مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره دوازدهم، شمارهٔ ۳، مرداد – شهریور ۱۳۸۹، صفحه ۵۷-۵۰

روشهای مقابله ای در بیماران پس از سکته قلبی با علائم اضطراب

رضا باقریان سرارودی(PhD)[*۱]، محسن معروفی(MD)[۲]، مریم فتح اله گل (MD)[۳]، حمید صانعی(MD)[۴]

۱- مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۲- گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۳- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۴- گروه قلب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دریافت: ۸۸/۶/۱۵ ، اصلاح: ۸۸/۹/۱۸، پذیرش: ۸۸/۱۲/۱۹

خلاصه

سابقه و هدف: اضطراب در بیماران پس از سکته قلبی شایع است، اما هنوز رابطه ای بین روشهای مقابله ای و علائم اضطراب در این بیماران مشخص نیست. این مطالعه به منظور مقایسه روشهای مقابله ای در بیماران پس از سکته قلبی با علائم اضطراب و بدون علائم اضطراب انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۰۰ بیمار که با تشخیص سکته قلبی در بیمارستان‌های دارای بخش مراقبت ویژه قلبی (CCU) در شهر اصفهان بستری شدند، انجام شد. اطلاعات با استفاده از مقیاسهای سبکهای مقابله ای جالویس، اضطراب و افسردگی بیمارستان و حمایت اجتماعی نوربک جمع آوری شد. بر اساس نقطه برش خرده مقیاس اضطراب بیماران به دو گروه با علائم اضطراب و بدون علائم اضطراب تقسیم و مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته ها: از صد نفر ۴۲ بیمار (۴۲٪) دارای علائم اضطراب بودند که تفاوت معنی داری بین دو گروه بیمار با علائم اضطراب و بدون علائم اضطراب در روشهای مقابله ای مشاهد شد (p<۰/۰۰۰۱). همچنین تفاوت معنی داری بین دو گروه در سبکهای مقابله ای مواجه مستقیم (p=۰/۰۰۰۱)، خوش بینانه (p=۰/۰۰۰۱)، هیجانی (p=۰/۰۳۲)، حمایت جوینده (p=۰/۰۰۰۱) و خود-اتکائی (p=۰/۰۰۱) مشاهده شد.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان دادند تمایل کمتر به استفاده از رویکردهای مسئله – مدار با علائم اضطراب در بیماران سکته قلبی ارتباط دارد. بنابراین بررسی نقش متغیرهای شخصیتی و شناختی در سبکهای مقابله ای در بیماران پس از سکته قلبی پیشنهاد می گردد.

واژه های کلیدی: *مهارتهای مقابله ای، اضطراب، سازگاری، انطباق روانشناختی، سکته قلبی.*

مقدمه

شایعترین علل مرگ زودرس در جوامع مختلف، بیماری قلبی است که می تواند موجب تاثیرات منفی بر کیفیت زندگی مبتلایان گردد (۲و۱). بروز علائم اضطراب پس از سکته قلبی (Myocardial infarction) یک مشکل روانشناختی بسیار شایع است که اثرات منفی بر پیش آگهی این بیماری دارد (۵-۳). تقریبا ۵۰٪ بیماران مبتلا به سندرمهای کرونری حاد بروز علائم اضطراب را تجربه می کنند (۳). مطالعات زیادی نشان داده است که اضطراب، افسردگی و شیوه مقابله با سکته قلبی از جمله مشکلات اساسی بیماران پس از سکته قلبی می باشند (۶). بر عکس افسردگی، مطالعات زیادی در مورد اضطراب پس از سکته قلبی وجود ندارد (۷). سکته قلبی به عنوان یک رویداد استرس آمیز بیماران مبتلا را تحت تاثیر قرار می دهد (۷). مفهوم استرس به وجود یک رویداد تهدید آمیز 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 تهدید آمیز نظیر چالشهای حاصل از بیماری تعریف شده است (۹و۸). بر اساس نظریه لازاروس و فولکمن رفتارهای مقابله ای در رویارویی با استرس شامل دو فرآیند می شود: فرآیند مسئله- مدار که طی آن فرد با مسئله ای که علت واقعی آشفتگی در وی شده است، مواجه می شود و فرایند هیجان-مدار که بر اساس آن فرد تلاش می نماید پاسخهای هیجانی خود را تنظیم نماید (۱۰). بیماران پس از سکته قلبی در مقابله با استرس ناشی از وقوع مشکل قلبی خود دچار چالشهای

* مسئول مقاله:
آدرس: اصفهان، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، تلفن: ۶۶۹۵۲۹۲-۰۳۱۱
e-mail:bagherian@med.mui.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.3.8.4]

