بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای، متغیرهای شخصیتی و ادراک از بیماری در بیماران سکته قلبی

رضا باقریان[1]، غلام حسین احمدزاده[2]، سهیلا آبادچی[3]

۱- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (نویسنده مسئول). ۲- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.۳- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
پژوهشی

تاریخچه مقاله
دریافت : ۱۳۹۶/۱۲/۱۸
پذیرش :۱۳۹۷/۳/۲۷

کلید واژگان
سکته قلبی، ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های مقابله‌ای، ادراک بیماری

نویسنده مسئول
Email:
bagherian@med.mui.ac.ir

چکیده

مقدمه: متغیرهای روان‌شناختی نقش مهمی در سازگاری و کیفیت زندگی بیماران قلبی دارند. این مطالعه به منظور بررسی نقش واسطه‌ای شیوه‌های مقابله‌ای در ارتباط با ویژگی های شخصیتی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سکته قلبی حاد بستری انجام گرفت.

روش کار: در یک مطالعه مقطعی، ۸۷ بیمار سکته قلبی حاد که در مراکز پزشکی مجهز به CCU اصفهان بستری شده بودند به صورت پی در پی بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب گردیدند. پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه کوتاه شده ادراک بیماری (B-IPQ) پرسشنامه پنج عاملی ویژگی‌های شخصیتی نئو (NEO-FFI) و پرسش‌نامه شیوه‌های مقابله ای لازاروس (WOCQ) توسط آنان تکمیل گردید. سپس داده‌ها با روش آماری رگرسیون چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل مسیر داده‌ها ارتباط معنادار بین ویژگی روان‌نژدخویی با سبک مقابله ای هیجان‌مدار (r=۰,۵۳۹) و ویژگی مسئولیت‌پذیری با سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار(r=۰,۳۲۹) را نشان داد. تحلیل یافته‌ها بیانگر ارتباط معنادار بین ویژگی روان‌نژندخویی با ادراک بیماری (r=۰,۴۸۰) بود. یافته‌های تحلیل مسیر با در نظرگیری نقش واسطه‌ای متغیر سبک های مقابله‌ای بیان‌گر وجود ارتباط بین ویژگی برون‌گرایی با ادراک بیماری (r=۰,۰۸۴) بود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد سبک‌های مقابله‌ای به عنوان متغیر واسطه‌ای بین ویژگی های شخصیتی و ادارک بیماری می‌تواند نقش قابل‌توجهی داشته باشد. لذا پیشنهاد می گردد در مداخلات روان‌شناختی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی بیماران، به تقویت و اصلاح شیوه های مقابله‌ای توجه ویژه گردد.

مقدمه

بیماری‌های مزمن[1] یکی از مشکلات اصلی حوزه سلامت است و با ایجاد شرایطی خاص روی تمامی زمینه‌های زندگی بیماران تاثیر می‌گذارند و کیفیت زندگی آنان را کاهش می بخشند. بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی بیش از افراد عادی جامعه دچار اضطراب[2]، افسردگی[3] و استرس می‌شوند به گونه‌ای که شیوع افسردگی در بین این بیماران بین ۱۴ تا ۶۲ درصد می‌باشد(۱). بیماران با آگاهی از تشخیص بیماری‌شان، واکنش‌های متفاوتی از خود بروز می‌دهند. عوامل مختلفی در واکنش به بیماری نقش دارند. به نظر می رسد از جمله این عوامل کیفیت ادراک[4] هر فرد از بیماری خود می‌باشد (۲). مطالعه‌ای که توسط لونتال و همکارانش انجام شد، نشان داد که باورهای هر فرد از بیماری‌اش بر شش زمینه ماهیت بیماری، علت ایجاد بیماری، مدت زمان بیماری، پیامدهای بیماری، کنترل پدیده بیماری، احساس وابستگی و درماندگی، استوار است (۳). در مطالعه‌ای نشان داده شده است که برگزاری جلسات آموزشی به منظور افزایش آگاهی و ادراک بیماران از بیماری خود منجر به کوتاه شدن دوره نقاهت و افزایش توانایی در بازگشت به محیط کار قبلی آنان می‌شود(۴). همچنین مابین ادراک پایین بیماری با کیفیت زندگی پایین‌تر، سازگاری کمتر با بیماری، افسردگی، پیروی ضعیف‌تر از دستورات درمانی و پیش آگهی ضعیف‌تر، ارتباط دیده شده است(۵).

