Archive of SID

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of Anxiety, Depression and Coping Styles in Myocardial Infarction Patients Hospitalized in Isfahan Hospitals

Reza Bagherian[1], Mohsen Maroofi[1], Maryam Fatolah Gol[2], Fatemeh Zare[2]

[1] Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Behavioral Sciences Research Center and Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[2] Intern, Noor Medical Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received 12 September , 2009 ; Accepted 5 September, 2010)

Abstract

Background and purpose: Coping strategies, anxiety and depressive symptoms are major problems of post myocardial infarction patients. As the number of investigations studying on such complications was limited, this study was to determine the prevalence of anxiety, depressive symptoms and coping styles among post-MI patients.

Materials and methods: In a cross-sectional study one hundred consecutive MI patients admitted to the CCU wards of hospitals in Isfahan were recruited. The patients completed Jalowiec Coping questionnaire and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) sheets. Then the data was analyzed using Chi-squared test, Pearson correlation coefficient, MANCOVA and Covariance.

Results: The mean anxiety and depression subscales were 10.22 and 9.28 respectively. Of all cases, 42% and 31% showed anxiety and depressive symptoms, respectively. The means of proportional scores for coping styles were 0.68 for self-reliant and 0.49 for emotive coping styles, which are the most used and the least used methods by the post myocardial infarction patients respectively.

Conclusion: Self-reliant, Optimistic, Confrontive and Supportant coping styles were the most coping styles used by post MI patients, in that order. The problem-oriented function of these coping styles dominates the emotional-oriented function.

Key words: Anxiety, depression, myocardial Infarction, coping styles, adjustment

J Mazand Univ Med Sci 2010; 20(77): 37-45 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir

Archive of SID

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیستم شماره ۷۷ مرداد سال ۱۳۸۹ (۴۵-۳۷)

بررسی شیوع اضطراب، افسردگی و سبک های مقابله ای در بیماران سکته قلبی بستری در بیمارستان های اصفهان در سال ۱۳۸۴

رضا باقریان سرارودی[۱] محسن معروفی[۱] مریم فتح اله گل[۲] فاطمه زارع[۲]

چکیده

سابقه و هدف : شیوه‌های مقابله ای، بروز علائم اضطراب و افسردگی از جمله مشکلات اساسی بیماران سکته قلبی است. معهذا مطالعات کافی در این مورد وجود ندارد. هدف این مطالعه بررسی شیوع علائم اضطراب و افسردگی و تعیین سبک‌های مقابله‌ای در این بیماران بود.

مواد و روش ها : در یک بررسی مقطعی ۱۰۰ بیمار که با تشخیص قطعی انفارکتوس میوکارد در یکی از بیمارستان‌های مجهز به واحد مراقبت قلبی (CCU) شهر اصفهان طی پائیز سال ۱۳۸۵ بستری شده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان و مقیاس سبک‌های مقابله‌ای جالویس استفاده گردید.

یافته ها : میانگین (انحراف معیار) نمرات خرده مقیاس‌های اضطراب و افسردگی بترتیب ۱۰/۲۲ (۳/۱۷) و ۹/۲۸ (۳/۰۹) بودند. ۴۲ درصد از آزمودنی‌ها دارای علائم اضطراب و ۳۱ درصد از آنان دارای علائم افسردگی بودند. میانگین نمرات تراز شده سبک مقابله‌ای خود- اتکائی و سبک مقابله‌ای هیجانی بترتیب معادل ۰/۶۸ و ۰/۴۹ به عنوان شایع‌ترین و غیرمتداول‌ترین سبک‌های مورد استفاده بیماران سکته قلبی بدست آمد.

استنتاج : به طور کلی یافته‌ها نشان داد علائم اضطراب و افسردگی در بیماران پس از سکته قلبی بسیار شایع می‌باشد. شایع‌ترین شیوه‌های مقابله‌ای در بیماران پس از سکته قلبی به ترتیب مقابله‌های خود- اتکائی، خوش بینانه، مواجه شدن و حمایت جوینده می‌باشد. کارکرد مسئله- مدار این مقابله‌ها بر کارکرد هیجان- مدار آنها برتری دارد. انتظار می‌رود دو سبک مواجه شدن و حمایت جوینده به کارکرد سالم روانشناختی این بیماران مربوط شود. بنابر این بررسی این موضوع در مطالعات آتی پیشنهاد می‌گردد.

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

مقدمه

سکته قلبی (Myocardial infarction; MI) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های بشری است که به دلیل پیامدهای ناگوار آن مورد توجه خاص قرار گرفته است(۳-۱). بروز علائم افسردگی و اضطراب پس از سکته قلبی یک مشکل روانشناختی بسیار شایع است(۴) که اثرات منفی بر پیش‌آگهی این بیماری دارد(۵،۶). بر اساس شواهد

مولف مسئول: رضا باقریان سرارودی- اصفهان: مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان E-mail: bagherian@med.mui.ac.ir
۱. گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۲. پزشک عمومی، مرکز پزشکی نور، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
تاریخ دریافت : ۸۸/۶/۲۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۸/۱۰/۱۲ تاریخ تصویب : ۸۹/۶/۱۴

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

Archive of SID

برخی مطالعات تقریبا ۲۰ (۷) تا ۴۵ درصد(۸) بیماران پس از سکته قلبی را با علائم افسردگی گزارش می‌کنند و حدود ۵۰ درصد بیماران مبتلا به سندرم‌های کرونری حاد بروز علائم اضطراب را تجربه می‌نمایند(۴).