فراوانی هستند (۱۱). حتی شواهد بسیاری نشان می دهد که در اثر تجربه سکته قلبی به عنوان استرس عمده و در نتیجه افزایش سه برابر ریسک ابتلاء به PTSD، این بیماران در مقایسه با افراد سالم سه برابر بیشتر علائم اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند (۱۳و۱۲). بیماران سکته قلبی ممکن است طیفی از آشفتگیهای پس از تروما را تجربه نمایند که موجب توسل به مقابله های غیر انطباقی شود (۱۴و۱۱). Garnefski و همکاران رابطه بین شیوه های مقابله شناختی و سازگاری روانشناختی را در این بیماران نشان دادند (۱۵). یک مطالعه روی ۴۰۰ نفر از بیماران ایرانی نشان داد که بخش قابل توجهی از بیماران به روشهای مقابله ای غیر انطباقی توسل می جویند (۱۶). معهذا مطالب کمی در مورد رابطه بین شیوه های مقابله ای بیماران پس از سکته قلبی و اضطراب در متون وجود دارد.

در حالیکه Martin و همکاران هیچ رابطه ای بین شیوه های مقابله ای و اضطراب نیافتند (۱۷)، بیماران سکته قلبی که روشهای مقابله ای هیجان-مدار را بکار می گیرند اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می نمایند (۶). Keckeisen و همکاران نیز نشان دادند که چنانچه این بیماران مقابله های مسئله-مدار را بیشتر از مقابله های هیجان-مدار مورد استفاده قرار دهند سازگاری اجتماعی و روانشناختی بهتری خواهند داشت. این محققین شناسائی زود هنگام بیماران با سازگاری ضعیف را نیز به منظور تقویت مقابله های آنان در حین بستری مورد تاکید قرار دادند (۱۸). Chiou و همکاران رابطه بین اضطراب و بکارگیری سبکهای مقابله ای را نشان دادند (۶). Ginzburg و همکاران نقش سبک مقابله ای سرکوبی را در پیشگیری از PTSD و اختلال حاد استرس مورد تایید قرار دادند (۱۹). Ginzburg در مطالعه دیگری ضمن اینکه مشاهده نمود واکنشهای اولیه به استرس در بیماران سکته قلبی علائم PTSD را پیش بینی می نماید، رابطه بین سطح بالای مشکلات سازگاری نظیر سبکهای مقابله ای و بروز PTSD را نشان داد (۲۰).

Chunga و همکاران در مطالعه ای نتیجه گرفتند که گرچه استفاده از مقابله های هیجان-مدار و اجتنابی با علائم همراه ارتباط دارد اما شیوه های ناسازگارانه لزوما به بروز علائم اضطراب و PTSD مربوط نمی شود (۷). Ayers و همکاران در یک مطالعه ضمن کنترل متغیرهای مربوطه به سکته قلبی و تاریخچه فردی رابطه بین شیوه های مقابله ای نامناسب و بروز علائم اضطراب بویژه PTSD را نشان دادند (۲۱). بعلاوه Broadbent و همکاران ضمن اینکه هیچ رابطه ای بین ریسک ادراک شده از حمله قلبی مجدد و ریسک واقعی نیافتند، نشان دادند که برآورد شناختی کاذب از حمله مجدد به عنوان یک شیوه مقابله ای شناختی غیر انطباقی موجب تشدید اضطراب بیمار می گردد (۲۲). همچنین در دو مطالعه در ایران تاثیر روشهائی که بخشی از جوهر آن تقویت شیوه های مقاله ای انطباقی است، بر کاهش علائم اضطراب مورد تایید قرار گرفت (۲۴و۲۳).

گرچه تناقضاتی در این زمینه به چشم می خورد، اما به نظر می رسد نقص در شیوه های مقابله ای از جمله ریسک فاکتورهای مهم بروز علائم اضطراب در بیماران سکته قلبی است. معهذا هنوز رابطه بین نوع شیوه های مقابله ای و بروز علائم اضطراب در بیماران سکته قلبی به خوبی روشن نیست.

لذا این مطالعه به منظور تعیین رابطه انواع سبکهای مقابله ای در بیماران با علائم اضطراب، انجام شد. تا با کشف شیوه های مقابله ای ناکارآمد در این بیماران در تهیه پروتکل مداخله ای به منظور استفاده در توانبخشی آنها استفاده شود.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی بر روی ۱۰۰ بیمار که به روش نمونه گیری در دسترس (پی در پی) انتخاب و برای اولین بار با تشخیص قطعی سکته قلبی توسط متخصص قلب و عروق در یکی از بیمارستانهای الزهرا، نور، فیض و چمران شهر اصفهان بستری شده بودند، انجام شد. پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه و موافقت، هر بیماری که دو معیار از سه معیار تشخیص سکته قلبی شامل: درد قفسه سینه مشخصه کم رسانی خون(typical Ischemic) به عضله قلب که حداقل ۲۰ دقیقه طول بکشد، وجود تغییرات پاتولوژیک بیانگر ایسکمی/ انفارکتوس در امواج الکتروکاردیوگرافی(ECG) و افزایش آنزیمهای قلبی را داشت وارد مطالعه شدند. بیماران با سکته قلبی ثانوی بر جراحی بای پاس (Bypass) یا آنژیوپلاستی (Angioplasty)، وجود بیماری جسمی جدی دیگری که موجب کاهش امید به زندگی شود، وجود سابقه اختلالات روانپزشکی در بیمار، در حال دریافت درمانهای افسردگی، وجود اختلالهای شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار،عدم توانائی صحبت کردن به فارسی سلیس به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه ها ایجاد مشکل کند، شرایط طبی عمومی بسیار ضعیف بر اساس نظر پزشک معالج طی زمان بستری و وقوع یک سکته قلبی طی زمان بستری به دلایل طبی از مطالعه خارج شدند. اطلاعات از طریق مقیاس سبکهای مقابله ای جالویس، اضطراب و افسردگی بیمارستان و پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک جمع آوری شد.

