

بررسی خشم و کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونری

مریم شاهنده^{۱*}، علیرضا آقاوسی^۲

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی عروقی مهمترین علت مرگ در کشورهای توسعه یافته است و عوامل خطر متفاوتی نیز برای این بیماری‌ها مطرح است که از آن میان عوامل فشارزای روان شناختی نقش مهمی در ایجاد و یا تشدید و استمرار این اختلالات دارند. مطالعه حاضر، با هدف بررسی تفاوت بین بیماران عروق کرونر (مورد) و افراد سالم (شاهد)، از نظر خشم و کیفیت زندگی انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش از نوع مورد-شاهدی بوده است. جمعیت مورد مطالعه، بیماران مراجعه کننده به کلینیک تخصصی بیمارستان گلستان اهواز بودند، که ۴۰ بیمار مرد و ۴۰ بیمار زن کرونری بر اساس تشخیص پزشک متخصص و همچنین ۴۰ مرد و ۴۰ زن مراجعه کننده به درمانگاه که به تشخیص پزشک سالم بودند، به عنوان گروه شاهد، با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای هر چهار گروه آزمون سیاهه بروز خشم - صفت اسپیلبرگر (STAXI-2) و پرسشنامه کیفیت زندگی وابسته به سلامت (SF-36) انجام شد و نتایج آن با آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) مورد مقایسه آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: اثر تعاملی عوامل خشم و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمودنی بیمار و شاهد ($F=16137/51$) در سطح ($P < /001$) معنی‌دار می‌باشد، مقایسه میانگین‌ها نشان داد که میزان خشم مردان و زنان بیمار در کیفیت زندگی مطلوب، تاحدودی مطلوب و نامطلوب، از مردان و زنان گروه شاهد بیشتر است.

نتیجه گیری: بطوریکه در مطالعه اخیر مشاهده شد خشم و سبک زندگی نامطلوب می‌تواند بستر ساز ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی باشد. لذا افزایش آگاهی می‌تواند از عوامل موثر در پیشگیری ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و از طرفی با آموزش های افرادی بیمار در کنترل خشم و داشتن زندگی سالم سلامتی آنها ارتقا خواهد یافت.

کلید واژگان: خشم، کیفیت زندگی، بیماری‌های عروق کرونری.

۱- مربی گروه روانشناسی.

۲- دانشیار گروه روانشناسی.

۱و۲- گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، اهواز، ایران.

* نویسنده مسئول:

مریم شاهنده؛ گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۶۰۰۹۹۱۷

Email: shahandehmrm@gmail.com

مقدمه

دارد ولی مهمترین دلیل، عوامل فشارزای روانی-اجتماعی و به خصوص تجربه هیجان‌های منفی همچون خشم و خصومت است (۷). خشم از مشکلات و معضلات خانواده-ها در قرن اخیر است و عبارت است از یک حالت پدیداری منفی که همراه با هیجانات داخلی، فیزیولوژیکی و نارسایی‌های شناختی می‌باشد (۸).

خشم در شمار پرشورترین هیجان‌هاست که می‌تواند به شیوه‌های گوناگون ایجاد شده و اثرات بسیاری بر ابعاد گوناگون جسمی و روانی داشته باشد (۹). خشم از نظر شدت، در طیفی از تحریک ملایم یا عصبانیت تا جنون و غضب قرار می‌گیرد. پژوهشگران معتقدند که خشم یکی از عوامل خطر ساز مستقل از عوامل بالینی برای CHD است (۴). مطالعات نشان داده‌اند که استعداد خصومت (تمایل افراد به واکنش نسبت به موقعیت‌های ناخوشایند، همراه با پاسخ‌هایی که عصبانیت، ناکامی، تحریک‌پذیری و بدگمانی) و خشم به درون (فقدان توانایی یا تمایل به ابراز عصبانیت مستقیم به موضوع)، رابطه‌ی معناداری با شدت بیماری‌های عروق کرونر دارند (۱۰). مونا (Mona) و همکارانش (۱۱) نشان دادند که نه تنها بروز خشم بلکه خشم سرکوب شده نیز با شیوع، شدت و پیشرفت CHD رابطه دارد. تجربه‌ی خشم می‌تواند با متغیرهای فردی مانند؛ جنسیت (۱۲) و شخصیت (۳) افراد مرتبط باشد.

حوادث زندگی تأثیر فراوانی روی میزان استعداد ابتلا به بیماری دارند. حوادث تغییردهنده زندگی، حوادثی است که در طی یک تا دو سال قبل از بروز بیماری ایجاد شده‌اند. اکثر کسانی که حادثه‌ی استرس‌زای خفیف تا متوسطی را تجربه می‌کنند، از استراتژی‌های موفق استفاده می‌کند ولی اگر حادثه بیش از حد شدید باشد، حتی با وجود استفاده از راهبردهای خوب باز هم احتمال بیماری در آینده نزدیک زیاد است (۱۳).

