند. از نتایج تاثیر متقابل سبک های مقابله و کیفیت زندگی چنین برداشت می شود که افراد در موقعیت استرسزا و در مواجهه با ناکامی از سبکهای مختلف استفاده می کنند، افرادی که بیشتر در معرض استرس قرار دارند، از سبکهای ناکارآمد هیجان مدار و اجتنابی بهره میگیرند. در یافته های مبتنی بر مطالعات همبستگی تحقیق همسو نشان می دهد افرادی که سطوح بالایی از استرس را تجربه می کنند، گرایش بیشتری به رفتارهای دارند که خطر بیماری و جراعت را افزایش می‌دهد و همین پژوهش نشان می‌دهد که سطوح استرس و فشار زندگی با فشار خون بالا و افزایش نابهنجار حجم قلب ارتباط دارد (۱۹). نتایج این تحقیق نشان داد که در تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در بین گروه‌های مختلف سبک‌های مقابله تفاوت معنادار مشاهده می‌شود. با توجه به این نتایج گروه‌هایی که از شیوه مقابله مسئله‌مدار بهره می گیرند، از کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردار بودند. همچنین گروه‌هایی که شیوه مقابله هیجان‌مدار داشتند، کیفیت زندگی بالاتری نسبت به گروه‌های اجتنابی‌مدار داشتند؛ بنابراین توجه به ارتقا کیفیت زندگی می‌تواند از بروز بیماری‌های قلبی پیشگیری نماید. با توجه به اینکه در بهره گیری از سبک های مقابله ای بیماران قلبی بیشتر از سبک های غیرکارآمد هیجان‌مدار در مواجهه با موقعیت های استرسزا استفاده میکردند، این هیجان بر فرایند فیزیولوژیکی آنها تأثیر میگذاشت که منجر به افزایش فشار خون و ضربان قلب میشد. بر همین اساس آنها بیشتر در معرض خطر سکته قرار می گرفتند.

یافته های دیگر تحقیق حاضر نشان داده است که اگرچه مولفه های کیفیت زندگی بیماران قلبی نسبت به افراد سالم پایینتر است اما یکسان نیست و بیشترین تفاوت مربوط به عملکرد جسمانی است و این نشان میدهد که سکته بیشتر مولفه های جسمانی کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد در واقع مشکلات جسمانی بیشتر از مشکلات روانی و اجتماعی یاعث کاهش کیفیت زندگی بیماران میشود این یافته با مطالعه نورکوال در نروژ (۲۰) و مطالعه رابناچ دراسترالیا (۲۱) منطبق است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از استاد فریخته پروفسور ادوارد گوارگیان و از همکاری مسئولان محترم مرکز تحقیقاتی درمانی بیمارستان فاطمه الزهرا و نیمه شعبان و دانشجویان و کارکنان دانشگاه فرهنگیان و دانشگاه ادیب که در انجام پژوهش همکاری لازم را داشتند، قدردانی می شود.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

References

1-Johansson P, Dahlström U, Broström A. Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: a review of the literature. Eur J CardiovascNurs. Mar; 2006. 5(1): 5-15.

2-Smith B, Forkner E, Zaslow B, Krasuski RA, Stajduhar K, Kwan M, Ellis R, A critical evaluation.''Psychosocial Predictors of Cardial Rehabilitation quality of life outcomes". J. Psychosomatic. 2005; 6(1): 3-11

3-Andreoli T.E, Carpenter C.C, Griggs R.C,Loscalzo J. CECIL Essentials of medicine.5th ed, New York: W.B. Saunders Company;2005; PP: 79-99.

4-Torres M, Caldero´n S, Dı´az I, Chaco´n A,Ferna´ndez F, Martı´nez I. Health-related quality of life in coronary heart diseasecompared to norms in Spanish population.Qual Life Res. 2004; 13: 1401-7.

5-Young D.R. Can Cardiorespiratory Fitness moderate the negative effects of stress on Coronary artery disease risk factor, Journal of Psychosomatic eseach; 1994, 38:451-9.

6-Alonzo AA. Acute myocardial infarction and posttraumatic stress disorder: the consequencesof cumulative adversity. J Cardiovasc Nurs.1999; 13(3): 33-45.

7-Sarason, M. B., Con, A. H.M & Thompson, J. B. The psychology of men and women recovering from coronary artery disease: Epidemiologic evidence. Circulation. 1995; 70: 114-127.

