

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

دوستدار طوسی^۱ و پرویز دباغی^۲

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

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله مقاله کارآزمایی بالینی</p>	<p>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 می‌پردازد.</p>
<p>تاریخچه مقاله ارسال مقاله: ۹۳/۵/۱۳ پذیرش نهایی: ۹۳/۱۱/۲۱</p>	<p>روش کار: روش تحقیق پس رویدادی (علتی-مقایسه‌ای) 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.</p>
<p>کلید واژگان: بیماری‌های قلبی- عروقی سبک‌های مقابله کیفیت زندگی همودینامیک</p>	<p>یافته‌ها: 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.</p>
<p>نویسنده مسئول: EMAIL: s.ali_doustdar@yahoo.com</p>	<p>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 گروه‌های آزمودنی وجود داشت.</p>

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 می‌گذارد 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 خصیصه‌های 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^۱ یکی از شایعترین بیماریهای بشری است که به دلیل پیامدهای بروز ناگوار آن مورد توجه خاص قرار گرفته است. در حال حاضر بیماریهای قلبی- عروقی بیشترین آمار مرگ و میر دنیا را به خود اختصاص داده است (۳ و ۴) 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. یافته‌های پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان میدهد تجربه سکته قلبی به عنوان عاملی استرسزا، بروز علائم اضطراب را تا چند برابر افراد

عادی افزایش می‌دهد. تنش‌های هیجانی و استرسه‌ای روانی- اجتماعی از عوامل خطر ساز بیماری کرونری قلب هستند. این عوامل از طریق مکانیسم‌های روانی فیزیولوژیک و تحریک سیستم عصبی خودکار به صورت واکنش‌های قلبی- عروقی به استرسور عمل می‌کنند و به بروز این بیماری میانجامد (۵). بیماران سکته قلبی ممکن است طیفی از آشفتگیهای پس از تروما را تجربه نمایند که می‌تواند موجب به کارگیری سبک‌های مقابله‌ای غیرانطباقی شود. از طرف دیگر چه بسا مقابله‌های غیرانطباقی موجب بروز آشفتگی‌های 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 انفارکتوس 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

استرس‌زا، 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 استرس نیست که باعث اختلال در عملکرد فرد و احساس فشار بر فرد می‌شود بلکه چگونگی برخورد فرد با استرس و نحوه کنترل آن است که تعیین‌کننده می‌باشد و مقابله را تغییر مداوم تلاش‌های رفتاری و شناختی به منظور جامعه عمل پوشاندن به نیازهای ویژه داخلی یا خارجی می‌دانند که فشار یا زیاده‌روی در منابع شخص، ارزیابی می‌شود. بنابراین مقابله با استرس یک فرایند است و کوشش برای اداره موقعیتی است که فرد در آن قرار دارد (۱۱). نیامتی و کچینسن نشان دادند که چنانچه این بیماران مقابله‌های مسئله‌مدار را بیشتر از مقابله‌های هیجان‌مدار مورد استفاده قرار دهند، سازگاری اجتماعی و روانشناختی بهتری خواهند داشت. موضوع دیگر، راهبردهای مقابله با استرس است که در روانشناسی سلامت برای سبک‌های مقابله‌ای در سلامت جسمانی و روانی اهمیت زیادی قائل است و آن را به عنوان گسترده‌ترین موضوع مطالعاتی در روانشناسی معاصر و یکی از مهم‌ترین عوامل روانی و اجتماعی می‌داند که رابط بین استرس و بیماری است (۱۲). فولکمن و لازاروس مقابله را فرایندی پیچیده می‌دانند که با توجه به ارزیابی‌هایی که فرد از موقعیت استرس‌زا و فشارهای آن موقعیت دارد، تغییر می‌کند و تلاش‌های رفتاری-شناختی فعال فرد را در بر می‌گیرد (۱۳). 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 شکل می‌دهد (۱۴). راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود (۱۵). لذا هدف اساسی محققان تحقیق حاضر پاسخگویی به این سؤال اصلی می‌باشد که سبک‌های مقابله با استرس و همودینامیک چه تأثیری بر کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی دارد. همچنین در این تحقیق به بررسی تطبیقی کیفیت زندگی در بیماران قلبی-عروقی و افراد سالم مبادرت ورزیده شده است.