بیماری‌های عروق کرونر Coronary Heart Disease (CHD) و از جمله آترواسکلروز عروق کرونری، از عوامل عمده‌ی مرگ و میر در بیشتر مناطق جهان و از جمله ایران به شمار می‌رود و هزینه‌های زیادی به جامعه تحمیل می‌کند (۱). پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی سالیانه ۲۵ میلیون نفر را از بین خواهد برد (۲). پژوهش‌ها در ایران نشان می‌دهند که نرخ بیماری‌های عروق کرونر طی سال‌های اخیر، بین ۲۰ الی ۴۵ درصد افزایش پیدا کرده است (۱).

پژوهش‌های پیشین درباره‌ی سبب‌شناسی CHD بر طیفی از عوامل خطر ساز ایجادکننده، مانند: مصرف دخانیات، هایپرتانسیون (فشارخون بالا)، دیابت قندی، هایپرلیپیدمی (ازدیاد چربی خون) و سابقه‌ی فامیلی مثبت و برخی عوامل خطر ساز جدیدتر از جمله؛ چاقی، کاهش فعالیت‌های فیزیکی در زندگی روزانه و رژیم غذایی آتروژنیک تأکید داشته‌اند (۳). تنها در سال‌های اخیر بود که محققان متوجه شدند که علاوه بر متغیرهای پزشکی و بالینی، متغیرهای روانی از جمله؛ الگوی رفتاری نوع A، پرخاشگری، خصومت و خشم نیز می‌توانند در بروز و شیوع اختلال‌های قلبی نقش مهمی داشته باشند (۴). مک کینزو همکارانش در مطالعه‌ی عوامل روان‌شناختی را سومین علت انفارکتوس میوکارد نامیده‌اند. نظام‌های روان‌شناختی بر تأثیر عوامل روان‌پویایی همچون انگیزش و شخصیت بر تجربه واکنش به بیماری تأکید می‌ورزند (۵).

متخصصان همه‌گیر شناسی ده‌ها سال است که میزان فراوانی بیماری‌های عروق کرونری را در فرهنگ‌های مختلف بررسی کرده‌اند. نتایج پژوهش‌های آنان نشان می‌دهد که CHD، بیماری جوامع پیشرفته است، یعنی میزان بروز بیماری‌های قلبی در جوامع صنعتی بیش از سایر کشورهاست (۶). دلایل متعددی برای این تفاوت وجود

روش بررسی

این پژوهش در قالب یک طرح مورد-شاهدی و به صورت مقطعی در ماه‌های اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۰، بر روی مراجعان کلینیک تخصصی بیمارستان گلستان شهر اهواز انجام شد. آزمودنی‌های این مطالعه، شامل چهار گروه بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (جدول اعداد تصادفی) براساس شماره‌ای که به هر کدام از افراد اختصاص داده شده بود، تعیین شدند. حجم نمونه شامل ۴۰ بیمار زن و ۴۰ بیمار مرد با علائم آترواسکلروز عروق کرونر بود، برای انتخاب بیماران از روش تشخیصی آنژیوگرافی کرونر برای شناسایی تنگی لومن شریان کرونر که قبلاً انجام شده و تجمع غیرطبیعی چربی‌ها و بافت فیروز یا پلاک آتروم در دیواره‌ی رگ در آنها تأیید شده بود، استفاده شد. ۴۰ زن و ۴۰ مرد مراجعه‌کننده به درمانگاه تخصصی به روش نمونه-گیری تصادفی ساده بر اساس شماره‌گذاری افراد، به عنوان گروه شاهد، انتخاب شدند. شرط ورود گروه شاهد محدوددهی سنی ۳۰ تا ۷۰ سال و اینکه بر اساس بررسی سلامت توسط پزشک بر مبنای یک چک لیست شامل ریسک فاکتورهای قابل تعدیل آترواسکلروز عروق کرونر؛ مانند سابقه‌ی: افزایش چربی خون، فشارخون، دیابت، مصرف سیگار و بیماریهای قلبی و عروقی در خانواده، فاقد علائم آترواسکلروز عروق کرونر تشخیص داده شده بودند. این گروه، از نظر برخی از ریسک فاکتورهای غیرقابل تعدیل بیماری عروق کرونر، مانند: سن، جنس و سابقه‌ی خانوادگی بیماری قلبی کرونر، با گروه مورد همگن‌سازی شدند. از افراد هر دو گروه مورد و شاهد خواسته شد تا به سؤالات پرسش‌نامه‌های مورد پژوهش پاسخ دهند.