هر فرد در عکس‌العمل به شرایط پر استرس واکنش‌های رفتاری و شناختی اختصاصی دارد که تحت عنوان شیوه‌های مقابله ای[5] از آن نام برده می‌شود (۶). هر فرد در فرایند مقابله با شرایط پراسترس در صدد انجام اعمالی به منظور کاهش تنش روان‌شناختی و ناراحتی یا حل مشکل می‌باشد (۷). به طور کلی

۱- Chronic Diseases
۲- Anxiety
۳- Depression
۴– Quality of perception
۵– Coping styles

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-04]

راهبردهای مقابله‌ای در چهار دسته طبقه‌بندی می‌شوند که شامل مقابله با تمرکز بر مشکل، مقابله با تمرکز بر هیجانات، مقابله با تمرکز بر انکار موقعیت به وجود آمده می‌باشد(۸). در مطالعاتی که روی بیماران مبتلا به امراض ایسکمیک قلبی انجام گرفته، نشان داده شده است که پس از وقوع سکته قلبی برای بیماران شرایط پراسترسی ایجاد می‌گردد که سبب اختلال در عواطف، سبک زندگی بیماران و نحوه تعامل با پزشکان و خانواده آنان می‌گردد(۹). دیده شده است که بین میزان اضطراب بیماران با انتخاب روش‌های مقابله‌ای ارتباط معناداری وجود دارد(۱۰). عواملی مانند میزان آگاهی در مورد بیماری و عوارض ناشی از درمان و داروها برمیزان دستیابی به شیوه های صحیح مقابله‌ای در بیماران سکته قلبی موثر است(۱۱).

امروزه اثربخشی متغیرهای شخصیتی بر سبک‌های مقابله‌ای به خوبی تبیین گشته و نشان شده است که بین ویژگی شخصیتی برون‌گرایی با ویژگی راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار ارتباط وجود دارد(۱۲). مطالعات نشان داده است که گرایش روان‌نژندخویی در مبتلایان به بیماری‌های ایسکمیک قلب شایع‌تر است و به عنوان یک عامل مستعدکننده برای ابتلا به بیماری های ایسکمیک قلبی می‌باشد. همچنین دیده شده است که ویژگی روان‌نژندخویی با پیش‌آگهی ضعیف‌تر در بیماران قلبی و افزایش میزان مرگ و میر در آنها همراه است(۱۳).

چنین به نظر می‌رسد که ادراک بیماری و شیوه‌های مقابله ای انتخاب شده توسط بیماران بر میزان کیفیت زندگی و پیش آگهی آنان تاثیرگذار است. همچنین متغیرهای شخصیتی افراد می‌تواند بر میزان ادراک بیماری تاثیرگذار باشد. در بررسی مشابهی که روی بیماران دریافت‌کننده پیوند ریه انجام شده است، یافته‌ها ارتباط قابل‌توجهی بین ویژگی‌های شخصیتی بیماران و ادراک بیماری نشان داد(۱۴). در دو مطالعه‌ی دیگر نیز نشان داده شده است که ادراک بیماری می‌تواند متاثر از ویژگی‌های شخصیتی هر فرد باشد(۲, ۱۵). با توجه به شیوع روزافزون بیماری‌های ایسکمیک قلبی و عوارض ناشی از آن و با توجه به عدم بررسی روابط بین متغیرهای گفته شده در مطالعات مورد اشاره و خلاء موجود در این زمینه، مطالعه ی حاضر با سه هدف اصلی تعیین و بررسی ویژگی‌های شخصیتی، سبک‌های مقابله‌ای و ادراک بیماری در میان مبتلایان به سکته قلبی حاد، بررسی ارتباط ویژگی‌های شخصیتی با سبک های مقابله‌ای و ادارک بیماری و بررسی میزان اثربخشی سبک های مقابله‌ای به عنوان متغیر واسطه‌گر در ارتباط ویژگی های شخصیتی و ادراک بیماری طراحی و اجرا گردید.

روش کار

در یک مطالعه مقطعی، تعداد ۸۷ نفر از بیماران سکته قلبی حاد که در فاز نقاهت از بیماری به سر می بردند، به روش نمونه‌گیری پی در پی از مراکز پزشکی مجهز به CCU اصفهان در سال ۱۳۹۵ انتخاب گردیدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودنند از: گذشت حداقل سه ماه از سکته قلبی، سابقه اولین سکته قلبی، عدم اطلاع قبلی از بیماری، عدم ابتلاء به هیچ یک از اختلالات روان‌پزشکی و عدم ابتلاء به سایر بیماری‌های زمینه‌ای. .معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: عدم رضایت به ادامه مطالعه در هر زمانی از مطالعه، عدم تکمیل بخشی یا یکی از پرسشنامه‌ها و بروز یک بیماری جدید در شرکت‌کنندگان در طی مطالعه. پس از اخذ رضایت آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان، به منظور جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده گردید:

۱-پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری[1](B-IPQ)

پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری(۴) یک پرسش‌نامه ۹ سوالی است که برای ارزیابی عاطفی و شناختی بیمار از بیماری خودش طراحی شده است سوال‌ها به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجد. دامنه نمرات ۸ سوال اول از ۰ تا ۱۰ است. سوال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلاء به بیماری سکته قلبی را از زبان بیمار بیان می‌دارد که مورد فوق در مطالعه حاضر بررسی نشده است. ضریب پایایی این پرسش‌نامه به روش بازآزمایی برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از r=۰,۴۸ (قابلیت فهم بیماری) تا r=۰,۷۰ (پیامدها) بود. برای تعیین ضریب روایی خرده‌مقیاس کنترل شخصی از پرسش‌نامه خود اثربخشی ویژه بیماران به دیابت استفاده شد (p<۰,۰۰۱ ,r=۰,۶۱). باقریان و همکاران (۱۶)نسخه فارسی این مقیاس را تهیه نموده‌اند. آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰,۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخه فارسی R-IPQ، ۰,۷۱ می‌باشد. به طورکلی نتایج استخراج شده از ارزیابی نسخه فارسی این مقیاس بیانگر اعتبار خوب و رضایت بخش آن بود.

۲-پرسشنامه پنج عاملی نئو[2](NEO-FFI)

برای ارزیابی خصوصیات شخصیتی، از فرم کوتاه پرسش نامه پنج عاملی نئو استفاده شد که پنج عامل بزرگ شخصیت را با ۶۰ سوال می‌سنجد(۱۷). سئوالات این پرسشنامه در قالب مقیاس ۵ نمره‌ای روی طیف لیکرتی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود و از جمع آنها ۵ نمره از ابعاد اصلی پنجگانه شخصیتی به دست می‌آید. نسخه فارسی این پرسشنامه پنج عامل شخصیتی در نمونه از جمعیت ایرانی مورد ارزیابی قرار گرفته است و ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیر مقیاس‌های روان‌رنجوری (N)، برون‌گرائی (E)، پذیرا بودن (O) ، توافقی بودن (A) و مسئولیت‌پذیری (C) به ترتیب ۰/۷۹،

۱- Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ)
۲- Neo five factor inventory questionnaire (NEO-FFI)

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-04]

۰/۷۳، ۰/۴۲، ۰/۵۸ و ۰/۷۷ و پایائی با روش بازآزمائی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۶، ۰/۷۸، ۰/۶۵ و ۰/۸۶به دست آمده است. همچنین روائی نسخه فارسی این ابزار برای هر یک از زیر مقیاس های روان‌رنجوری (N)، برون‌گرائی (E)، پذیرا بودن (O)، توافقی بودن (A) و مسئولیت‌پذیری (C) به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۹۱، ۰/۷۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۵به دست آمده است (۱۸).

۳- پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای[1](WOCQ)

این پرسشنامه توسط فلکمن و لازاروس (۱۹) تهیه شده است. شامل ۶۶ گویه است که هشت روش رویارویی را بررسی می‌کند. این الگوهای هشت گانه به دو دسته روش های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار تقسیم شده که بر مبنای یک مقیاس درجه‌بندی شده صفر تا سه می‌باشد. متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل: مقابله‌ی مستقیم، پرت کردن حواس، خویشتن‌داری، گریز-اجتناب و راهبرد مقابله ای مسئله‌مدار شامل: طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، حل مسئله و ارزیابی مجدد مثبت می‌شوند. در پژوهش ندایی و همکاران پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای راهبرد مقابله‌ای کل ۰/۸۶ و برای راهبردهای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۸ برآورد شد(۱۹).

پرسش‌نامه‌های فوق‌الاشاره به علاوه یک پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک به تک تک بیماران داده شد و با نظارت محقق تکمیل گردید. در پایان اطلاعات جمع‌آوری شده در صفحه نرم‌افزاری SPSS V.۲۰ وارد گردید و با استفاده از آزمون‌های آماری رگرسیون چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

نمونه مورد مطالعه شامل ۸۷ بیمار مبتلا به سکته حاد قلبی بودند. از میان افراد تحت بررسی ۴۷ نفر مرد (۵۴٪) و ۴۰ نفر زن (۴۶٪) بوده‌اند. میانگین سنی کل جمعیت تحت مطالعه ۱۳/۴۸ ± ۶۰/۹۵ و شرکت‌کنندگان مرد ۱۲/۰۴±۵۹/۸۰ و میانگین سن شرکت کنندگان زن در این مطالعه ۱۴/۸۰±۶۲/۲۷ بود (جدول۱) (مابقی نتایج به تفصیل در جدول ۱ آورده شده است).

جدول ۱- تعداد، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار جنسیت و خرده مقیاس های متغیر تیپ شخصیتی و شیوه های مقابله‌ای و میانگین و انحراف از معیار متغیر ادراک بیماری

میانگین و انحراف معیار	تعداد و درصد	
۵۹/۸۰±۱۲/۰۴	۴۷(٪۵۴)	مرد + میانگین جنسیت
۶۲/۲۷±۱۴/۸۰	۴۰(٪۴۶)	زن + میانگین جنسیت
۴۱/۷۴±۵/۰۷	۴۲(٪۴۸/۲۲)	ویژگی شخصیتی مسئولیت‌پذیر
۳۸/۱۹±۵/۲۳	۱۳(٪۱۴/۹۴)	ویژگی شخصیتی گشوده
۳۷/۹۱±۴/۸۸	۱۳(٪۱۴/۹۴)	ویژگی شخصیتی توافق‌پذیر
۳۳/۵۷±۴/۹۸	۵(٪۵/۷۴)	ویژگی شخصیتی برون‌گرا
۳۴/۶۴±۷/۹۹	۱۵(٪۱۶/۱۶)	ویژگی شخصیتی روان‌نژدخویی
۵۵/۴۷±۱۰/۳۹	۵۶(٪۶۴/۳۶)	شیوه مقابله مسئله‌مدار
۴۷/۳۰±۹/۸۵	۲۴(٪۲۷/۵۸)	شیوه مقابله هیجان‌مدار
۴۸/۲۷±۹/۴۱	۸۷	ادراک بیماری(میانگین و انحراف معیار)

تحلیل داده‌ها شامل داده‌های حاصل از ویژگی‌های شخصیتی ۵ حالت، سبک‌های مقابله‌ای ۴ حالت و ادارک بیماری ۱ حالت بودند که در ترکیب با هم و با در نظر گرفتن ارتباط مستقیم متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی، شیوه‌های مقابله‌ای و ادراک بیماری و در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای متغیر شیوه های مقابله‌ای بین ویژگی شخصیتی و ادراک بیماری، حالت های مختلفی متصور می‌شود

همبستگی مورد به مورد خرده‌مقیاس‌های ویژگی‌های شخصیتی با سبک‌های مقابله‌ای مورد بررسی قرار گرفت. ویژگی شخصیتی روان‌نژندخو با شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار، قوی‌ترین ارتباط مثبت با r=۰,۵۳۹ داشت. مابقی نتایج در جدول شماره ۲ ذکر شده است. بررسی همبستگی ما بین ویژگی شخصیتی مسئولیت‌پذیر با شیوه‌های مقابله‌ای حاکی از وجود قوی ترین ارتباط مثبت با شیوه مقابله‌ای مسئله مدار با r=۰,۳۲۹ بود (مابقی نتایج در جدول شماره ۲ ذکر شده است). در حالی که ویژگی شخصیت برون‌گرا دارای قوی‌ترین ارتباط معنادار مثبت با شیوه مقابله مشغولیت اجتماعی با r=۰,۵۰۱ بود (مابقی نتایج در جدول شماره ۲ ذکر شده است). در بررسی‌های همبستگی شخصیت گشوده با شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار دارای قوی‌ترین ارتباط مثبت با r=۰,۱۸۹ بود (مابقی نتایج در جدول شماره ۲

۱- Way Of Coping Questionnaire

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-04]

ذکر شده است). در تحلیل‌های آماری مابین ویژگی شخصیتی توافق‌پذیر و شیوه‌های مقابله سه‌گانه ارتباط معناداری مشاهده نگشت (جدول۲).

جدول۲-ارتباط خرده مقیاس‌های تیپ‌های شخصیتی با شیوه‌های مقابله‌ای

	شخصیت مسئولیت‌پذیر	شخصیت روان‌نژندخو	شخصیت برون‌گرا	شخصیت گشوده	شخصیت توافق‌پذیر
شیوه مقابله مسئله‌مدار	***۰/۳۲۹	***۰/۵۴۳	**۰/۲۶۹	۰/۸۶۷	-۰/۱۲۲
شیوه مقابله هیجان‌مدار	**۰/۲۵۱	***۰/۵۳۹	-۰/۰۱۲	*۰/۱۸۹	-۰/۰۲۲
شیوه مقابله پرت کردن حواس	۰/۰۶۵	۰/۱۲۰	۰/۱۵۱	۰/۰۳۹	۰/۱۶۸
شیوه مقابله پذیرش مسئولیت	۰/۱۵۱	۰/۰۷۰	***۰/۵۰۱	**۰/۲۸۰	-۰/۱۴۶

اعداد داخل جدول بیانگر ضریب همبستگی پیرسون می‌باشند. ***: p-value کمتر از۰/۰۰۱ **:p-value کمتر از ۰/۰۱ *:p-value کمتر از ۰/۰۵

به منظور فهم نقش واسطه‌ای شیوه‌های مقابله‌ای در ارتباط بین دو متغیر ویژگی شخصیت و ادراک بیماری، این ارتباط در یک مرحله به صورت ارتباط مستقیم و یک مرحله به صورت غیرمستقیم با اثر متغیر واسطه‌ای بررسی و مقایسه گشت. در بررسی رابطه مستقیم متغیرهای ویژگی شخصیتی با ادراک بیماری شخصیت روان‌نژندخو دارای قوی‌ترین ارتباط مثبت با ادراک بیماری با r=۰,۴۸۰ بود (مابقی نتایج در جدول شماره ۳ ذکر شده است) (جدول۳). در بررسی رابطه غیرمستقیم متغیرهای تیپ شخصیتی با ادراک بیماری با اثر واسطه ای متغیر شیوه‌های مقابله‌ای، ویژگی شخصیتی برون گرا دارای قوی‌ترین ارتباط مثبت معنادار با r=۰,۰۸۴ بود (مابقی نتایج در جدول شماره ۳ ذکر شده است) (جدول۳).

جدول۳- بررسی اثر مستقیم و واسطه‌ای متغیرهای شخصیتی بر ادراک بیماری با متغیرواسطه گر شیوه های مقابله‌ای

	شخصیت مسئولیت‌پذیر		شخصیت روان نژندخو		شخصیت برون‌گرا		شخصیت توافق‌پذیر		شخصیت گشوده	
	اثر مستقیم	اثر واسطه‌ای	اثر مستقیم	اثر واسطه‌ای	اثر مستقیم	اثر واسطه ای	اثر مستقیم	اثر واسطه‌ای	اثر مستقیم	اثر واسطه‌ای
ادراک بیماری	-۰۹۰/۰	-۰۱۶/۰	**۴۸۰/۰	**۰۵۱/۰	**۳۶۴/۰	**۰۸۴/۰	**۲۶۴/۰	**-۳۰۴/۰	*۲۰۵/۰	*-۰۷۳/۰

**:p-value کمتر از ۰/۰۱ *:p-value کمتر از ۰/۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد، شیوه مقابله مسئله‌مدار با مسئولیت‌پذیری، شیوه مقابله هیجان‌مدار با روان‌نژندخویی، شیوه مقابله مسئولیت پذیری با برون‌گرایی، شیوه مقابله هیجان‌مدار با گشودگی مرتبط است. همچنین در این مطالعه نشان داده شده است که ویژگی روان‌نژندخویی با ادراک بیماری مرتبط است. وقتی نقش واسطه‌ای متغیر شیوه‌های مقابله ای مورد توجه قرار می‌گیرد، به نظر می‌رسد این وساطت بین برون‌گرایی و ادراک بیماری بیشتر نمود دارد.

یافته‌های این مطالعه با نتایج ناروموتو و همکاران(۲۰) و پولمن و همکاران(۲۱)همخوانی دارد. این پژوهشگران چنین نقش واسطه‌ای را بین روان‌نژن‌خویی با سبک مقابله‌ای هیجان مدار نشان دادند. شخصیت یکی از عواملی است که می‌تواند انواع سبک‌های مقابله‌ای مورد استفاده را تحت تاثیر قرار دهد(۲۲). افراد با گرایش روان‌نژندخویی تمایل بیشتر به تجربه احساس و اضطراب دارند(۲۳). می‌توان این موضوع را به این شکل توجیه نمود که عوامل شخصیتی موجب تکوین سبک شناختی معیوب و سپس سوگیری شناختی و تفسیرهای حاصل از آن سبک از جمله تعیین‌کننده‌های توسل یافتن به شیوه‌های مقابله ای ناسازگارانه می‌شود که خود بیان‌گر ارتباط متغیر روان‌نژندخویی با انتخاب سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه می باشد(۲۴). در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که بیمارانی که بیشتر از

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-04]

سبک‌های مقابله ناسازگارانه استفاده می‌نمایند، میزان استرس بیشتری داشته‌اند (۲۱, ۲۴). پژوهشگران معتقدند عوامل تعدیل‌کننده در رابطه بین استرس و بیماری دخالت می‌کنند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها سبک‌های مقابله‌ای و نوع واکنشی است که افراد در برابر مسایل استرس‌زا از خود بروز می‌دهند(۲۵). حتی چونگوا و همکاران(۲۶) نیز در پژوهش خود نشان دادند که استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و مسئله‌مدار می‌تواند زمینه‌ساز ابتلای فرد به بیماری‌های قلبی باشد.

این مطالعه ارتباط مستقیم بین روان‌نژندخویی با ادراک بیماری را نشان داد. ویلیامز و همکاران در مطالعه خود چنین ارتباطی را نیز نشان دادند(۲۷). ویژگی شخصیت روان‌نژندخو می‌تواند اثرات منفی خود بر پیش آگهی بیماری قلبی را از طریق ادارک بیماری اعمال کند. بیماران با ویژگی شخصیت روان‌نژدخویی احتمالاً بر این باورند که بیماری آنها عوارض وخیمی را برای آن‌ها به دنبال دارد و برای مدت طولانی ادامه خواهد یافت و درمان در آن‌ها اثر زیادی نخواهد داشت که این باورها می‌تواند رفتارهای مربوط به سلامتی آن‌ها را نیز تغییر دهد (۲۸).

در بررسی نقش واسطه‌ای متغیر شیوه مقابله ای، ویژگی شخصیتی برون‌گرایی در مقایسه با مابقی ویژگی‌های شخصیتی دارای قوی ترین ارتباط با ادراک بیماری بود. تا آنجایی که در جستجوی متون علمی بررسی شد، پژوهش حاضر برای اولین بار به بررسی نقش واسطه‌ای شیوه‌های مقابله ای با ادراک بیماری و ویژگی‌های شخصیتی در بیماران سکته قلبی پرداخته است. در مطالعه‌ای که توسط ناهلن و همکاران(۲۹) انجام گرفته و به بررسی نقش واسطه‌ای شیوه‌های مقابله‌ای بر ادراک بیماری و میزان ابتلا به اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی پرداخته است، نشان داده شده است که شیوه مقابله انکاری بیمار را مستعد ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی می‌گرداند که این اثر از طریق تاثیر منفی بر ادراک بیمار از بیماری خود و القا تفکر بهبودناپذیری و ناتوانی در کنترل بیماری اعمال می‌گردد.