مقیاس سبکهای مقابله ای جالویس (Jalowiec Coping Scale) شامل شصت آیتم در طیف لیکرتی چهار درجه ای (بین صفر به معنای هرگز تا سه به معنای بیشتر مواقع) است که رفتارهای مقابله ای را مورد ارزیابی قرار می دهد. این مقیاس هشت سبک مقابله ای را در بر می گیرد که عبارت از: مقابله مواجه شدن (Confrontive Coping)، مقابله طفره آمیز (Evasive Coping)، مقابله خوشبینانه (Optimistic Coping)، مقابله بدبینانه (Fatalistic Coping)، مقابله هیجانی (Emotive Coping)، مقابله تسکین دهنده (Palliative Coping)، مقابله حمایت جوینده (Supportant Coping) و مقابله خود-اتکائی (Self-Reliant Coping) است (۲۵). کیفیت روانسنجی نسخه فارسی این مقیاس مورد بررسی قرارگرفت. آلفای کرونباخ هشت خرده آزمون این مقیاس در نمونه بیماران مورد مطالعه بین ۶۵٪ تا ۸۴٪ بدست آمد. همچنین پایائی بازآزمائی این مقیاس در یک نمونه ایرانی ۳۰ نفری از بیماران قلبی به فاصله سه هفته بین ۰/۵۸ تا ۰/۷۴ بدست آمد. اعتبار محتوایی این مقیاس بیانگر اعتبار قابل قبول و رضایت بخش این مقیاس بود (۲۶). مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان شامل ۱۴ آیتم و دو خرده آزمون اضطراب و افسردگی می باشد. هر آیتم در طیف لیکرتی ۴ نمره ای درجه بندی شده است. حداکثر نمره در هر خرده آزمون ۲۱ نمره می باشد (۲۷). 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 مورد تایید قرار گرفته است (۲۸). آلفای کرونباخ این مقیاس در بیماران ایرانی ۰/۷۸ برای خرده مقیاس اضطراب بدست آمد. در هر دو خرده آزمون این مقیاس به خوبی توان تمایز گروههای فاقد علائم و دارای علائم اضطراب و

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.3.8.4]