برای سنجش خشم، از سیاهه بروز خشم- صفت اسپیلبرگر-۲ (Spielberger's State-trait Anger) (STAXI-2) استفاده شد.

کیفیت زندگی را به عنوان آن دسته از خصوصیات تعریف می‌کنند که برای بیمار ارزشمند است و حاصل احساس راحتی یا ادراک خوب بودن است و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی می‌باشد. به طوری که فرد بتواند توانایی‌هایش را در فعالیت‌های با ارزش زندگی حفظ کند (۱۴). ارزیابی کیفیت زندگی کمک می‌کند تا مشکلات بیماران به طور بنیادی‌تر مورد توجه قرار گرفته و روش‌های درمانی مورد تجدیدنظر قرار گیرند (۱۵). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون نامطلوب است (۱۶). تحقیقاتی نیز نشان داده‌اند که نارسایی قلب بیشتر از سایر بیماری‌های مزمن شایع باعث اختلال در کیفیت زندگی بیماری با سطح نامطلوب‌تر کیفیت زندگی بدتر می‌شود (۱۷). همچنین کیفیت زندگی از جمله عواملی است که تحت تأثیر بیماری‌های عروق کرونر و (۱۸) و آنفارکتوس قلبی (۱۹) و جراحی بای‌پس (۱۵) قرار می‌گیرد. تحقیقات نشان دادند که مشاوره و مداخله بر کیفیت زندگی، در درمان بیماران قلبی مؤثر است (۲۰ و ۲۱).

نظر به اینکه در مطالعات اخیر سبک زندگی را پس از مداخلات درمانی پزشکی بررسی نموده‌اند و رابطه‌ی هیجان‌های منفی و قلب، قرن‌هاست به صورت یک فرضیه باقی مانده و تا همین اواخر شواهد متقاعدکننده‌ای برای چنین رابطه‌ای وجود نداشت، لازم است تا عوامل خطر ساز روانشناختی به طور جدی مورد بررسی قرار گیرند. با توجه به شیوع و بروز بیماری‌های کرونری در جوامع و با عنایت به ویژگی‌های این بیماران و ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی به منظور تغییر در زندگی برای پیش‌گیری از ابتلا و شدت یافتن بیماری‌های عروق کرونر، در این تحقیق به مقایسه‌ی خشم و کیفیت زندگی بین بیماران عروق کرونر و افراد سالم زن و مرد می‌پردازیم.

۰/۹۰ به دست آمده است (۲۴). همچنین آزمون پایایی به روش بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی دو هفته، ۰/۷۵ گزارش شده است (۲۵).

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده از نسخه‌ی ۱۹ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. با توجه به اهداف و فرضیه‌های پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمونهای آماری مناسب مانند تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است.

یافته‌ها

از ۱۶۰ نفر نمونه‌ی پژوهش، ۸۰ نفر بیمار و ۸۰ نفر سالم مورد بررسی قرار گرفتند. در گروه بیماران ۴۰ نفر زن و ۴۰ نفر مرد با میانگین سنی ۵۵/۳ سال و انحراف معیار ۱۲/۲ بودند. در گروه شاهد ۴۰ نفر زن و ۴۰ نفر مرد با میانگین سنی برابر با ۵۲/۷ سال با انحراف معیار ۱۰/۳ سال بودند. پس از استخراج نتایج، شاخص‌های توصیفی نمرات خشم در چهار گروه مرد و زن بیمار (مورد) و مرد و زن سالم (شاهد) در کیفیت‌های زندگی (مطلوب، تاحدی مطلوب و نامطلوب) محاسبه گردید (جدول شماره ۱).

بر اساس جدول شماره ۲، اثر تعاملی عوامل کیفیت زندگی و گروه‌های آزمودنی مورد و شاهد زن و مرد بر نمرات خشم با ضریب ($F=16137/51$) و درجه‌ی آزادی ۱، در سطح ($P<0/0001$) معنادار می‌باشد و تفاوت گروه‌ها در اثر مقایسه‌ی کیفیت زندگی بین گروه‌ها ($F=62/026$) در سطح ($P<0/0001$) از نظر آماری معنادار بود. همچنین تفاوت میانگین گروه‌های بیمار و شاهد زن و مرد ($F=25/408$) در سطح ($P<0/0001$) از نظر آماری معنادار بوده است. نتیجه به دست آمده این است که تفاوت معناداری میان بیماران عروق کرونری و افراد سالم از نظر میزان خشم و کیفیت زندگی وجود دارد.