یافته‌های پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد تجربه سکته قلبی به عنوان استرس عمده ریسک بروز علائم اضطراب(۹،۱۰) و افسردگی(۱۰) را تا چند برابر افراد عادی افزایش می‌دهد. Lane و همکاران(۱۱) در مطالعه‌ای شیوع علائم افسردگی را تا ۳۱ درصد و علائم اضطراب را تا ۲۶ درصد در بیماران پس از سکته قلبی در حین بستری گزارش نمودند. در ایران در مطالعه‌ای شیوع علائم افسردگی پس از سکته قلبی ۴۵ درصد(۸) و در مطالعه دیگر ۵۲/۶ درصد(۱۲) گزارش گردید. حتی در یک بررسی در ایران شیوع علائم افسردگی تا ۷۲ درصد و علائم اضطراب تا ۹۰ درصد در بیماران بستری در بخش قلب گزارش شده است(۱۳). گرچه این درصدها کمی اغراق آمیز به نظر می‌رسد. اما سکته قلبی به عنوان یک حادثه تهدیدآمیز بیماران مبتلا را تحت تاثیر قرار می‌دهد(۱۴) و بیماران به منظور تسلط یافتن بر این شرایط تهدیدآمیز تلاش‌های شناختی و رفتاری را به عنوان مقابله بکار می‌گیرند(۱۵). بر اساس نظریه لازاروس و فولکمن این رفتارهای مقابله‌ای شامل دو فرایند مسئله- مدار و هیجان- مدار باشد(۱۶).

Alonzo و Reynolds (۱۷،۱۸) اظهار نمودند که بیماران سکته قلبی ممکن است طیفی از آشفتگی‌های پس از تروما را تجربه نمایند که می‌تواند موجب بکارگیری مقابله‌های غیر انطباقی شود. از طرف دیگر چه بسا مقابله‌های غیر انطباقی موجب بروز آشفتگی‌های روانشناختی گردد(۱۴).

در حالی‌که Webster (۱۹) مدعی شد بکارگیری روش‌های مقابله‌ای هیجان- مدار توسط بیماران سکته قلبی موجب تجربه بیشتر اضطراب و افسردگی می‌شود. Kecheisen و Nyamathi (۲۰) نیز نشان دادند که چنانچه این بیماران مقابله‌های مسئله- مدار را بیشتر از مقابله‌های هیجان- مدار مورد استفاده قرار دهند سازگاری اجتماعی و روانشناختی بهتری خواهند داشت. Chiou و همکاران (۱۹) مشاهده نمودند که سبک مقابله‌ای خوشبینانه شایع‌ترین و موثرترین سبک مقابله‌ای بین بیماران سکته قلبی است. Stewart و همکاران(۲۱) در مطالعه دیگری دریافتند که بیماران در رویارویی با استرس حاصل از سکته قلبی از سبک‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌نمایند. با این وجود سبک حمایت‌جویانه اطلاعات، شایع‌ترین سبک در بین آنان است. مطالعات بسیاری نشان داده که از جمله مشکلات اساسی بیماران پس از سکته قلبی اضطراب، افسردگی و شیوه مقابله با MI می‌باشد(۱۹). با عنایت به پراکندگی یافته‌های مطالعات مورد اشاره به نظر می‌رسد ضمن اینکه هنوز مطالعات دقیق در مورد میزان بروز علائم اضطراب و افسردگی دربیماران سکته قلبی ایرانی وجود ندارد، میزان استفاده از هر یک سبک‌های مقابله ای در این بیماران ناشناخته مانده است. بنابراین هدف این مطالعه، تعیین میزان اضطراب و افسردگی تجربه شده توسط بیماران پس از سکته قلبی بستری و تعیین میزان شیوع سبک‌های مقابله‌ای در این بیماران بود.

مواد و روش ها

بررسی حاضر یک مطالعه توصیفی به منظور تعیین شیوع اضطراب، افسردگی و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران پس از سکته قلبی بود. طرح اصلی پژوهش این مطالعه در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تصویب قرار گرفت و پروتکل آن هیچ‌گونه تضادی با موازین کمیته اخلاق پژوهش نداشت. همچنین موافقت کتبی و آگاهانه از هر کدام از بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه اخذ گردید.

نمونه مورد مطالعه شامل ۱۰۰ بیمار MI بین سن ۳۷ تا ۸۴ سال و با میانگین سنی ۵۵/۸۵ سال بود که برای اولین بار با تشخیص قطعی MI در یکی از بیمارستان‌های الزهرا، نور، فیض و چمران شهر اصفهان طی پائیز سال ۱۳۸۴ بستری شده بودند. حجم نمونه با الهام از مطالعات قبلی و طبق فرمول محاسبه گردید. در فرمول مذکور با

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
www.SID.ir

Archive of SID

در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد، برآورد فراوانی نسبی بیماری ۴۷ درصد (۱۱) و همچنین دقت ۰/۱ حجم نمونه حدود ۱۰۰ نفر بدست آمد.

بیماران نمونه با استفاده روش نمونه‌گیری پی در پی (در دسترس) بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب گریدند. 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 می‌کشید 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 می‌بود. ۲) وجود بیماری طبی جدی دیگری که موجب کاهش امید به زندگی می‌شد ۳) وجود سابقه اختلالات روانپزشکی در بیمار ۴) تحت درمان‌های افسردگی بودن ۵) وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار ۶) عدم توانائی صحبت کردن به فارسی سلیس به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها ایجاد مشکل می‌کرد 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)[1] و مقیاس سبک‌های مقابله‌ای جالویس[2] جمع‌آوری گردید.

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 خرده آزمون اضطراب و افسردگی می‌باشد. هر آیتم در طیف لیکرتی ۴ نمره‌ای درجه‌بندی شده است. حداکثر نمره در هر خرده آزمون ