

# سبک‌های مقابله‌ای مشترک مرتبط با کاهش علائم اضطراب و افسردگی در بیماران پس از سکته قلبی

رضا باقریان سرارودی<sup>۱\*</sup> (Ph.D)، محسن معروفی<sup>۱</sup> (M.D)، غلامرضا خیرآبادی<sup>۱</sup> (M.D)، مریم فتح‌اله گل<sup>۲</sup> (M.D)، فاطمه زارع (M.D)<sup>۲</sup>

۱- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی

۲- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز پزشکی نور

## چکیده

سابقه و هدف: شیوه‌های مقابله‌ای، بروز علائم اضطراب و افسردگی از جمله مشکلات اساسی بیماران سکته قلبی است. معینا مطالعات کافی در این مورد وجود ندارد. هدف این مطالعه تعیین سبک‌های مقابله‌ای مشترک مرتبط با کاهش اضطراب و افسردگی در این بیماران بود.

مواد و روش‌ها: در یک بررسی مقطعی یک‌صد بیمار بعد از سکته قلبی که در یکی از بیمارستان‌های مجهز به واحد مراقبت قلبی (CCU) شهر اصفهان طی پائیز سال ۱۳۸۴ بستری شده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بیماران پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای جالویس و مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان را تکمیل نمودند. یافته‌ها: ماتریس هم‌بستگی ضرائب هم‌بستگی منفی معناداری بین اضطراب و سبک‌های مقابله‌ای مواجه شدن ( $r = -0/535, P = 0/0001$ )، خوش‌بینانه ( $r = -0/516, P = 0/0001$ )، حمایت‌جوینده ( $r = -0/409, P = 0/0001$ ) و خوداتکائی ( $r = -0/392, P = 0/0001$ ) و بین افسردگی و سبک‌های مقابله‌ای مواجه شدن ( $r = -0/267, P = 0/007$ ) و حمایت‌جوینده ( $r = -0/361, P = 0/0001$ ) را نشان داد. یافته‌ها نشان داد سبک‌های مقابله‌ای که به‌طور مشترک با میزان علائم اضطراب و افسردگی این بیماران هم‌بستگی منفی داشتند شامل سبک‌های مواجه شدن و حمایت‌جوینده بودند. نتایج تحلیل کواریانس تفاوت معناداری بین دو گروه سنی زیر ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال در هیچ یک از سبک‌های مقابله‌ای نشان نداد.

نتیجه‌گیری: مقایسه دو دسته روابط بین سبک‌های مقابله‌ای، و اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد که دو سبک مشترک مواجه شدن و حمایت‌جوینده احتمالاً به کارکرد سالم روان‌شناختی این بیماران مربوط می‌شود. همچنین به نظر می‌رسد ارزیابی شناختی از کنترل شخصی نقش حائز اهمیتی در انتخاب شیوه‌های مقابله‌ای دارد.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های مقابله‌ای، سازگاری، اضطراب، افسردگی، سکته قلبی

## مقدمه

سکته قلبی (Myocardial infraction, MI) مهم‌ترین عارضه بیماری‌های کرونر بوده که به دلیل میزان بالای مرگ و میر، عوارض، مشکلات روان‌شناختی متعاقب آن و تاثیرات منفی بر کیفیت زندگی مبتلایان به‌طور ویژه مورد توجه بوده

است [۱-۴]. در حالی که تقریباً ۲۰ تا ۴۵ درصد [۵،۶] بیماران پس از سکته قلبی علائم افسردگی پس از سکته قلبی را گزارش کرده‌اند تقریباً ۵۰ درصد بیماران مبتلا به سندرم‌های کرونری حاد بروز علائم اضطراب تجربه می‌کنند [۷]. مطالعات زیادی نشان داده که اضطراب، افسردگی و شیوه مقابله با

به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای را نشان دادند چنین رابطه‌ای بین افسردگی و به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای را مشاهده نکردند [۸]. گینزبرگ و همکاران نقش سبک مقابله‌ای سرکوبی را در پیش‌گیری از PTSD و اختلال حاد استرس را مورد تایید قرار دادند [۱۸]. گینزبرگ در مطالعه دیگری ضمن این‌که رابطه واکنش‌های اولیه به استرس در بیماران سکنه قلبی و علائم افسردگی مشاهده نمود، رابطه بین سطح بالای مشکلات سازگاری نظیر سبک‌های مقابله‌ای و بروز اضطراب را نشان داد [۱۹]. چانگا و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که اکثر بیماران که از مقابله متمرکز بر پذیرش استفاده می‌نمایند وقوع سکنه قلبی و غیر قابل تغییر بودن آن را می‌پذیرند در حالی‌که بیمارانی که از مقابله اجتنابی استفاده می‌نمایند خودشان را از نظر روانی و رفتاری برای تأثیرات سکنه قلبی آماده نمی‌سازند [۹]. معهدا این پژوهش‌گران نتیجه گرفتند که گرچه استفاده از مقابله‌های هیجان-مدار و اجتنابی با علائم همراه ارتباط دارد اما شیوه‌های ناسازگارانه لزوماً به بروز علائم اضطراب مربوط نمی‌شود.