افسردگی را دارد و کیفیت روان سنجی این مقیاس بیانگر اعتبار قابل قبول این مقیاس می باشد (۲۹). براساس مطالعات قبلی (۲۹و۲۷) نمره ۱۱ به عنوان نقطه برش بیماران با علائم اضطراب و بدون علائم اضطراب در نظر گرفته شد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک (the Norbeck Social Questionnaire Support) توسط نوربک به منظور ارزیابی ابعاد چندگانه حمایت اجتماعی ساخته شده و بطور وسیع در مطالعات گوناگون مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه سه بعد حمایت عاطفی، تایید و دریافت کمک را مورد ارزیابی قرار می دهد. در این مقیاس ابتدا از آزمودنی خواسته می شود نام و نسبت پنج تن از افراد مهم زندگی خویش را ذکر نماید و در مورد آنها به هشت آیتم موجود در این پرسشنامه پاسخ دهد. شش آیتم اول، برآورد آزمودنی به ترتیب از سه بعد حمایت عاطفی، تایید و دریافت کمک را منعکس می سازد و دو آیتم آخر به ترتیب مدت زمان آشنائی و فراوانی ملاقات با هر یک از آنان را مشخص می نماید. حداکثر نمره آزمودنی در هر آیتم ۲۰ و در کل پرسشنامه ۱۶۰ نمره می باشد (۳۰). بررسی ساختار عاملی این مقیاس روی نمونه بزرگ دو بعد مستقل شامل حمایت عاطفی و حمایت قابل دسترس را مورد تایید قرار داد (۳۱). همچنین اعتبار و پایائی این ابزار در سایر مطالعات نیز مورد تایید قرار گرفته است (۳۲). بعد از دریافت موافقت، دو پرسشنامه مقیاس سبکهای مقابله ای جالویس و اضطراب و افسردگی به تک تک بیماران داده شد و با نظارت دو نفر دانشجو پزشکی تکمیل گردید. در تکمیل پرسشنامه ها شرایط جسمی و روانشناختی بیماران کاملا در نظر گرفته شد و چنانچه از شرایط مناسبی برخوردار نبودند اجرا آنها یا باقیمانده پرسشنامه به جلسه دیگری موکول شد. در اجرا پرسشنامه رفتارهای مقابله ای، از آزمودنیهای خواسته شد به موارد پرسشنامه توجه کنند و با در نظر گرفتن حالات روانشناختی و رفتارهای خویش در موقعیتهای چالش آور گذشته به دقت به آیتم های آن پرسشنامه پاسخ دهند. پرسشگران به افرادی که بخوبی قادر به خواندن و تکمیل پرسشنامه ها نبودند کمک می کردند. با استفاده از نمرات بیماران درخرده مقیاس اضطراب، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان و بر اساس نقطه برش ۱۱ بیماران به دو گروه با علائم اضطراب و بدون علائم اضطراب تقسیم شدند. اطلاعات با استفاده از آزمون های آماری t مستقل، کای اسکوار (Chi-Scquare)، تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن بیماران ۱۰/۳±۵۵/۸۵ سال بود که از ۳۷ تا ۸۴ سال متغیر بود. ۹۲ نفر (۹۲٪) مرد، ۹۱ نفر (۹۱٪) متاهل و تعداد ۸۴ نفر (۸۴٪) از طبقه اجتماعی–اقتصادی پائین و متوسط بودند. از ۱۰۰ بیمار ۴۲ نفر (۴۲٪) دارای علائم اضطراب بودند. میانگین اضطراب در گروه دارای علائم اضطراب ۱۳/۴±۲ و در گروه بدون علائم اضطراب ۷/۹±۱/۴ بود. دو گروه در هیچ یک از ویژگیهای جمعیت شناختی تفاوت معنی دار با یکدیگر نداشتند. فقط در حمایت اجتماعی ادراک شده ($p<0/0001$) دو گروه با یکدیگر بطور معنی داری تفاوت دارشتند (جدول شماره ۱). میانگین نمره خرده مقیاسهای سبکهای مقابله ای در کل بیماران در سبک موجه شدن ۱/۸۱±۰/۴۴، در بیماران سکته قلبی با علائم اضطراب ۱/۵۵±۰/۳۳ و بیماران سکته قلبی بدون علائم اضطراب ۲±۰/۴ بود (جدول شماره ۲). در مقایسه سبکهای مقابله ای با وارد کردن متغیر حمایت اجتماعی به عنوان متغیر کواریانس تفاوت معنی داری بین دو گروه ($F=10/213$ و $p<0/0001$) وجود داشت.

بین دو گروه بیماران سکته قلبی با علائم اضطراب و بدون علائم اضطراب (حمایت اجتماعی به عنوان متغیرهای کواریانس در تحلیل کواریانس مد نظر قرار گرفت) در سبکهای مقابله ای مواجه مستقیم، خوش بینانه، هیجانی، حمایت جوینده و خود–اتکائی تفاوت معنی داری وجود داشت. اما تفاوت معنی داری بین دو گروه در سایر سبکهای مقابله ای وجود نداشت (جدول شماره ۳) که این تفاوتها ناشی از نمرات بالاتر گروه بیماران سکته قلبی بدون علائم اضطراب در سبکهای فوق الاشاره می باشد.

جدول شماره ۱. مقایسه ویژگیهای دو گروه با علائم اضطراب و بدون علائم اضطراب

ویژگیهای خط پایه	با علائم اضطراب n=۴۲	بدون علائم اضطراب n=۵۸	P-Value
سن (Mean±SD)	۵۵/۳۳±۱۰/۳۶	۵۶/۲۲±۱۰/۳	۰/۶۷
جنس (مرد) (٪)	۳۸ (٪۹۰)	۵۴ (٪۹۳)	۰/۴۵
تاهل (متاهل) (٪)	۳۶ (٪۸۶)	۵۵ (٪۹۵)	۰/۱۱۲
تحصیلات: (٪)			
پایین	۲۰ (٪۴۸)	۲۸ (٪۴۸)	۰/۸۷
متوسط	۱۶ (٪۳۸)	۲۰ (٪۳۴)	۰/۸۹
بالا	۶ (٪۱۴)	۱۰ (٪۱۷)	
طبقه اجتماعی اقتصادی (تعداد)(٪)			
پائین	۲۴ (٪۵۷)	۲۱ (٪۳۶)	۰/۲۸
متوسط	۱۳ (٪۳۱)	۲۱ (٪۳۶)	۰/۲۵
بالا	۵ (٪۱۲)	۱۰ (٪۱۷)	
حمایت اجتماعی (mean±SD)	۱۰۸/۱۲±۲۵/۱۶	۱۲۴/۳۴±۱۷/۷۲	*۰/۰۰۰۱

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.3.8.4]

*p<۰/۰۵

جدول شماره ۲. مقایسه میانگین نمره خرده مقیاسهای سبکهای مقابله ای در دو گروه بیماران با علائم اضطراب و بدون علائم اضطراب