روش کار

روش این تحقیق زمینه‌یابی از نوع توصیفی و علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران قلبی-عروقی بیمارستان‌های فاطمه الزهرا و نیمه شعبان و افراد سالم (کارکنان دانشگاه فرهنگیان و ادیب) شهرستان ساری بود. در این مطالعه ۲۳۲ نفر حجم نمونه را تشکیل می‌دادند که ۸۷ نفر آن از گروه سالم، ۶۸ نفر بیماران قلبی بدون سکتته و ۷۷ نفر بیماران قلبی سکتته ای بودند. مشارکت کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. منظور از گروه اول افراد سالم و گروه دوم بیماران قلبی بدون سکتته و گروه سوم بیماران سکتته ای می‌باشد. در این پژوهش، بیمارانی که برای درمان به بخش آنژیوگرافی بیمارستان‌های فاطمه‌الزهرا و نیمه شعبان مراجعه کرده بودند، پس از تشخیص پزشکی متخصص در دو گروه بیماران قلبی بدون سکتته و بیماران قلبی سکتته‌ای مورد آزمون قرار گرفتند. انتخاب نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس بود. برای تعیین گروه گواه افراد سالم کارکنان دانشگاه فرهنگیان و ادیب انتخاب شدند. شرکت در پژوهش برای تمامی افراد هر گروه اختیاری بود، به جهت ضرورت و دقت در اجرای تست توجه و ظرفیت ذهنی که به صورت انفرادی از طریق رایانه عمل می‌شد، پژوهشگر جهت رفع ابهامات احتمالی مشارکت‌کنندگان

در محل حضور داشت. ترتیب اجرای مقیاس‌ها در هر سه گروه یکسان بود. اطلاعات به دست آمده در این تحقیق با استفاده از آزمون‌های آماری مقایسه‌میانگین‌ها تحلیل شدند.

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

۱- پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زا^۱ (CISS): این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر^۲ (۱۹۹۰) طراحی شد. این آزمون شامل ۴۸ سؤال است. که سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی را در بر می‌گیرد. پاسخ‌های هر سؤال با روش لیکرت از هرگز (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵) مشخص شد. در نهایت، سبک مقابله غالب فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون کسب می‌کرد، تعیین گردید. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی برای هر یک از سبک‌های مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۲ و ۰/۷۳ به دست آمد. حداکثر نمره برای هر مقوله (عبارت) نمره ۵ و حداقل ۱ می‌باشد. مشارکت‌کننده باید به همه سوالات پاسخ بدهند. دامنه تغییر نمره سه نوع رفتار مقابله‌ای به این شکل است که نمره هر یک از راهبردهای مقابله‌ای سه گانه؛ یعنی مسئله‌مداری، هیجان‌مداری و اجتنابی از ۱۶ تا ۸۰ می‌باشد. به عبارتی راهبرد مقابله‌ای غالب فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون کسب می‌کند، مشخص می‌شود، یعنی هر کدام از رفتارها نمره بالا در پرسشنامه کسب می‌کند، آن رفتار به عنوان راهبرد مقابله‌ای اصلی فرد در نظر گرفته می‌شود (۱۶). در ایران نیز چندین پژوهش، پرسشنامه مذکور را بر نمونه‌های متفاوت محاسبه کرده‌اند، نتایج تحقیقات داخل کشور بیانگر معتبر بودن پرسشنامه مورد نظر است و جعفرنژاد (۱۳۸۲) ضریب آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۷۲ برآورد کرد (۱۷).

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی^۴ (SF-۳۶): این پرسشنامه برای ادراک افراد از سلامتی، خود ابزار مناسبی است. این پرسشنامه ۳۶ سؤال را در بر می‌گیرد که هشت خرده مقیاس مرتبط با سلامت را می‌سنجد که شامل، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی 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 نسخه فرم کوتاه ۳۶ سئوالی در سال ۱۹۸۸ و نسخه نهائی ابزار در سال ۱۹۹۰ ارائه شده است. تاکنون مطالعات متعددی برای تایید اعتبار و پایایی فرم کوتاه SF-۳۶ در آمریکا و سایر کشورها صورت پذیرفت است. این پرسشنامه توسط گالاپ (گروهی از متخصصین پیرو روانشناسی مثبت دانشگاه میسوری امریکاه) تهیه و در انگلیستان توسط برازیر و همکارانش آزمایش شد. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ گزارش شد، غیر از عملکرد اجتماعی که ۰/۷۵ به دست آمد برای اولین بار در ایران منتظری و همکاران (۲۰۰۵) ۶۱۹۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا را ارزیابی کردند که بیشتر این 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 نشان دادند که نسخه ایرانی این پرسشنامه از روایی و اعتبار بالایی برای اندازه‌گیری 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

جدول ۱: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

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	پایین تر از دیپلم	کارگر
افراد سالم	۵۴	۳۳	۳۸	۴۷	۲	۳۳	۵۴	۱۸	۶۰	۹
بیماران بدون سکت	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

درصد) از افراد پاسخگو، سالم و ۶۸ نفر (۲۹/۳ درصد) بیماران فاقد تجربه سکت و ۷۷ نفر (۳۳/۲ درصد) بیماران دارای سابقه سکت بودند. وضعیت تحصیلات آزمودنی در جدول فوق نشان می‌دهد در مجموع ۱۱۳ نفر (۴۸/۷ درصد) از پاسخگویان پایین تر از دیپلم بودند و ۱۱۹ نفر (۵۱/۳ درصد) تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. در گروه افراد سالم ۳۸ درصد مدرک پایین تر از دیپلم و در گروه بیماران قلبی این نسبت به ۵۰ درصد رسیده و این در حالی است که افراد دارای سابقه سکت قلبی ۵۹/۷ درصد پایین تر از دیپلم بودند.

جدول فوق نشان‌دهنده اطلاعات و ویژگی‌های فردی می‌باشد. نتایج حاکی از آن است که ۱۴۵ نفر (۶۲/۵ درصد) از شرکت‌کنندگان در این تحقیق مرد و ۸۷ نفر (۳۷/۵ درصد) زن بودند. ۶۲/۱ درصد (۵۴ نفر) از پاسخگویان سالم، مرد و ۳۷/۹ درصد (۳۳ نفر) زن بودند. در میان بیماران قلبی بدون سکت نیز ۵۵/۹ درصد مرد و ۴۴/۱ درصد زن بودند. این در شرایطی است که ۵۳ نفر (۶۸/۸ درصد) از بیماران دارای سابقه سکت قلبی مرد و ۲۴ نفر (۳۱/۲ درصد) زن بودند. نتایج در مورد ویژگی‌های سنی نشان می‌دهد که ۳۸ نفر (۷۶/۰ درصد) از پاسخگویان

جدول ۲: توزیع میانگین و انحراف معیار سبک‌های مقابله‌ای به تفکیک افراد سالم و بیماران قلبی و سکت‌های و تحلیل آن با استفاده از آزمون ANOVA

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

برای مقایسه سبک‌های مقابله‌ای در گروه‌های مورد مطالعه از آزمون آنوا استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۲ درج شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که در میان گروه‌های مختلف به لحاظ سبک‌های مقابله، تفاوت معناداری وجود دارد (سطح معناداری ۰/۰۰۰). این بدان معنی است که گروه بیماران قلبی بدون سکت در سبک مقابله به نسبت گروه سالم میانگین بالاتری داشتند. و همین طور بیماران قلبی سکت‌های نسبت به هر دو گروه سالم و بیماران قلبی از میانگین بالاتری در سبک‌های مقابله‌ای برخوردار بودند.

سالم، زیر ۳۵ سال سن داشتند. در گروه بیماران قلبی بدون سکت این تعداد ۸ نفر (۱۶/۰ درصد) و در گروه بیماران با سکت ۴ نفر (۸/۰ درصد) بودند. ۴۷ نفر (۳۴/۸ درصد) از افراد سالم بین ۳۶ تا ۵۵ سال سن داشتند. در حالی که در گروه بیماران بدون سکت‌های این میزان ۳۹ نفر (۲۸/۹ درصد) و در بیماران سکت‌های ۴۹ نفر (۳۶/۳ درصد) بوده است. ۲ نفر از افراد سالم، دارای ۵۶ سال سن و بالاتر بودند در حالی که ۲۱ نفر بدون سکت و ۲۴ نفر دارای سکت قلبی بودند. در مجموع، ۸۷ نفر (۳۷/۵)

جدول ۳: توزیع میانگین وانحراف معیار کیفیت زندگی به تفکیک افراد سالم و بیماران قلبی وسکته‌ای
و تحلیل 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				