با توجه به این‌که در اکثر موارد علائم اضطراب و افسردگی به‌صورت همبودی در بیماران پس از سکنه قلبی بروز می‌نمایند، شناخت شیوه‌های مقابله‌ای مشترک در کاهش این دو دسته علائم روان‌شناختی به منظور استفاده در مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر آموزش روش‌های مقابله‌ای ضروری است. هم‌چنین با عنایت به تناقض و پراکندگی یافته‌های مطالعات مورد اشاره به نظر می‌رسد رابطه هر یک سبک‌های مقابله‌ای و کاهش علائم اضطراب و افسردگی ناشناخته است. بنابراین هدف این مطالعه تعیین سبک‌های مقابله‌ای مشترک مرتبط با کاهش اضطراب و افسردگی در این بیماران بود.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش مقطعی است که به منظور تعیین رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و اضطراب و افسردگی در بیماران پس از سکنه قلبی انجام شد. طرح اصلی این مطالعه در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم

عارضه قلبی از جمله مشکلات اساسی این بیماران می‌باشد [۸]. معهدا مطالعات زیادی در مورد این مشکلات به ویژه سبک‌های مقابله‌ای در این بیماران وجود ندارد.

سکنه قلبی به عنوان یک حادثه تهدیدآمیز بیماران مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۹]. مفهوم استرس به وجود یک رویداد تهدیدآمیز و ارزیابی شخص از منابع موجود در رویارویی با آن رویداد اشاره دارد و مفهوم مقابله به عنوان تلاش‌های شناختی و رفتاری به منظور تسلط یافتن بر موقعیت‌های تهدیدآمیز نظیر چالش‌های حاصل از بیماری تعریف شده است [۱۰، ۱۱]. بر اساس نظریه لازاروس و فولکن رفتارهای مقابله‌ای در رویارویی با استرس شامل دو فرایند می‌شود: فرایند مسئله-مدار، که طی آن فرد با مسئله‌ای که علت واقعی آشفتگی در وی شده است مواجه می‌شود و فرایند هیجان-مدار، که بر اساس آن فرد تلاش می‌نماید پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم نماید [۱۲].

یافته‌های پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد تجربه سکنه قلبی به عنوان استرس عمده ریسک بروز علائم اضطراب [۱۳، ۱۴] و افسردگی [۱۴] را تا چند برابر افراد عادی افزایش می‌دهد. آلونزو و رینولدز [۱۵، ۱۶] اظهار نمودند که بیماران سکنه قلبی ممکن است طیفی از آشفتگی‌های پس از تروما را تجربه نمایند که می‌تواند موجب به‌کارگیری مقابله‌های غیر انطباقی شود. از طرف دیگر چه بسا مقابله‌های غیر انطباقی موجب بروز آشفتگی‌های روان‌شناختی گردد [۹]. معهدا مطالب کمی در مورد سبک‌های مقابله‌ای این بیماران و هم‌چنین رابطه بین شیوه‌های مقابله‌ای و کاهش علائم اضطراب و افسردگی در این بیماران در متون مربوطه وجود دارد [۹].

در حالی‌که وبستر [۸] مدعی شد به‌کارگیری روش‌های مقابله‌ای هیجان-مدار توسط بیماران سکنه قلبی موجب تجربه بیش‌تر اضطراب و افسردگی می‌شود ککیسن و نیامتی نیز نشان داد که چنان‌چه این بیماران مقابله‌های مسئله-مدار را بیش‌تر از مقابله‌های هیجان-مدار مورد استفاده قرار دهند سازگاری اجتماعی و روان‌شناختی بهتری خواهند داشت [۱۷]. با این وجود در حالی‌که چوی و همکاران رابطه بین اضطراب و

مقیاس سبک‌های مقابله‌ای جالویس: این پرسش‌نامه شامل شصت آیتم در طیف لیکرتی چهار درجه‌ای (بین صفر به معنای هرگز تا سه به معنای بیش‌تر مواقع) است که رفتارهای مقابله‌ای را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس هشت سبک مقابله‌ای را در بر می‌گیرد که عبارتند از: سبک مقابله‌ای مواجه شدن، سبک مقابله‌ای طفره‌آمیز، سبک مقابله‌ای خوش‌بینانه، سبک مقابله‌ای بدبینانه، سبک مقابله‌ای هیجانی، سبک مقابله‌ای تسکین‌دهنده، سبک مقابله‌ای حمایت‌جوینده و سبک مقابله‌ای خود-اتکائی [۲۰]. کیفیات روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. آلفای کرونباخ هشت خرده‌آزمون این مقیاس در نمونه بیماران مورد مطالعه بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۴ به دست آمد. هم‌چنین نتایج حاصل از بررسی پایایی بازآزمایی این مقیاس در یک نمونه ایرانی ۳۰ نفره از بیماران قلبی به فاصله سه هفته بین ۰/۵۸ تا ۰/۷۴ به دست آمد. اعتبار محتوی این مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. به طور کلی نتایج استخراج شده از این ارزیابی بیانگر اعتبار قابل قبول و رضایت‌بخش این مقیاس بود [۲۱].

مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان: این پرسش‌نامه یک ابزار کوتاه است که با حذف علائم جسمی و تمرکز بر علائم روان‌شناختی سطح اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان شامل ۱۴ آیتم و دو خرده‌آزمون اضطراب و افسردگی می‌باشد. هر آیتم در طیف لیکرتی ۴ نمره‌ای درجه‌بندی شده است. حداکثر نمره در هر خرده‌آزمون ۲۱ نمره می‌باشد [۲۲]. کیفیات روان‌سنجی این مقیاس در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. یک مطالعه مروری اخیر کارآئی مناسب این پرسش‌نامه در ارزیابی شدت علائم اضطراب و افسردگی و به حداقل رساندن احتمال برآوردهای کاذب از اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی را مورد تایید قرار داده است [۲۳]. ابعاد روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس مورد بررسی گرفته است. آلفای کرونباخ در نمونه‌ای از بیماران ایرانی برای خرده‌مقیاس‌های اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۶ به دست آمد. به علاوه یافته‌ها نشان داد که هر

پزشکی اصفهان مورد تصویب قرار گرفت و پروتکل آن هیچ‌گونه تضادی با موازین کمیته اخلاق پژوهش نداشت و مجوز کمیته اخلاق دانشگاه برای این تحقیق صادر شد. هم‌چنین موافقت کتبی و آگاهانه از هر کدام از بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه اخذ گردید.

جمعیت مورد مطالعه شامل بیماران دچار اولین سکته قلبی ارجاع شده به بیمارستان‌های الزهرا، نور، فیض و چمران شهر اصفهان بود و نمونه مورد مطالعه شامل ۱۰۰ بیمار با تشخیص قطعی اولین سکته قلبی که به صورت پی در پی طی پائیز سال ۱۳۸۴ در بیمارستان‌های الزهرا، نور، فیض و چمران شهر اصفهان بستری شده بودند. سن بیمار نمونه بین ۳۷ تا ۸۴ سال و با میانگین سنی ۵۵/۸۵ سال بود. بیماران نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب گردیدند. معیارهای ورود شامل: الف) دو معیار از سه معیار تشخیص MI بود. این معیارها شامل: ۱- درد قفسه سینه مشخصه کم‌رسانی خون به عضله قلب که حداقل ۲۰ دقیقه طول بکشد. ۲- وجود تغییرات پاتولوژیک بیانگر ایسکمی / انفارکتوس در امواج الکتروکاردیوگرافی (ECG) ۳- افزایش آنزیم‌های قلبی. ب) موافقت بیمار برای ورود به مطالعه. معیارهای خروج شامل: ۱- MI بیمار ثانوی بر جراحی بای پاس یا آنژیوپلاستی باشد. ۲- وجود بیماری طبی جدی دیگری که موجب کاهش امید به زندگی شود. ۳- وجود سابقه اختلالات روان‌پزشکی در بیمار. ۴- تحت درمان‌های افسردگی بودن. ۵- وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار. ۶- عدم توانایی صحبت کردن به فارسی سلیس به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه‌ها ایجاد مشکل کند. ۷- شرایط طبی عمومی بسیار ضعیف بر اساس نظر پزشک معالج طی زمان بستری. ۸- وقوع یک MI طی زمان بستری به دلایل طبی دیگر.

داده‌های پژوهش با استفاده از مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان (HADS) و مقیاس سبک‌های مقابله‌ای جالویس جمع‌آوری گردید.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران نمونه در جدول ۱ خلاصه شده است. از ۱۰۰ بیمار MI وارد شده به این مطالعه ۹۲ نفر (۹۲ درصد) مرد و ۹۱ نفر (۹۱ درصد) متاهل بودند. بیماران در دامنه سنی بین ۳۷ تا ۸۴ سال و با میانگین سنی ۵۵/۸۵ (انحراف استاندارد ۱۰/۲۹) قرار داشتند. سن ۷۱ درصد بیماران زیر ۶۰ سال بود. ۴۸ درصد تحصیلات پائین، ۳۶ درصد متوسط و ۱۶ درصد تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. ۵۱ درصد بیماران از طبقه اجتماعی-اقتصادی پائین و به ترتیب ۳۴ درصد و ۱۵ درصد از طبقات متوسط و بالا بودند. میانگین اضطراب بیماران در خرده مقیاس اضطراب بیمارستان ۱۰/۲۲ (۳/۱۷) و میانگین افسردگی آنان در خرده مقیاس افسردگی بیمارستان ۹/۲۸ (۳/۰۹) بود.