سبکهای مقابله ای	با علائم اضطراب Mean±SD	بدون علائم اضطراب Mean±SD	کل بیماران Mean±SD
سبک مواجه شدن	۱/۵۵±۰/۳۳	۲±۰/۴	۱/۸۱±۰/۴۴
سبک مقابله ای طفره آمیز	۱/۵±۰/۲۸	۱/۵۹±۰/۴۷	۱/۵۶±۰/۴
سبک مقابله ای خوش بینانه	۱/۶۴±۰/۳۴	۲/۰۵±۰/۴۲	۱/۸۸±۰/۴۳
سبک مقابله ای بدبینانه	۱/۶±۰/۴۴	۱/۴۸±۰/۴	۱/۵۴±۰/۴۲
سبک مقابله ای هیجانی	۱/۵±۰/۵	۱/۴±۰/۴۲	۱/۴۶±۰/۴۵
سبک تسکین دهنده	۱/۵±۰/۵	۱/۵±۰/۴۳	۱/۵۴±۰/۴۶
سبک حمایت جوینده	۱/۵±۰/۴۴	۱/۹۹±۰/۳۸	۱/۸±۰/۴۶
سبک مقابله ای خود-اتکائی	۰/۸۶±۰/۳۴	۲/۱۹±۰/۴	۲/۰۵۴±۰/۴۱

جدول شماره ۳. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس خرده آزمونهای سبکهای مقابله ای در مقایسه بیماران سکته قلبی با علائم اضطراب و بدون علائم اضطراب

منابع تغییر	SS	df	MS	F	p-value
سبک مواجه شدن	۳/۳۷۶	۱	۳/۳۷۶	۲۴/۷۷۱	**۰/۰۰۰۱
سبک مقابله ای طفره آمیز	۰/۰۳	۱	۰,۰۳	۰/۱۹	۰/۶۶۷
سبک مقابله ای خوش بینانه	۳/۲۷	۱	۳/۲۷	۲۱/۹۳۷	**۰/۰۰۰۱
سبک مقابله ای بدبینانه	۰/۶۴۹	۱	۰/۶۴۹	۳/۶۹۷	۰/۰۵۷
سبک مقابله ای هیجانی	۰/۸۹۶	۱	۰/۸۹۶	۴/۷۴۱	*۰/۰۳۲
سبک تسکین دهنده	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۱۴	۰/۹۰۸
سبک حمایت جوینده	۳/۲۱	۱	۳/۲۱	۱۹/۶۲۹	**۰/۰۰۰۱
سبک مقابله ای خود-اتکائی	۱/۶۴	۱	۱/۶۴	۱۱/۸۱۵	**۰/۰۰۱

**p< ۰/۰۱ *p< ۰/۰۵

بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه بیانگر احتمال تفاوت شیوه هـای مقابلـه ای مـورد استفاده توسط بیماران سکته قلبی با علائم اضطراب و بدون علائم اضطراب بـود. بیماران با علائم اضطراب از سبک مقابله ای مواجه مستقیم، خوش بینانه، حمایت جوینده و خود- اتکائی کمتر استفاده می کنند و نسبت به بیمـاران بـدون علائـم اضطراب از سبک هیجانی بیشتر استفاده می نمایند. گرچه نتایج این مطالعه تفاوت معنی داری را بین دو گروه در سایر سبکهای مقابله ای شامل سبکهای مقابلـه ای طفره آمیز، بدبینانه و تسکین دهنده نشان نداد اما تفاوت دو گروه در سبک بدبینانه گرایش به معنی داری داشت. گروه بیماران با علائم اضـطراب بیـشتر تمایـل بـه استفاده از این سبک نشان دادند که از نقطه نظر بالینی حائز اهمیت است.

نتایج این مطالعه با نتایج برخی مطالعـات در مـورد همراهـی PTSD و افسردگی همخوانی دارد (۲۲و۲۱و۱۹و۱۸و۱۵و۶) در حالیکه با یافته های مطالعات Martin و همکـاران و Ginzburg و همکـاران و Chunga و همکـاران هماهنگ نمی باشد (۲۰و۱۷و۷). مطالعه حاضر نشان داد که بیماران سکته قلبی با علائم اضطراب کمتر از سبکهای مقابله ای مواجه مستقیم، خوش بینانه، حمایـت جوینده و خود-اتکائی استفاده می نماینـد و بیـشتر تمایـل بـه اسـتفاده از سـبک هیجانی دارند. برخی محققین در مطالعات خـود نتیجـه گرفتنـد کـه شـیوه هـای ناسازگارانه لزوما به بروز PTSD مربوط نمی شود (۱۷و۷). تفاوت یافته های این مطالعه با دیگر مطالعات را می توان بعلت تفاوت در متدلوژی و نوع متغیرهای مـد نظر جستجو کرد و چون در مطالعات انجام شده صرفا سبک مقابله ای سرکوبی و بروز علائم PTSD مورد مطالعه قرار گرفت. لذا مطالعه آنان نـسبت بـه مطالعـه حاضر از نظر متدولوژی، نوع ابزار، و اساسا اهداف تفاوت داشـت. ایـن تفاتهـا بـه خوبی تفاوت در یافته ها را تبیین می نماید. شابهت ها و تفاوت هـای نتـایج ایـن مطالعه با مطالعات انجام شده می تواند ناشی از شـباهتها و تفاوتهـا در بـسترهای فرهنگی-اجتماعی باشد. متغیرهـای فرهنگـی- اجتمـاعی، نظیـر آداب و رسـوم، عادات، هنجارهای فرهنگی، حتی جهان بینـی و عقایـد مـذهبی از جملـه عوامـل مهمی است که می تواند سبکهای مقابله ای را تا حد زیادی تحت تاثیر قرار دهد. لذا در مطالعات آینده بررسی نقش ایـن عوامـل در سـبکهای مقابلـه ای پیـشنهاد می گردد.