به نظر می‌رسد سبک‌های مقابله‌ای به عنوان متغیر واسطه ای بین ویژگی‌های شخصیتی و ادارک بیماری می تواند نقش قابل‌توجهی داشته باشد. مطالعه حاضر بیان‌گر ارتباط قوی روان‌نژندخویی با سبک مقابله هیجان‌مدار و مسئولیت‌پذیری با سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار بود. در بررسی ارتباط مستقیم ویژگی‌های شخصیتی با ادراک بیماری، روان‌نژندخویی دارای قوی‌ترین ارتباط بود و در بررسی ارتباط غیرمستقیم، ویژگی برون‌گرایی دارای قوی‌ترین ارتباط با ادراک بیماری بود.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم بررسی زیر شاخه‌های ویژگی ادراک بیماری اشاره نمود. عدم بررسی سایر متغیرهای زمینه‌ای-اجتماعی مانند سطح تحصیلات و سطح درآمد یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی با جبران این نقیصه پژوهش‌های تکمیلی بدین منظور انجام گیرند. با توجه به نتایج حاصله، پیشنهاد می‌گردد در مداخلات روان‌شناختی به منظور ارتقا کیفیت زندگی بیماران، با آموزش بیماران به تقویت و اصلاح شیوه‌های مقابله‌ای توجه ویژه گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی پزشکی دکتری عمومی سهیلا آبادچی به شماره‌ی ۸۸۱۱۱۱۱۰۱ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است که در معاونت پژوهش و فناوری این دانشگاه تصویب شده است. بدین وسیله، نویسندگان از حمایت‌های بی‌دریغ این معاونت تشکر و قدردانی می‌نمایند.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-04]

References

1-Uguz F, Akman C, Kucuksarac S,Tufekci O.Anti□tumor necrosis factor□α therapy is associated with less frequent mood and anxiety disorders in patients with rheumatoid arthritis. Psychiatry and clinical neurosciences. 2009;63 (1):50-5.

2-Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach M, Leventhal EA, Patrick-Miller L, et al. Illness representations: theoretical foundations. Perceptions of health and illness. 1997;2:19-46.

3-Leventhal H, Nerenz DR, Purse J. Illness representations and coping with health threats1984.

4-Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, Petrie KJ. Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: a randomized controlled trial. Journal of psychosomatic research. 2009;67 (1):17-23.

5-Mickevičienė A, Vanagas G, Jievaltas M, Ulys A. Does illness perception explain quality of life of patients with prostate cancer? Medicina (Kaunas, Lithuania). 2012;49(5):235-41.

6-Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. Journal of personality and social psychology. 1990;58(5):844.

7-Mirnics Z, Orsolya H, György B, Surányi Z, Xénia G, Eszter M, et al. The relationship between the big five personality dimensions and acute psychopathology: mediating and moderating effects of coping strategies. 2013.

8-Roth S, Cohen LJ. Approach, avoidance, and coping with stress. American psychologist. 1986;41(7):813.

9-Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A, Makrides L. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. Journal of advanced nursing. 2000;31(6):1351-60.

10-Chiou A, Potempa K, Buschmann M. Anxiety, depression and coping methods of hospitalized patients with myocardial infarction in Taiwan. International journal of nursing studies. 1997, 305-11: 4 (34).

11-Arnetz JE, Höglund AT, Arnetz BB, Winblad U. Development and evaluation of a questionnaire for measuring patient views of involvement in myocardial infarction care. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2008;7(3):229-38.

12-Esmaeili M, Etemaddar N, Gholampoor U. The relationship between personality and coping style according to the mediating role of resilience in patients with. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2017;6(4):504-11.

13-Schiffer AA, Smith OR, Pedersen SS, Widdershoven JW, Denollet J. Type D personality and cardiac mortality in patients with chronic heart failure. International journal of cardiology. 2010 Jul 23;142(3):230-5. PubMed PMID: 19162343. Epub 2009/01/24. eng.

14-Goetzmann L, Scheuer E, Naef R, Klaghofer R, Russi EW, Buddeberg C, et al. Personality, illness perceptions, and lung function (FEV1) in 50 patients after lung transplantation. GMS Psycho-Social Medicine. 2005;2.

15-Marshall GN, Wortman CB, Vickers RR, Jr., Kusulas JW, Hervig LK. The five-factor model of personality as a framework for personality-health research. J Pers Soc Psychol. 1994 Aug;67(2):278-86.