دو خرده آزمون این مقیاس به خوبی توان تمایز گروه‌های دارای علائم و فاقد علائم اضطراب و افسردگی را دارد. به طور کلی نتایج کیفیات روان‌سنجی این مقیاس بیانگر اعتبار قابل قبول این مقیاس بود [۲۳]. در این مطالعه با الهام گرفتن از بررسی‌های قبلی [۲۴، ۲۲] نمره ۱۱ به عنوان نقطه برش در هر خرده مقیاس در نظر گرفته شد و در خرده مقیاس افسردگی، بیماران به دو گروه با علائم و بدون علائم افسردگی تقسیم شدند و در خرده مقیاس اضطراب نیز بیماران دارای علائم اضطراب از بیماران بدون علائم اضطراب جدا شدند.

بعد از دریافت موافقت، دو پرسش‌نامه مقیاس سبک‌های مقابله‌ای جالویس و اضطراب و افسردگی پرسش‌نامه‌ها به تک تک بیماران داده شد و با نظارت دو نفر انترن پزشکی تکمیل گردید. در تکمیل پرسش‌نامه‌ها شرایط جسمی و روان‌شناختی بیماران کاملاً در نظر گرفته شد و چنانچه برخی در لحظه اجرا پرسش‌نامه‌ها، از شرایط مناسبی برخوردار نبودند اجرا آن‌ها با باقیمانده پرسش‌نامه به جلسه مراجعه بعدی موکول شد. در اجرا پرسش‌نامه رفتارهای مقابله‌ای، از آزمودنی‌های خواسته شد به موارد پرسش‌نامه توجه کنند و با در نظر گرفتن حالات روان‌شناختی و رفتارهای خویش در موقعیت‌های چالش‌آور گذشته به دقت به آیتم‌های آن پرسش‌نامه پاسخ دهند. پرسش‌نامه‌ها توسط دو نفر انترن پزشکی آموزش دیده اجرا گردید. این پرسش‌گران به افرادی که به خوبی قادر به خواندن و تکمیل پرسش‌نامه‌ها نبودند کمک می‌کردند.

به منظور توصیف شاخص‌های آماری ویژگی‌های جمعیت شناختی و روان‌شناختی بیماران از آمار توصیفی استفاده شد و برای ارزیابی رابطه بین سبک‌های هشت‌گانه و میزان اضطراب و افسردگی روش ضریب هم‌بستگی مورد استفاده قرار گرفت. همچنین به منظور مقایسه سبک‌های مقابله‌ای بین دو گروه سنی بالای ۶۰ سال و زیر ۶۰ سال از روش تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس استفاده گردید.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک و روانشناختی بیماران

ویژگی‌های دموگرافیک	میانگین یا فراوانی n=۱۰۰	انحراف استاندارد یا درصد
میانگین سن	۵۵/۸۵	۱۰/۲۹
سن > ۶۰	۷۱	٪۷۱
سن < ۶۰	۲۹	٪۲۹
جنس (مرد) (%)	۹۲	٪۹۲
تاهل (متاهل) (%)	۹۱	٪۹۱
تحصیلات: (%)		
پایین	۴۸	٪۴۸
متوسط	۳۶	٪۳۶
بالا	۱۶	٪۱۶
طبقه اجتماعی اقتصادی: (%)		
پائین	۵۱	٪۵۱
متوسط	۳۴	٪۳۴
بالا	۱۵	٪۱۵
اضطراب (میانگین)	۱۰/۲۲	۳/۱۷
افسردگی (میانگین)	۹/۲۸	۳/۰۹

به منظور ارزیابی ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای هشت‌گانه، میزان اضطراب و افسردگی از ضرایب هم‌بستگی استفاده شد که ماتریس این ضرایب هم‌بستگی در جدول ۲ دیده می‌شود.

جدول ۲. ماتریس ضرائب همبستگی بین سبکهای مقابله ای و اضطراب و افسردگی

متغیرها	سبک مواجهه شدن	سبک مقابله ای طفره آمیز	سبک مقابله ای خوش بینانه	سبک مقابله ای بدبینانه	سبک مقابله ای هیجانی	سبک تسکین دهنده	سبک حمایت جوینده	سبک مقابله ای خود-اتکائی	اضطراب
اضطراب	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۰۱۱	۰/۱۱۷	۰/۳۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۲	۰/۰۰۰۰
افسردگی	۰/۰۰۰۷	۰/۲۸۱	۰/۰۵۳	۰/۰۷۱	۰/۶۴۱	۰/۸۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۱۲۹	۰/۰۰۰۱

\* $<0.05$ ; \*\* $<0.01$ 

نتایج تحلیل کواریانس نمره‌های سبک‌های مقابله‌ای تفاوت معناداری بین دو گروه سنی زیر ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال در هیچ یک از سبک‌های مقابله‌ای نشان نداد (جدول ۴).