8-Siegerist,B.F., Rozanski,A., Blumenthal,J.A.,&Kaplan,J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy Circulation.1999; 99: 92-217.

9-Basharat MA, Pourrang P, SadeghpourTabaee A, PournaghashTehrani S. The relationship between coping styles and psychological adaptation the recovery process: patients with coronary heart disease Tehran Univ Med J. ;2007 66(8):573-9. (Persian).

10-Dracup K Walden JA Stevenson LW. Breacht ML. Quality of life in patients with advanced heart failure. J heart lung Transplant. 1992; 11(2pt 1):273-9.

11-Lazarus,R.S. Psychological stress and coping process ; Role .Of health problems. Journal Journal of personality and social psychology. 1989; 54: 466 -75

12-Samerfield MR, McCrae R. Stress and coping research: Methodological challengeges, theoretical advances and clinical applications. Am Psychol. 2000; 55(1):620-5.

13-Folkman S, Lazarus RL. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during 3 stages of a college examination. J PersSoc Psychol. 1985; 48(1):150-70.

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

15-Ghazanfari F. Kadampoor A. The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad city. Q J Fund Ment Health. ;2008 10(1):47-54. (Persian).

16-Endler, N.D, and Parker, J.D.A. Multidimensional assessment of coping, 1990.

17- Jafarnezhad P .Relations between coping styles and health Rvanshakhty in Undergraduate Teacher Training University in the academic year. 2-81 ;2004. (Persian).

18-Montazeri A., Gashtasbi A., Vahdaninya M.S. Translation reliability and validity of SF36- Persian questionnaires. Quarterly monitoring. 2005; 5: 49-56.

19-Rusteon T, Stubhaug A, Eidsmo I Westheim A, Paul M, Miaskowski Ch. Pain and quality of life in hospitalized patients with heart failure.J Pain Symptom Manage.2008; 36(5):497-504

20-Noreval TM, Wahl AK, Fridlund B, Norderhaug JE,Wentezl-Larsen T, Hanestad BR.Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with randomly selected general female population cohort health Qual Life Outcomes 2007; 5:58.

21-Bengtsson I, Hagman, Wahrbog P, Wedel H, Lasting impact on health-related quality of life after a first myocardial infarction.Int J Cardiol. 2004; 97(3); 509-16.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

Evaluating the coping styles and Hemodynamic interaction on quality of life in cardiovascular patients in Mazandaran Hashemi Sh. Medical Sciences hospitals

Seyed Ali Doustdar SA(Ph.D)*, Dabaghi P(Ph.D)

Abstract

Background: Nowadays, the disease pattern has adopted a biological – psychosocial and social pattern, in which humans are seen as multi-dimensional beings and all these biological – psychosocial and social patterns act as interactive systems influencing each other. As a result, this study sought to examine coping styles and hemodynamic effect on the life quality in patients with cardiovascular symptoms and changes in their psychophysiology functioning and their mental status. Cardiovascular diseases are considered as the major stress factors that often lead to changes in patients› mental status.

Methods: The study adopted a post event approach (causal – comparative design). The population of the study included all patients with cardiovascular diseases in Nime-e-Shaban and Al-Zahra hospital and healthy individuals (students and employees) in Sari. The sample consisted of 232 people 87 of whom were healthy subjects, 77 patients were admitted as the coronary heart attack and stroke patients and 68 non-stroke patients who were grouped through available sampling. It should be noted that the data for this study was obtained through a questionnaire.

Results: the findings of this study showed that the quality of life among cardiovascular patients was lower than that of healthy people. Besides, the quality of life among patients with heart stroke was lower than those without any heart stroke. As these results show, regarding the hemodynamic variable such as blood pressure changes and heart beat variations in cardiovascular patients and those with stroke showed significant differences before and after the test.

Conclusion: The results show that in all components of quality of life among different coping styles groups significant differences have existed. In addition, these results indicate that some hemodynamic parameters (such as changes in heart beat, blood pressure, percentage changes in heart beat, systolic blood pressure and increased sympathetic and regular night sleep) showed significant differences among groups of subjects before and after the test, and the stroke patients had higher scores, thus, were more vulnerable.

Keywords: cardiovascular disease, coping strategies, quality of life, hemodynamic

---

*** Corresponding author: Farhangian University, Sari, Iran. E-mail:s.ali_doustdar@yahoo.com**

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]