16-Bagherian SR, Bahrami EH, Sanei H. Relationship between history of myocardial infraction and cognitive representation of myocardial infraction. 2008.

17-Fathi-Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests: Personality and mental health. Tehran: Be'sat Publication Institute. 2009:291-308.

18-Atari YA, Amen EA, Mehrabizadeh HM. An investigation of relationships between personality characteristics and family-personal factors and marital satisfaction in administrative office personnel in Ahvaz. 2006.

19-Nedaei, A, Paghoosh A, Sadeghi-Hosnijeh, A.H. Relationship between Coping Strategies and Quality of Life: Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Skills. Journal of Clinical Psychology. 2016;8(4):35-48.

20-Narumoto J, Nakamura K, Kitabayashi Y, Shibata K, Nakamae T, Fukui K. Relationships among burnout, coping style and personality: study of Japanese professional caregivers for elderly. Psychiatry and clinical neurosciences. 2008;62(2):174-6.

21-Polman R, Borkoles E, Nicholls AR. Type D personality, stress, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support. British Journal of Health Psychology. 2010;15(3):681-96.

22-Snyder CR, Ford CE. Coping with negative life events: Clinical and social psychological perspectives: Springer Science & Business Media; 2013.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-04]

23-Bagherian R. An exploratory investigation of predictors of depression following myocardial infarction. Tehran: University of Tehran. 2007.
24-Bagherian Sararoudi, R, Maroofi, M, Fatolah Gol, M, Saneie H. Coping Strategies among Post Myocardial Infarction Patients with Anxiety Symptoms. Journal of Babol University Of Medical Sciences. 2010;12(3):50-7. 1561-4107
25-Dracup K, Walden JA, Stevenson LW, Brecht ML. Quality of life in patients with advanced heart failure. The Journal of heart and lung transplantation : the official publication of the International Society for Heart Transplantation. 1992 Mar-Apr;11(2 Pt 1):273-9.
26-Wan C, Jiang R, Tu XM, Tang W, Pan J, Yang R, et al. The hypertension scale of the system of Quality of Life Instruments for Chronic Diseases, QLICD-HY: A development and validation study. International journal of nursing studies. 2012;49(4):465-80.
27-Williams L, O'Connor RC, Grubb NR, O'Carroll RE. Type D personality and illness perceptions in myocardial infarction patients. J Psychosom Res. 2011 Feb;70(2):141-4.
28-Williams L, O'Connor RC, Grubb N, O'Carroll R. Type D personality predicts poor medication adherence in myocardial infarction patients. Psychology & health.,۲۶ ,(۶) :۱۲-۷۰۳ .۲۰۱۱
29-Nahlén Bose C, Elfström ML, Björling G, Persson H, Saboonchi F. Patterns and the me-

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-04]

Study of the relationship between coping strategies, personality variables and perception of disease in patients with myocardial infarction

Bagherian Sararoudi R* (PhD), Ahmadzadeh GH (MD), Abadchi S (MD)

Abstract

Introduction: Psychological variables have an important effect in adaptation and quality of life in cardiovascular patients. The aim of this study was to investigate the mediatory role of coping styles in relation between personality types and illness perception in patients with acute myocardial infarction.

Methods: In this cross-sectional study, 87 in-patients with acute myocardial infarction who was admitted to CCU were enrolled into this study by consecutive selection. Questionnaires of demographics information and Brief-illness perception (B-IPQ), NEO five-factor inventory (NEO-FFI) and coping inventory for stressful situations (WOCQ) have completed for the study group and was analyzed by multiple regression and Pearson correlation.

Results: Analysis of data path showed a meaningful and significant relation between neuroticism and emotion-oriented coping style(r=0.539) and conscientiousness and task-oriented coping style (r=0.329). Results represented a relation between neuroticism and illness perception(r=480) in direct path. Analysis with mediating effect of coping methods showed a relation between of openness to experience and illness perception(r=0.084).

Conclusion: The findings of current study indicated that coping methods as mediating variables could alter the relation of personality types and illness perception. So in psychological interventions a special attention should be given to strengthen and reform of coping methods that could improve the quality of life of patients.

Keywords: myocardial infarction**,** personality types**,** coping styles, illness perception

---

*Corresponding Author, School of Medicine and Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: bagherian@med.mui.ac.ir

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-04]