جدول ۴. خلاصه نتایج آماری تحلیل کواریانس داده‌های مربوط به خرده آزمون‌های مقیاس سبک‌های مقابله‌ای در مقایسه دو گروه سنی زیر ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال

منابع تغییر	SS	df	MS	F	p-value
سبک مواجهه شدن	۰/۱۰۴	۱	۰/۱۰۴	۰/۵۵	۰/۴۶
سبک مقابله ای طفره آمیز	۰/۵۶۵	۱	۰/۵۶۵	۳/۷۱۴	۰/۰۵۷
سبک مقابله ای خوش بینانه	۰/۰۰۷	۱	۰/۰۰۷	۰/۰۳۶	۰/۸۵
سبک مقابله ای بدبینانه	۰/۰۴۷	۱	۰/۰۴۷	۰/۲۵۹	۰/۶۱۲
سبک مقابله ای هیجانی	۰/۱۵۷	۱	۰/۱۵۷	۰/۷۷	۰/۳۸۲
سبک تسکین دهنده	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۹۵۶
سبک حمایت جوینده	۰/۰۰۹	۱	۰/۰۰۹	۰/۰۳۹	۰/۸۴۳
سبک مقابله ای خود-اتکائی	۰/۰۰۲	۱	۰/۰۰۲	۰/۰۱۳	۰/۹۱۱

\* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$ 

## بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، سبک‌های مقابله‌ای بیماران بستری که اولین بار سخته قلبی را تجربه می‌نمودند، مورد جستجو قرار گرفت و رابطه هر یک از شیوه‌های مقابله‌ای و میزان اضطراب و افسردگی در این بیماران بررسی گردید و سپس شیوه‌های مقابله‌ای مشترک مرتبط با کاهش میزان اضطراب و افسردگی در این بیماران مورد توجه قرار گرفت.

مفهوم استرس اشاره دارد به رابطه بین شخص و شرایطی که فرد فراتر از توانائی خویش تلقی می‌نماید و تهدیدی برای

نتایج نشان می‌دهد که ضرائب همبستگی منفی معناداری بین اضطراب و سبک‌های مقابله‌ای مواجهه شدن ( $P = 0.0001$ ،  $r = -0.535$ )، خوش‌بینانه ( $P = 0.0001$ ،  $r = -0.516$ )، حمایت‌جوینده ( $P = 0.0001$ ،  $r = -0.409$ ) و خود-اتکائی ( $P = 0.0001$ ،  $r = -0.392$ ) وجود دارد. هم‌چنین ضریب همبستگی مثبت معناداری بین اضطراب و سبک مقابله‌ای بدبینانه ( $P = 0.011$ ،  $r = 0.253$ ) مشاهده می‌شود. به همین ترتیب ضرائب همبستگی منفی معناداری بین افسردگی و سبک‌های مقابله‌ای مواجهه شدن ( $P = 0.007$ ،  $r = -0.267$ ) و حمایت‌جوینده ( $P = 0.0001$ ،  $r = -0.361$ ) وجود دارد.

نتایج ماتریس ضرائب همبستگی (جدول ۲) نشان می‌دهد سبک‌های مقابله‌ای مشترک در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای، اضطراب و افسردگی در این بیماران شامل سبک‌های مواجهه شدن و حمایت‌جوینده می‌باشد.

در این مطالعه ۷۱ درصد بیماران زیر ۶۰ سال و ۲۹ درصد بالای ۶۰ سال بودند.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) در مقایسه سبک‌های مقابله‌ای با وارد کردن متغیر تحصیلات به عنوان متغیر کواریانس تفاوت معناداری بین دو گروه ( $P = 0.920$ ) و  $F$  و  $P < 0.05$  را نشان نداد (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل MANCOVA در مقایسه سبک‌های

مقابله‌ای بین دو گروه سنی زیر ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال

منابع اثر	Value	df	F	p-value
تحصیلات	۰/۹۱۵	۸	۱/۰۵۱	۰/۴۰۴
سبک‌های مقابله‌ای	۰/۹۲۴	۸	۰/۹۲۰	۰/۵۰۴

\* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$

بهریستی خود می‌بیند [۲۱]. بر اساس نظریه لازاروس و فولکمن مقابله دو کارکرد اصلی دارد: کارکرد مسئله - مدار که با مسئله‌ای که موجب آشفتگی و استرس شده است رویارویی می‌شود و کارکرد هیجان - مدار که به تنظیم پاسخ‌های هیجانی در مواجهه با مسئله کمک می‌کند [۱۲]. وقوع حوادث قلبی تهدید جدی را برای بیمار به وجود می‌آورد که استفاده از رفتارهای مقابله‌ای را به منظور سازگاری با این چالش‌ها لازم می‌سازد [۱۳].