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 بر اساس سبک های مقابله با استفاده از آزمون کروسکال والیس

متغیرها	سبک های مقابله	تعداد	میانگین رتبه	درجه آزادی	سطح معناداری (sig)
ضربان قلب بعد از تست (بعد از ۲ آزمون برای تعیین سطح توجه و حافظه)	مسئله مدار	۹۶	۱۰۱/۰۸	۲	۰/۰۰۲
	هیجان مدار	۸۰	۱۱۷/۷۰		
	اجتنابی	۵۶	۱۴۱/۲۱		
	جمع	۲۳۲			
فشار سیستولیک	مسئله مدار	۹۶	۹۹/۸۵	۲	۰/۰۰۶
	هیجان مدار	۸۰	۱۲۸/۰۱		
	اجتنابی	۵۶	۱۲۸/۵۹		
	جمع	۲۳۲			
درصد تغییرات 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 فشار سیستولی ک پس از آزمون	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			

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 می دهد 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 هیجان مدار داشتند. یعنی فعالیت ذهنی تغییرات

برای مقایسه کیفیت زندگی در سبک های مقابله از آزمون کروسکال والیس استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ درج شد. یافته نشان می دهد، در تمامی مولفه های 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 از شیوه مقابله مسئله مدار بهره می گرفتند، از کیفیت 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 رتبههای 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

فیزیولوژیکی بیشتری را در این افراد ایجاد می‌کند. از این رو، سطح معناداری محاسبه شده در گروه های سبک های مقابل های هیجان مدار و اجتناب مدار در تمامی مؤلفه ها ($p < 0.05$) بود.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه به بررسی تأثیر متقابل سبکهای مقابله و همودینامیک بر کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی بستری در بیمارستانهای علوم پزشکی مازندران پرداخت. براساس نتایج حاصل از مولفه 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 می‌گردد. آنچه از یافته های این تحقیق و نتایج پژوهش های همسو میتوان دریافت، این است که شیوه مقابله مسئله مدار 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 می‌دهد که بین همودینامیک و بیماریهای 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 از مولفه های همودینامیک از جمله تغییرات ضربان قلب، فشار خون، درصد تغییرات ضربان قلب، فشار خون سیستولیک و غیره، قبل تست و بعد از تست، تفاوت معناداری بین گروههای آزمودنی وجود دارد. بررسی نتایج نشان میدهد که افراد 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 می‌شود که افراد در موقعیت استرسزا و در مواجهه با ناکامی از سبکهای مختلف استفاده می‌کنند، 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 می‌دهد افرادی که سطوح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند، گرایش بیشتری به رفتارهای دارند که خطر بیماری و جراحت 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 مؤلفه های کیفیت زندگی در بین گروه های مختلف سبک های مقابله تفاوت معنادار مشاهده می‌شود. با توجه به این نتایج گروه هایی که از شیوه مقابله مسئله مدار بهره می‌گیرند، از کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردار بودند. همچنین گروه هایی که شیوه مقابله هیجان مدار داشتند، کیفیت زندگی بالاتری نسبت به گروه های اجتنابی مدار داشتند؛ بنابراین توجه به ارتقا کیفیت زندگی می‌تواند از بروز بیماری های قلبی پیشگیری نماید. با توجه به اینکه در بهره گیری از سبک های مقابله ای بیماران قلبی بیشتر از سبک های غیر کارآمد هیجان مدار 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 می‌گرفتند.

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 باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران میشود این یافته با مطالعه نور کوال در نروژ (۲۰) و مطالعه رابناچ در استرالیا (۲۱) منطبق است.

تشکر و قدر دانی

بدین وسیله از استاد فریخته پروفیسور 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، قدر دانی می‌شود.

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 Cardiovasc Nurs*. 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, Di'az I, Chaco'n A, Ferna'ndez F, Marti'nez I. Health-related quality of life in coronary heart disease compared 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 esearch*; 1994, 38:451-9.
- 6-Alonzo AA. Acute myocardial infarction and posttraumatic stress disorder: the consequences of 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 of personality and social psychology*. 1989; 54: 466 -75
- 12-Samerfield MR, McCrae R. Stress and coping research: Methodological challenges, 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 Pers Soc Psychol*. 1985; 48(1):150-70.
- 14-Hamid PN, Yue XD, Leung CM. Adolescent coping in different Chinese 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 Rvanshakty 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, Wentzel-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.

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