سبکهای طفره آمیز و تسکین دهنده از جملـه سـبکهای هیجـان- مـدار می باشد. به نظر می رسد اینگونه شیوه های مقابله ای مورد استفاده هر دو گـروه

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.3.8.4]

است و همانگونه که از لحاظ نظری نیز انتظار می رود به منظور کاهش موقتی احساسات منفی نظیر اضطراب بکار گرفته می شود. گرچه سبکهای هیجان- مدار موجب کاهش اضطراب می شود اما اثر آن موقتی بوده و همواره توام با تلاش جدی به منظور رویائی با واقعیت و سازماندهی مجدد شناختی و رفتاری نیست. یافته های این مطالعه نیز موید این نکته است که این نوع شیوه ها معمولا در رویاروئی با برخی حوادث زندگی به ویژه در مراحل اولیه مورد استفاده اکثر افراد نیز می باشد. لذا دو گروه مضطرب و غیر مضطرب در اینگونه شیوه ها تفاوت جدی ندارند.

آنچه دو گروه را بطور جدی از یکدیگر متمایز می سازد توسل یافتن به شیوه های مواجه مستقیم، خوش بینانه، حمایت جوینده و خود- اتکائی در گروه بیماران بدون علائم اضطراب و توسل یافتن به شیوه هیجانی توسط گروه بیماران با علائم اضطراب است. گرچه دو گروه در ویژگی های جمعیت شناختی با یکدیگر همسان بوده اند، اما در حمایت اجتماعی ادراک شده با یکدیگر تفاوت معنی دار داشتند. لذا با توجه به نقش تایید شده حمایت اجتماعی ادراک شده در رویاروئی با حوادث استرس آمیز زندگی (۲۶) و به تبع آن تاثیر این پدیده بر انتخاب نوع شیوه های مقابله ای، مشاهده شد که حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط قابل توجهی با شیوه های مقابله ای دارد. آنچه به عنوان تفاوت دو گروه در سبکهای مقابله ای مشاهده شد تفاوت تعدیل شده حمایت اجتماعی بر سبکهای مقابله ای بود.

به نظر می رسد بیماران پس از سکته قلبی با علائم اضطراب کسانی هستند که در مواجه با چالشهای زندگی از رویکردهای مسئله-مدار کمتر استفاده می کنند و در مقابل، بیشتر به رویکرهای هیجان- مدار توسل می جویند. گرچه بیماران پس از سکته قلبی با علائم اضطراب بیشتر گرایش به استفاده از سبک هیجانی را نشان دادند اما منظور از رویکردهای هیجان- مدار صرفا سبک مقابله ای هیجانی نیست. این سبک یکی از سبکهای هیجان- مدار است. از لحاظ نظری هنگامی افراد به مقابله های هیجان-مدار توسل می جویند که در ارزیابی شناختی خویش شرایط چالش آور را قابل تغییر ارزیابی ننمایند. بر عکس در موقعیت هایی که به عنوان قابل تغییر شناسائی می گردد استفاده از شیوه های مقابله ای مساله-مدار مورد استفاده قرار می گیرد. در این فرآیندها آنچه اهمیت ویژه می یابد ویژگی های شناختی افراد است که در ارزیابی شناختی آنان تجلی می یابد. بنابر این احتمالا بیمارانی بعد از سکته قلبی علائم اضطراب را بیشتر تجربه می کنند که دارای آسیب پذیری شناختی باشند.