در ماتریس هم‌بستگی به دست آمده رابطه منفی بین سبک‌های مواجهه شدن، خوش‌بینانه، حمایت‌جوینده و خود-اتکائی و میزان اضطراب در بیماران مشاهده شد. هم‌چنین ماتریس هم‌بستگی نیز رابطه منفی بین سبک‌های مواجهه شدن و حمایت‌جوینده، و میزان افسردگی نشان داد. آنچه مسلم است آن‌که کارکرد مسئله - مدار این مقابله‌ها بر کارکرد هیجان - مدار آن‌ها برتری دارد. یافته‌های این مطالعه با نتایج وبستر [۸]، گینزبرگ و همکاران [۲۰، ۱۸] و چانگا و همکاران [۹] هماهنگ است.

از مقایسه این دو دسته روابط این نکته انتزاع می‌شود که دو سبک مواجهه شدن و حمایت‌جوینده بیش‌تر به کارکرد سالم روان‌شناختی بیماران مربوط می‌شود. از بین سبک‌های مقابله‌ای گوناگون این دو سبک مقابله‌ای با کاهش اضطراب و افسردگی رابطه دارد. سبک مقابله‌ای مواجهه به‌طور مسلم از جمله سبک‌های مسئله - مدار است. گرچه سبک حمایت‌جوینده دارای عناصری از روی‌کرد هیجان - مدار می‌باشد اما با توجه به خصیصه‌های فرهنگی - اجتماعی جامعه ایران مولفه‌های روی‌کرد مسئله - مدار در آن قابل تصور است. این یافته‌ها نتایج مطالعات ککیسن و نیامتی [۱۷] و چانگا و همکاران [۹] را مورد تایید قرار می‌دهد. در حالی‌که سبک مقابله‌ای مواجهه شدن در سازگاری روان‌شناختی دارای کارکرد و اثربخشی تایید شده‌ای است اما به نظر می‌رسد کارکرد سبک مقابله‌ای حمایت‌جوینده تا حدودی به فرهنگ وابسته می‌باشد. در شرایط فرهنگی - اجتماعی جامعه ایران با توجه کارکرد ویژگی‌هایی نظیر پیوندهای عاطفی در کاهش هیجانات منفی به

نظر می‌رسد این سبک مقابله‌ای در بستر فرهنگی - اجتماعی ایران دارای کارکرد موثری در سازگاری روان‌شناختی است. این نکته‌ای است که می‌تواند به ویژه در حوزه مداخلات به منظور کنترل استرس کاربرد بالینی داشته باشد.

گرچه مردم از جمله بیماران ممکن است در مراحل اولیه مواجهه با استرس تمایل به استفاده از شیوه‌های هیجان - مدار داشته باشند اما به نظر می‌رسد اکثر آنان در گذر زمان ترجیح می‌دهند شیوه‌هایی را به کار برند که منجر به تغییر موقعیت و حل مشکلات موجود شود.

علاوه بر این به نظر می‌رسد ارزیابی شناختی از چالش‌ها نقش حائز اهمیتی در انتخاب شیوه مقابله‌ای دارد. از لحاظ نظری هنگامی افراد به مقابله‌های هیجان - مدار توسل می‌جویند که در ارزیابی شناختی خویش از شرایط چالش‌آور، موقعیت استرس‌آمیز را قابل تغییر ارزیابی ننمایند. بر عکس در موقعیت‌هایی که به عنوان قابل تغییر شناسایی می‌گردد استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای مساله - مدار مورد استفاده قرار می‌گیرد. این موضوع اشاره به مفهوم کنترل شخصی در متون روان‌شناسی اشاره دارد.

طبق نظر فولکمن و موسکوتیز [۲۵] مقابله یک فرایند پیچیده و چند بعدی است که به مقتضیات و منابع محیطی نیز وابسته است. مقابله می‌تواند ماهیت مثبت و یا منفی داشته باشد و به راه‌بردهایی مربوط می‌شود که ارزیابی‌های اولیه و ثانوی را در برمی‌گیرد. در حالی‌که به طور کلی به نظر می‌رسد مقابله با تنظیم هیجانی در طی فرایند استرس ارتباط بسیار نزدیک دارد، اما رابطه اساسی بین انواع مختلف مقابله و سازگاری به سادگی قابل شناسایی کامل نیست و در حقیقت به آسانی نمی‌تواند مورد واریسی قرار گیرد. برای مثال انواع معینی از شیوه‌های مقابله‌ای اجتناب گونه رابطه واضحی با پیامدهای ناگوار روان‌شناختی دارد. برعکس مشاهده شده است که سبک‌های مقابله مساله - مدار ابزاری و جستجوی حمایت اجتماعی هم دارای اثرات مثبت، هم منفی و نیز همین‌طور فاقد تاثیر بر پیامدهای سلامتی بوده است [۲۵].