برای روشن‌تر شدن محل تفاوت‌ها در بین گروه‌های آزمودنی از نظر متغیرها در شرایط مختلف آزمایشی از

این سیاهه یک مقیاس مداد کاغذی است که دارای ۵۷ آیت می‌باشد. آیت‌های سیاهه در سه بخش تنظیم شده‌اند؛ بخش اول، به اندازه‌گیری خشم می‌پردازد که در آن آزمودنی‌ها شدت احساس خود را بر اساس یک مقیاس چهارگزینه‌ای از (به هیچ وجه=۱) تا (خیلی زیاد=۴) درجه بندی می‌کنند. این بخش ۱۵ آیت دارد. بخش دوم با ۱۰ آیت برای سنجش صفت خشم اختصاص یافته است و خلق و خو و واکنش خشمگینانه را می‌سنجد. بخش سوم، مقیاس چهار درجه‌ای از (تقریباً هرگز=۱) تا (همیشه=۴) درجه بندی شده و ۳۲ آیت را دربر می‌گیرد که بروز و کنترل خشم را می‌سنجد و شامل بروز خشم بیرونی (بروزیافته)، بروز خشم درونی (فروخورده) و کنترل خشم بیرونی و درونی است (۲۲). ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) تمام خرده-مقیاس‌های STAXI-2 در مردان و زنان سالم و بیمار برابر با ۰/۷۳ یا بالاتر از آن بوده است. در مقایسه با نمره‌ی افراد سالم، نمره‌ی بیماران در مقیاس حالت و صفت خشم به طور معناداری بالاتر است. با استفاده از روش بازآزمایی که برای اعتباریابی مقیاس به کار می‌رود، ضریب همبستگی برای حالت خشم، ۰/۶۴، احساس خشم، ۰/۵۲ و برای کل صفت خشم، ۰/۷۴ به دست آمده است (۲۳).

پرسش‌نامه‌ی دوم، ابزار سنجش کیفیت زندگی (SF-36) طراحی توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی و دربرگیرنده هشت حیطه‌ی عملکرد و نقش جسمی، سلامت عمومی و فکری، نشاط، عملکرد اجتماعی و نقش عاطفی است. سؤالات از مقیاس رتبه‌ای صفر تا پنج برخوردار بودند. نمره‌ی صفر بدترین وضعیت و نمره‌ی پنج بهترین حالت ممکن برای هر فرد است. نمرات کلی سؤال‌ها از صفر تا ۱۰۰ تنظیم شده و نقطه‌ی برش بر اساس پاسخ بیماران سطح کیفیت زندگی به صورت "مطلوب" (بین صدک ۷۵ ام و بالاتر)، "تاحدی مطلوب" (بین ۲۵ ام تا ۷۵ ام) و "نامطلوب" (کمتر از صدک ۲۵) در نظر گرفته می‌شود. در ایران همسانی درونی مقیاس در محدوده‌ی ۰/۷۷ تا

کمترین مربوط به زنان سالم بود. در کیفیت زندگی نامطلوب، مردان و زنان بیمار خشم بیشتری نسبت به مردان سالم داشته‌اند. همچنین میانگین خشم بیماران زن و مرد در کیفیت زندگی تاحدودی مطلوب و نامطلوب تفاوت معناداری ندارد.

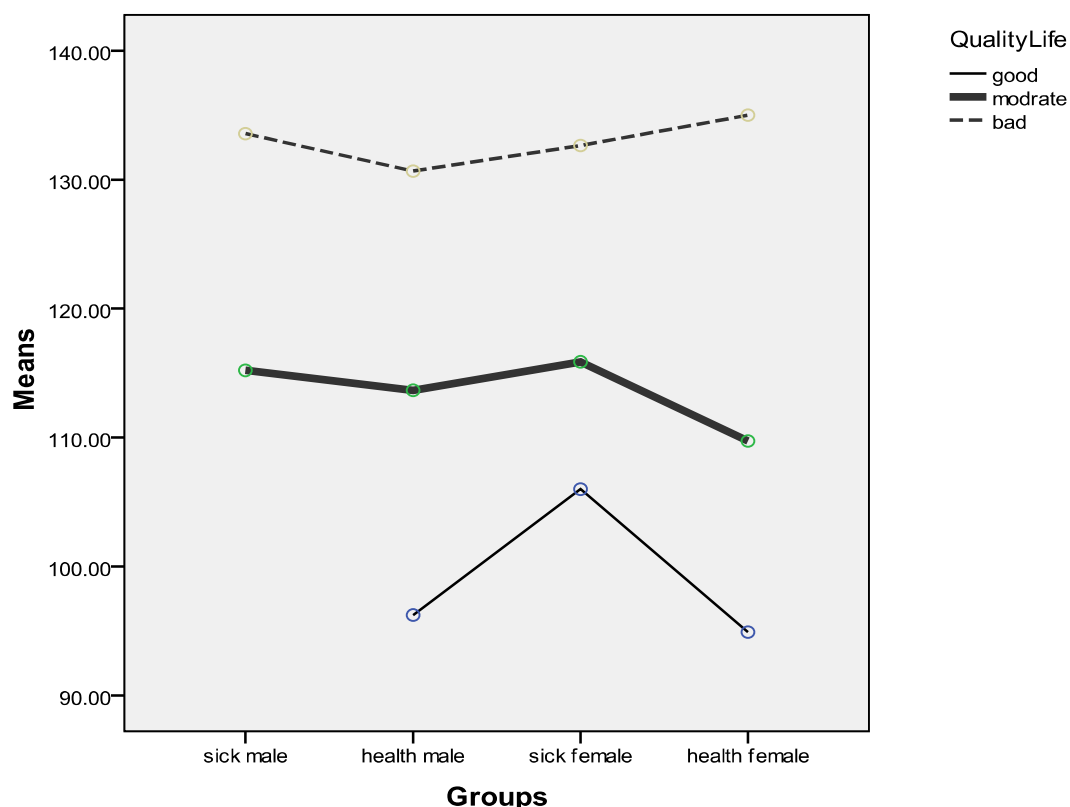
آزمون تعقیبی توکی استفاده شده و نتایج آن در نمودار شماره ۱ مورد مقایسه قرار گرفته است. در کیفیت زندگی مطلوب، میانگین خشم زنان بیمار از مردان و زنان سالم بیشتر بوده است. در کیفیت زندگی تاحدی مطلوب، مردان و زنان بیمار خشم بیشتری نسبت به مردان و زنان سالم دارند و به ترتیب بیشترین میزان خشم مربوط به زنان بیمار و

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی گروه‌ها در نمرات خشم به تفکیک کیفیت زندگی ($n = 160$)

گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	کیفیت زندگی
مرد بیمار	۹۶/۲۴	۱۴/۳۹	مطلوب
مرد سالم	۱۰۶/۰۰۰	۱۳/۳۶	
زن بیمار	۹۴/۹۱	۱۱/۴۸	
مرد بیمار	۱۱۵/۲۱	۹/۳۰	تاحدی مطلوب
مرد سالم	۱۱۳/۶۶	۱۰/۰۳	
زن بیمار	۱۱۵/۸۷	۸/۳۶	
مرد بیمار	۱۰۹/۷۳	۵/۶۳	نامطلوب
مرد سالم	۱۳۳/۵۷	۱۳/۵۴	
زن بیمار	۱۳۰/۶۶	۲/۸۸	
مرد سالم	۱۳۲/۶۵	۱۲/۹۶	
زن سالم	۱۳۵/۰۰	۰/۰۰	

جدول ۲: تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا)، تعامل گروه‌های آزمودنی و کیفیت زندگی در نمرات خشم

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	معناداری
اثر تعامل کیفیت زندگی و گروه‌ها	۲۰۵۹۴۷۷/۴۱۵	۱	۲۰۵۹۴۷۷/۴۱	۱۶۱۳۷/۵۱	۰/۰۰۰
اثر کیفیت زندگی	۱۵۸۹۲/۱۵۳	۲	۷۹۴۶/۰۷۶	۶۲/۰۲۶	۰/۰۰۰
اثر گروه‌های آزمودنی	۱۷۴۰۴/۸۲۵	۳	۵۸۰۱/۶۰۸	۲۵/۴۰۸	۰/۰۰۰
خطا	۱۹۷۲۸/۷۹۷	۱۵۴	۱۲۸/۱۰۹	-	-
کل	۲۱۲۰۰۹۲/۰۰۰	۱۶۰	-	-	-



نمودار ۱: مقایسه‌ی میانگین خشم بر اساس کیفیت زندگی (مطلوب، نامطلوب، تاحدی مطلوب) در گروه‌های آزمودنی بیمار و سالم زن و مرد

بحث

عنوان عوامل خطر مستقل بیماری‌های عروق کرونری، شناخته شده‌اند.

نتایج این مطالعه، تفاوت معناداری بین بیماران با علائم خشم در مقایسه با افراد سالم را نشان می‌دهد. افراد بیمار همچنین بیشتر از افراد سالم، کیفیت زندگی نامطلوب و تاحدی مطلوب را گزارش دادند. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد و یافته‌های استوارت (۱۷)، بل‌ایل (۱۰)، مونا (۱۱)، کاسپر (۳)، مسعودنیا (۴)، هداث (۱) و بهروزی‌فر (۱۸) را تأیید کرده است.

نظر به این که افراد مبتلا به CHD با مسایل و مشکلات زندگی و شرایط فشارزا به صورت هیجانی

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تفاوت بین بیماران زن و مرد با علائم بیماری‌های عروق کرونر (مورد) و افراد سالم (گروه شاهد)، از نظر متغیرهای خشم و کیفیت زندگی انجام شد. بر طبق نظریه‌های پزشکی فرض می‌شود که طیفی از ریسک فاکتورهایی بالینی مانند: مصرف دخانیات، فشارخون بالا، دیابت قندی، هیپرلیپیدمی، سابقه‌ی فامیلی مثبت، چاقی، رژیم غذایی آتروژنیک و مانند آن‌ها در بروز CHD نقش دارند. در پژوهش حاضر از میان عوامل رفتاری و اجتماعی که منجر به بیماری‌های جسمی می‌شوند، به بررسی دو متغیر خشم و کیفیت زندگی در CHD پرداخته است، که به

تعریف می‌شود، به همین دلیل وقتی که فردی دچار بیماری-های مزمن می‌شود، علایم فیزیولوژیکی پیش‌آگهی درمان، رژیم غذایی و موضوعات مرتبط می‌توانند اثرات شدیدی بر درک کلی رضایت از زندگی بگذارند.

نتیجه‌گیری

سلامتی دارای ابعاد متعددی است که بر کیفیت زندگی مؤثر است و انسان‌ها از آن رو به سلامتی اهمیت می‌دهند که بر اهداف دیگر زندگی آنها تأثیر می‌گذارد و از طرفی سلامتی و کیفیت زندگی نیز دارای رابطه‌ی دوطرفه می‌باشند. به طوری که مشکلات اجتماعی که روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارند، می‌توانند موجب مشکلات بهداشتی شده و همچنین مشکلات و مداخلات بهداشتی بر کیفیت زندگی مؤثر است.

با توجه به شیوع و بروز بیماری‌های عروق کرونری در جوامع صنعتی و زندگی ماشینی و با عنایت به ویژگی‌های روانشناختی این بیماران و تأثیر بیماری بر روند زندگی مبتلایان لازم است تا به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای ارزیابی برداشت بیمار از میزان تأثیری که نقص‌های بیماری‌ها و درمان آنها بر کارکردهای روزانه و فرصت‌های اجتماعی وی گذاشته‌اند، پرداخته شود.

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش و سایر مطالعات صورت گرفته در این زمینه می‌توان نتیجه گرفت که اجرای برنامه‌های مختلف مداخلات روانشناختی همچون آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند با تغییر در سبک زندگی و اصلاح نظام رفتاری و روانشناختی افراد مستعد ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی و افراد بیمار، گام‌های اساسی در جهت تسریع روند بهبودی بیماران و کاهش عوامل خطر ساز بیماری کرونری قلب برداشته و حتی به نحو چشم‌گیری از بروز بیماری در افراد پیش‌گیری کنیم.

گفتنی است که شمار کم آزمودنی‌ها و انتخاب محل نمونه در دسترس، برای تعمیم یافته‌های به دست آمده، لزوم

برخورد می‌کنند (۲۶)، بنابراین می‌توان پی برد که بسیاری از آنان در رویارویی با چالش‌ها و مسایل زندگی روزمره فاقد توانایی لازم و اساسی هستند و همین امر آنها را در مقایسه با افراد سالم آسیب‌پذیرتر می‌کند. لذا سریع‌تر برانگیخته شده و کمتر از افراد سالم توانایی کنترل خشم خود را دارند و بیشتر دست به پرخاشگری فیزیکی می‌زنند. محققان پیش از این نشان داده‌اند که خصیصه‌ی خشم و خشم به درون، با ضخیم‌سازی اینتمای میانی عروق کاروتید (۲۷) و پیدایش پلاک آترواسکلروتیک در عروق کاروتید (۲۸) در رابطه بوده است.

با توجه به این که مشکل در سلامت جسمانی یا عاطفی بر دیگر ابعاد کیفیت زندگی شامل تصور فرد از سلامت عمومی، انرژی و خستگی، فعالیت اجتماعی، سلامت روانی و محدودیت نقش‌های معمول تأثیر می‌گذارند (۲۹)، بنابراین می‌توان گفت علایم فیزیولوژیکی در بیماری قلبی عروقی و همچنین مشکلات روانشناختی این بیماران مانند: اضطراب، افسردگی و خشم، احتمالاً می‌توانند باعث کاهش سطح کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان شود. همچنین گزارش شده است که مشکلات هیجانی- روانشناختی در بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند، زیاد است و خود این مشکلات نیز باعث کاهش هر چه بیشتر کیفیت زندگی می‌شود (۳۰) در نتیجه هر عاملی که موارد ذکر شده را تضعیف کند، کیفیت زندگی را نیز پایین می‌آورد و هر عاملی که ابعاد ذکر شده را بهبود بخشد، باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

از سوی دیگر میزان عملکرد شناختی، سطح فعالیت اجتماعی و حس سلامت عمومی در این بیماران کمتر است و وضعیت سلامت جسمانی مانند میزان بروز نشان‌های جسمانی و روانی در آنها بیشتر می‌باشد. بیماران خلق ضعیف‌تر، نشانه‌های جسمانی بیشتر و رضایت از زندگی کمتری دارند. با توجه به این که کیفیت زندگی به عنوان قضاوت‌های شناختی آگاهانه راجع به رضایت فرد از زندگی

این پژوهش با همکاری بیمارستان گلستان شهر اهواز انجام شده است. از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش مساعدت‌ها و راهنمایی‌های لازم را فراهم کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه پیام‌نور استان خوزستان که از این پژوهش با شماره‌ی ۱۴/۸۶۴۸/د حمایت مالی به عمل آورده است، تشکر و قدردانی می‌شود.

انجام پژوهش‌های مشابه با نمونه‌های بزرگتر در پژوهش‌های گسترده را ضروری می‌نماید. همچنین بررسی سایر عوامل اجتماعی و روانشناختی مؤثر بر کیفیت زندگی و استفاده از برنامه‌های درمانی مبتنی بر شیوه‌های روانشناختی جهت تغییر و اصلاح نظام رفتاری بیماران از جمله پیشنهادهایی است که می‌توان در رابطه با پژوهش حاضر ارائه نمود.

قدردانی

منابع

- 1-Hadaegh F, Harati H, Ghanbarian A, Azizi F. Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults: Tehran Lipid and Glucose Study. *East Mediter Health J* 2009; 15 (1):157-66.
- 2-Shepherd CW, While AE. Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2012; 49 (6):755-71.
- 3-Kasper DL, Fauci A, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JJ, et al. *Harrison's principles of internal medicine*. 16th ed. New York: Mac Grow-Hill; 2005. P. 1425-34.
- 4-Masoudnia E. [Hostility, anger and risk of coronary artery atherosclerosis]. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci* 2011;18(6):540-51. [In Persian]
- 5-Csef H, Hefner J. [Stress and myocardial infarction]. *MMW Fortschr Med* 2005;147(13):33-5. [In German]
- 6-Sarafino O, Edward P. *Health Psychology*. 5th ed. New York: John Wiley & Snos; 2005; 147 (13): 33-35.
- 7-Kubzansky LD, Kawachi I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *J Psychosom Res* 2000;48(4-5):323-37.
- 8-Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ. Anger in early adolescent boys and girls with health manifestations. *Nurs Res* 2002;51(4):229-36.
- 9-Calamari E, Pini M. Dissociative experiences and anger proneness in late adolescent females with different attachment styles. *Adolescence* 2003;38(150):287-303.
- 10-Bleil ME, McCaffery JM, Muldoon MF, Sutton-Tyrrell K, Manuck SB. Anger-related personality traits and carotid artery atherosclerosis in untreated hypertensive men. *Psychosom Med* 2004;66(5):633-9.
- 11-Eng PM, Fitzmaurice G, Kubzansky LD, Rimm EB, Kawachi I. Anger expression and risk of stroke and coronary heart disease among male health professionals. *Psychosom Med* 2003;65(1):100-10.
- 12-Zipes DP, Libby P, Bonow R, Braunwald E. *Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. P. 1345-51.
- 13-Abdolahian E, Mokhber N, Kafaei Razavi Z. [The comparison of coping response and important life events on Coronary Heart disease patients]. *Quart J Fund Ment Health* 2006; 8(29-30):37-42. [In Persian]
- 14-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.
- 15-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.
- 16-Jabalamel S, NeshatDoost HT, Moulavi H. [Efficacy of cognitive-behavioral stress management intervention on quality of life and blood pressure in female patients with hypertension]. *Sci J Kordestan Univ Med Sci* 2010;15(2):88-97. [In Persian]
- 17-Stewart S, Blue L. *Improving outcomes in chronic heart failure: a practical guide to specialist nurse intervention*. London: BMJ; 2001.
- 18-Behrouzifar S, Zenouzi S, Nezafati MH, Esmaili HA. [Factors affecting the patients' quality of life after coronary artery bypass graft]. *Nurs Midwifery Faculty Iran Univ Med Sci J* 2009;21(57):31-41. [In Persian]
- 19-HasanPour Dehkordi A, Delaram M, Forozande N, Ganji F, Asadi Noghahi AA, Bakhsha F, et al. [A survey on quality of life in patients with myocardial infarction, referred to Shahrekord Hagar hospital in 2005]. *ShareKord Univ Med Sci J* 2004;9(3):78-84. [In Press]

- 20-Ahmadi F, GhofraniPour F, Arefi H, Abedi H, Faghihzade S. [The effect of counselling on quality of life of coronary heart disease patients]. *J Psychol* 2000;4 (2):97-102. [In Persian]
- 21-Li R, Yan BP, Dong M, Zhang Q, Yip GW, Chan C, et al. Quality of life after percutaneous coronary intervention in the elderly with acute coronary syndrome. *Int J Cardiol* 2012;155(1):90-6.
- 22-Spielberger CD. State-Trait Anger Expression Inventory-2™ (STAXI-2™). Professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1996.
- 23-Asghari Moghadam M A, Hakimirad E, Rezazade T. [Reliability and standardize of State and Trait Anger Expression Inventory]. *Daneshvar (Raftar)* 2008;15(28):21-35. [In Persian]
- 24-Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005;5(1):49-56. [in Persian]
- 25-Dehdari T, Heidarnia AR, Ramezankhani A, Sadeghian S, GhofraniPour FA, Babaei Rouchi GH, et al. Effects of phase III cardiac rehabilitation programs on anxiety and quality of life in anxious patients after Coronary Artery Bypass Surgery. *J Tehran Univ Heart Center* 2007;2(4):207-12.
- 26-Williams JE, Nieto FJ, Sanford CP, Tyroler HA. Effects of an angry temperament on coronary heart disease risk: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Am J Epidemiol* 2001;154(3):230-5.
- 27-Matthews KA, Owens JF, Kuller LH, Sutton-Tyrrell K, Jansen- McWilliams L. Are hostility and anxiety associated with carotid atherosclerosis in healthy postmenopausal women? *Psychosom Med* 1998;60(5):633-8.
- 28-Matsumoto Y, Uyama O, Shimizu S, Michishita H, Mori R, Owada T, et al. Do anger and aggression affect carotid atherosclerosis? *Stroke* 1993;24(7):983-6.
- 29-van Jaarsveld CH, Sanderman R, Ranchor AV, Ormel J, van Veldhuisen DJ, Kempen GI. Gender-specific changes in quality of life following cardiovascular disease: a prospective study. *J Clin Epidemiol* 2002;55(11):1105-12.
- 30-Vila G, Hayder R, Bertrand C, Falissard B, De Blic J, Mouren-Simeoni MC, et al. Psychopathology and quality of life for adolescents with asthma and their parents. *Psychosomatics* 2003;44(4): 319-28

The Investigation of Anger and Quality of Life within Coronary Heart Disease Patients

Maryam Shahandeh^{1*}, Ali Reza Aghayousefi²

1-Lecturer of Psychology.
2-Associated Professor of Psychology.

1,2-Department of Psychology,
Payame Noor University
Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:
Maryam Shahandeh; Department
of Psychology, Payame Noor
University, Ahvaz, Iran.
Tel: +989166009917
Email: shahandehmrm@gmail.
com

Abstract

Background and Objective: Coronary heart disease (CHD) is a major cause of mortality in developed countries and various risk factors have been proposed for them, among which psychological factors have important role in outbreak or intensification and continuance of these disruptions. The aim of this study was to determine the difference between normal people and people with coronary heart disease with regards to anger and quality of life.

Subjects and Methods: This study was performed as a case-control design. Data was collected from 40 male and 40 female patients with CHD who had referred to Golestan Hospital specialist clinic in Ahwaz and 40 male and 40 female who were healthy on physician check-up, were used as control. Two groups completed the Spielberger's State-trait Anger Expression Inventory 2 (STAXI-2) and Quality of Life Inventory (SF-36) to measure their anger and Quality of life. MANOVA test was used to analyze the data.

Results: The Quality of life. A significant ($P < 0.001$) difference was found on the Interaction Effect of Anger and Quality of Life between case and control groups. The comparison of means showed that male and female patients had more anger in desirable, semi and non desirable quality of life.

Conclusion: These finding illustrated that the effect of anger and quality of life style extremely related to coronary heart disease. Therefore, raising awareness may be an effective factor to prevent coronary heart disease while training of the patients to control their temper and having healthy life style to promote their health.

Keywords: Anger, Quality of life, Coronary heart disease (CHD).

Please cite this paper as:

Shahandeh M, Aghayousefi AR. The Investigation of Anger, Quality of Life among Coronary Heart Disease Patients. *Jundishapur Sci Med J* 2013;12(4):345-354

Received: Jan 23, 2012

Revised: Oct 17, 2012

Accepted: Nov 5, 2012