چه بسا زمینه شخصیتی قبلی نظیر روان نژندخوئی عامل کلیدی آسیب پذیری شناختی و متعاقب آن در مستعد نمودن بیمار پس از سکته قلبی به بروز علائم اضطراب است. در مدل پنج عامل بزرگ شخصیت روان نژندخوئی به تمایل، به تجربه هیجانات منفی در موقعیتها و زمانهای مختلف اشاره می کند. افراد با نمره بالا در این مولفه تمایل بیشتری به تجربه احساس اضطراب و تحریک پذیری دارند. این افراد از زاویه منفی به خود می نگرند و بیشتر به دردسرها و گرفتاریهای دنیا توجه می کنند (۳۳). بنابراین چه بسا عوامل شخصیتی موجب تکوین سبک شناختی معیوب شود و سپس سوگیری شناختی و تفسیرهای حاصل از آن سبک از جمله تعیین کننده های توسل یافتن به شیوه های مقابله ای ناسازگارانه شود. در این راستا تفسیرهای سوء می تواند سبب بکارگیری شیوه های رفتاری و شناختی نابجا در رویاروئی با چالشهای زندگی گردد و بی کفایتی این شیوه ها موجب بروز علائم اضطراب و یا سایر واکنشهای مرضی شود. در این زمینه به منظور تبیین رابطه فرضی ویژگی شخصیتی و بروز علائم اضطراب پس از سکته قلبی می توان از مدل نظری استرس – استعداد مزاجی مدد جست. براساس این مدل بروز علائم اضطراب متعاقب رویارویی با استرس از طریق نقش میانجی استعداد مزاجی اولیه (روان نژندخوئی در مدل پنج عامل بزرگ شخصیتی) می باشد. این استعداد مزاجی یا آسیب پذیری قبلی که دارای ابعاد ژنتیکی، بیولوژیکی، شناختی و اجتماعی است اثر استرس را بر پیامدهای خاص بعدی تعدیل یا تشدید می نماید و از این طریق بر بکارگیری سبکهای مقابله ای توسط فرد تاثیر می گذارد.

چه بسا سبک شناختی معیوب و تفسیرهای حاصل از آن همزمان موجب بروز علائم اضطراب و توسل یافتن به سبکهای مقابله ای ناسازگارانه شود. بدین معنا که علائم اضطراب و استفاده از سبکهای مقابله ای ناسازگارانه هر دو معلول یک علت واحد یعنی سبک شناختی معیوب باشند. با توجه به نقش عوامل گوناگون در سبکهای مقابله ای، بررسی نقش متغیرهای شخصیتی در تعیین سبکهای مقابله ای در یک مدل ترکیبی مشتمل بر دامنه ای از سایر متغیرها، پیشنهاد می گردد. به دلیل محدود شدن نمونه به بیماران سکته قلبی شهر اصفهان و فقدان اطلاعات دقیق از نقش عواملی نظیر سابقه بیماری قلبی، سابقه روانپزشکی، بیماریهای همراه، داروهای مصرفی و میزان مصرف و نقش آنها در سبکهای مقابله ای، در پژوهشهای آتی، با بهره‌گیری از متدلوژی علمی دقیق نقش این متغیرها در شیوه های مقابله ای و همچنین ارتباط سبکهای مقابله ای بیماران با عملکرد روانشناختی آنان مورد بررسی قرار گیرد. تمایل کمتر به شیوه های مواجه مستقیم، خوش بینانه و خود- اتکائی به عنوان رویکردهای مسئله- مدار و روی آوردن به رویکردهای ناکارآمد در مواجه با چالشهای حاصل از حمله قلبی می تواند موجبات بروز علائم اضطراب را فراهم نماید.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاری صمیمانه مسئولین محترم مرکز تحقیقات علوم رفتاری بدلیل حمایت مالی از تحقیق و همکاری کارکنان محترم بیمارستانهای الزهرا، نور، فیض و چمران شهر اصفهان در اجرای این تحقیق قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.3.8.4]

Coping Strategies among Post Myocardial Infarction Patients with Anxiety Symptoms

R. Bagherian Sararoudi (PhD) [1*], M. Maroofi (MD) [2], M. Fatolah Gol (MD) [3], H. Sanei (MD) [4]

1. Behavioral Sciences Research Center and Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Psychiatry Department, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Noor Medical Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. Cardiology Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

J Babol Univ Med Sci;12(3); Aug-Sep 2010

Received: Sep 6th 2009, Revised: Dec 9th 2009, Accepted: Mar 10th 2010.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Despite anxiety symptoms are common among post myocardial infarction patients; the link between the coping methods and anxiety symptoms among these patients has not yet been cleared. The aim of this study was to compare coping methods among post-MI patients with and without anxiety symptoms.

METHODS: One hundred consecutive patients following MI admitted to the CCU wards of the hospitals in Isfahan were selected. Data were collected by using Jalowiec coping, hospital anxiety and depression, and Norbeck social support scales. Regarding cut off point in hospital anxiety subscales the patients were divided into two groups with and without anxiety symptoms.

FINDINGS: Forty two patients (42%) suffered from anxiety symptoms. Generally, significant difference was found between two groups with and without anxiety symptoms in coping styles ($F= 10.213$, $p<0.0001$). Also, the results indicated significant differences in coping styles including confrontive coping ($F=24.771$, $p=0.0001$), optimistic coping ($F=21.937$, $p=0.0001$), emotive coping ($F=40.741$, $p=0.032$), supportant coping ($F=19.629$, $p=0.0001$) and self-reliant coping ($F=11.815$, $p=0.001$).

CONCLUSION: Considering the role of different factors on coping methods, study of the role of personality and cognitive variables on coping styles among post MI patients is purposed.