پژوهش‌های آتی، با استفاده از روش‌های پژوهشی دقیق‌تر و کنترل نقش این متغیرها مخدوش‌کننده، ابعاد مختلف شیوه‌های مقابله‌ای و نقش آن‌ها در سازگاری این بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

## تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. بنابراین از همکاری صمیمانه مسئولین مرکز تحقیقات علوم رفتاری قدردانی می‌شود. محققین بر خود لازم می‌دانند از همکاری کارکنان محترم بیمارستان‌های الزهرا، نور، فیض و چمران شهر اصفهان در اجرای پژوهش تشکر نمایند.

## منابع

- [1] Andreoli TE, Carpenter CC, Griggs RC, Loscalzo J. CECIL Essentials of medicine. 5nd ed. W.B. Saunders Company, New York: 2005., pp. 79-99.
- [2] Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE Jr, Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004; 13: 283-298.
- [3] Soto Torres M, Márquez Calderón S, Ramos Díaz I, Barba Chacón A, López Fernández F, Failde Martínez T. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population. *Qual Life Res* 2004; 13: 1401-1407.
- [4] Libby P. The pathogenesis of atherosclerosis. In: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL. *Harrison's Principles of internal medicine*. 16th ed. New York: McGraw-Hill. 2005.
- [5] Spijkerman TA, van den Brinka RH, Jansena JH, Crijns HJ, Ormela J. Who is at risk of post-MI depressive symptoms? *J Psychosom Res* 2005; 58: 425-432.
- [6] Bagherian Sararoudi R, Guilani B, Bahrami Ehsan H, Saneei H. Relationship between post-MI depression and left ventricular dysfunction. *Iranian J Psychiatry Psychol* 2008; 13: 320-327. (Persian).
- [7] Huffman JC, Smith FA, Blais MA, Januzzi JL, Fricchione GL. Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. *J Psychosom Res* 2008; 65: 557-563.
- [8] Chiou A, Potempa K, Buschmann MB. Anxiety, depression and coping methods of hospitalized patients with myocardial infarction in Taiwan. *Int J Nurs Stud* 1997; 34: 305-311.
- [9] Chunga MC, Bergerb Z, Rudd H. Coping with posttraumatic stress disorder and comorbidity after myocardial infarction. *Compr Psychiatry* 2008; 49: 55-64.
- [10] Sarafina EP. *Health Psychology, Biopsychosocial Interactions: Stress, Illness, and Coping*. John Wiley & Sons, USA, 2002.
- [11] Tuncay T, Musabak I, Gok DE, Kutlu M. The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health Qual Life Out* 2008; 6: 79.
- [12] Brannon L, Feist J. *Health Psychology: Stress, Pain and Coping*. United States: Cengage Learning. 2006. pp. 118-121.
- [13] Pedersen SS, Middel B, Larsen ML. Posttraumatic stress disorder in first-time myocardial infarction patients. *Heart Lung* 2003; 32: 300-307.

به طور خلاصه اعتقاد بر این است که داشتن توانایی و منابع در استفاده از مقابله مساله-مدار اثرات روان‌شناختی و نیز فیزیولوژیائی مشکلات و عوامل استرس‌زای روزانه را کاهش می‌دهد. یکی از این منابع مورد نظر احساس کنترل شخصی است [۲۶]. اعتقاد بر این است که در مفهوم کنترل شخصی در فرایند مقابله دو معنا نهفته است.

در اولین معنا کنترل شخصی به عنوان باور تعمیم یافته فرد به این‌که وی به طور کلی تا چه اندازه می‌تواند پیامدها و رویدادهای زندگی را کنترل کند، تعبیر می‌شود و در دومین معنا منظور ارزیابی موقعیتی از امکان داشتن کنترل بر یک موقعیت استرس‌زای خاص است. کنترل به عنوان باور تعمیم یافته یک شکلی از ارزیابی اولیه است در حالی‌که کنترل در زمینه یک ارزیابی موقعیتی به‌عنوان ارزیابی ثانویه در نظر گرفته می‌شود [۲۶].

به‌طور کلی بیماران مبتلا به بیماری جدی اغلب در چالش مداوم برای سازگاری در حفظ کیفیت زندگی و بهزیستی خویش هستند. بنابراین لازم است متخصصین و تیم پزشکی از عوامل و شرایطی که به طور بالقوه این سازگاری را تسهیل می‌کنند فهم و درک خوبی داشته باشند. احساس کنترل یکی از عوامل اصلی فرایند مقابله‌ای است که در سازگاری مثبت با بیماری نقش با اهمیتی دارد.

### محدودیت‌های پژوهش

به طور اجتناب‌ناپذیر هر مطالعه‌ای با محدودیت‌هایی روبرو می‌گردد که تفسیر یافته‌ها را در بستر آن محدودیت‌ها ضروری می‌سازد. نمونه مورد مطالعه به بیماران سکنه قلبی شهر اصفهان محدود شده است. هم‌چنین به دلیل محدودیت زمانی، معیارهای انتخاب آزمودنی‌ها، محدودیت‌های امکانات و مقدرات تا حدی حجم نمونه نیز محدود گردید. بنابراین در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. فقدان اطلاعات دقیق از نقش عواملی نظیر سابقه بیماری قلبی، سابقه روان‌پزشکی، بیماری‌های همراه، داروهای مصرفی و میزان مصرف و نقش آن‌ها در سبک‌های مقابله‌ای، نتیجه‌گیری قاطع از یافته‌های پژوهش را با محدودیت روبه‌رو می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود در

- [21] Bagherian R, Ahmadzadeh G, Yazdani E. Study of coping styles among dialysis patients. *Koomesh* 2009; 10: 111-118. (Persian).
- [22] Zigmond AS, and Snaith PR. The Hospital Anxiety and Depression Scale *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67: 361-370.
- [23] Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the hospital anxiety and depression scale: an updated literature review. *J Psychosom Res* 2002; 52: 69-77.
- [24] Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Out* 2003; 1: 14.
- [25] Folkman S, and Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and promises. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 745-774.
- [26] Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46: 839-852.
- [14] Pedersen SS, van Domburg RT, Larsen ML. The effect of low social support on short-term prognosis in patients following a first myocardial infarction. *Scand J Psychol* 2004; 45: 313-318.
- [15] Alonzo AA. Acute myocardial infarction and posttraumatic stress disorder: the consequences of cumulative adversity. *J Cardiovasc Nurs* 1999; 13: 33-45.
- [16] Alonzo AA, Reynolds NR. The structure of emotions during acute myocardial infarction: a model of coping. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1099-1110.
- [17] Keckeisen ME, Nyamathi AM. Coping and adjustment to illness in the acute myocardial infarction patient. *J Cardiovasc Nurs* 1990; 5: 25-33.
- [18] Ginzburg K, Solomon Z, Bleich A. Repressive coping style, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. *Psychosom Med* 2002; 64: 748-757.
- [19] Ginzburg K. Comorbidity of PTSD and depression following myocardial infarction. *J Affect Disord* 2006; 94: 135-143.
- [20] Indqvist R, Sjoden PO. Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Adv Nurs* 1998; 27: 312-319.

Archive of SID



## Same coping styles related to reduction of anxiety and depressive symptoms among myocardial infarction patients

Reza Bagherian Sararoudi (Ph.D)<sup>\*1</sup>, Mohsen Maroofi (M.D)<sup>1</sup>, Gholam Reza kheirabadi (M.D)<sup>1</sup>, Maryam Fatolah Gol (M.D)<sup>2</sup>, Fatemeh Zare (M.D)<sup>2</sup>

1- Behavioral Sciences Research Center and Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2 - Noor Medical Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received: 5 Sep 2010 Accepted: 10 Jan 2011)

**Introduction:** Coping strategies, anxiety and depressive symptoms are major problems of post myocardial infarction (MI) patients. However, in this case the studies are limited. The aim of this study was to determine some coping styles related to reduction of anxiety and depressive symptoms among post-MI patients.

**Materials and Methods:** In a cross sectional study one hundred consecutive patients following MI admitted to the CCU wards of hospitals in Isfahan were selected during autumn in 2005. The patients completed Jalowiec coping questionnaire and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Then the data were analyzed using Pearson correlation coefficient, MANCOVA and Covariance.

**Results:** The correlation matrix describes a significantly negative correlation coefficients between anxiety and confronting ( $r=-0.535$ ,  $P=0.0001$ ), optimistic ( $r=-0.516$ ,  $P=0.0001$ ), supporting ( $r=-0.409$ ,  $p=0.0001$ ) and self-reliant coping style scores ( $r=-0.392$ ,  $P=0.0001$ ) and between depression and confronting ( $r=-0.267$ ,  $P=0.007$ ) and supporting coping scores ( $r=-0.361$ ,  $P=0.011$ ). Findings showed that the same coping styles negatively correlated to rate of anxiety and depressive symptoms were confronting and supporting coping styles. The results of covariance indicated no significant differences in coping styles between different age groups.

**Conclusion:** The comparisons of both relationships between coping styles and anxiety, and coping styles and depression show that two coping styles including confronting and supporting methods are probably associated with normally psychological function. Also, it seems that cognitive appraisal of personal control plays the important role in using coping strategies.

**Keywords:** Coping styles, Anxiety, Depression, Myocardial infarction

---

\* Corresponding author: Fax: +98 311 6688597 ; Tel: +98 311 6695292  
bagherian@med.mui.ac