KEY WORDS: *Coping skills, Anxiety, Adjustment, Psychological adaptation, Myocardial infarction.*

[*] **Corresponding Author;**
Address: Behavioral Sciences Research Center and Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Tel: +98 311 6695292
E-mail: bagherian@med.mui.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.3.8.4]

References

1. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, 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(2):283-98.

2. Soto Torres M, Márques Calderón S, Romos Dı´az I, Barba Chacón A, Lopez Fernández F, Failde Martı´nez I. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population. Qual Life Res 2004;13(8):1401-7.

3. 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(6):557-63.

4. van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. Psychosom Med 2004;66(6):814-22.

5. Jaffe AS, Krumholz HM, Catellier DJ, et al. Prediction of medical morbidity and mortality after acute myocardial infarction in patients at increased psychosocial risk in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) study. Am Heart J 2006;152(1):126-35.

6. 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(4):305-11.

7. Chunga MC, Bergerb Z, Rudd H. Coping with posttraumatic stress disorder and comorbidity after myocardial infarction. Comp Psychiatry 2008;49(1):55-64.

8. Sarafina EP. Health psychology, biopsycholsocial interactions: stress, illness, and coping. 4th ed. USA, John Wiley & Sons 2002; pp: 133-6.

9. Tuncay T, Musabak I, Gok DE, Kutlu M. The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. Health Qual Life Outcomes 2008;6:79.

10. Brannon L, Feist J. Health psychology: stress, pain and coping. 4th ed. United States, Cengage Learning 2006;pp: 118-21.

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

12. Pedersen SS, Middel B, Larsen ML. Posttraumatic stress disorderin first-time myocardial infarction patients. Heart Lung 2003;32(5):300-7.

13. 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(4):313-8.

14. Alonzo AA, Reynolds NR. The structure of emotions during acute myocardial infarction: a model of coping. Soc Sci Med 1998;46(9):1099-110.

15. Garnefski N, Kraaij V, Schroevers MJ, et al. Cognitive coping and goal adjustment after first-time myocardial infarction: relationships with symptoms of depression. Behav Med 2009;35(3):79-86.

16. Hasanpour Dehkordi A, Motaarefi H, Afzali SM. Stress Level and coping with in patients suffering myocardial infarction. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery 2007;11:15-20. [in Persian]

17. Martin P, Lee HS. Indicators of active and passive coping in myocardial infarction victims. J Gerontol 1992;47(4):238-41.

18. Keckeisen ME, Nyamathi AM. Coping and adjustment to illness in the acute myocardial infarction patient. J Cardiovasc Nurs. 1990;5(1):25-33.

19. Ginzburg K, Solomon Z, Bleich A. Repressive coping style, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. Psychosom Med 2002;64(5):748-57.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.3.8.4]

20. Ginzburg K. Comorbidity of PTSD and depression following myocardial infarction. J Affect Disord 2006; 94(1-3):135-43.
21. Ayers S, Copland C, Dunmore E. A preliminary study of negative appraisals and dysfunctional coping associated with post-traumatic stress disorder symptoms following myocardial infarction. Br J Health Psychol 2009;14(Pt 3):459-71.
22. Broadbent E, Petrie KJ, Ellis CJ, Anderson J, Gamble G, Anderson D, Benjamin W. Patients with acute myocardial infarction have an inaccurate understanding of their risk of a future cardiac event. Intern Med J 2006;36(10):643-7.
23. Hamid N. Effect of muscle relaxation and cognitive psychotherapy on anxiety in patients with myocardial infarction, in hospitals affiliated to Ahwaz Medical Sciences University-2003. J Hormozgan Univ Med Sci 2007;1(11):33-9. [in Persian]
24. Sheikhol Eslami F. Study of the effect of group therapy on depression following myocardial infarction. J Hamadan Univ Med Sci 2004;32(11):48-53. [in Persian]
25. Lindqvist R, Sjoden PO. Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. J Adv Nurs 1998;27(2):312-9.
26. Bagherian R, Ahmadzadeh G, Yazdani E. Study of coping styles among dialysis patients. J Semnan Univ Med Sci 2009;10(2):111-8. [in Persian]
27. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67(6):361-70.
28. 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(2):69-77.
29. 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 Outcomes 2003;1:14.
30. Norbeck JS, Lindsey AM, Carrieri V. The development of an instrument to measure social support. Nurs Res 1981;30(5):264-9.
31. Norbeck JS. Scoring instructions for the Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ), revised 1995. Unpublished manual available online through the UCSF School of Nursing Website: www.nurseweb.ucsf.edu.
32. Gigliotti E. A confirmatory factor analysis of situation- specific Norbeck Social Support Questionnaire items. Nurs Res 2006;55(3):217-22.
33. Bagherian R. An exploratory investigation of predictors of depression following myocardial infarction faculty of psychology, Tehran, University of Tehran 2007. Ph.D. Dissertation for Health Psychology.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.3.8.4]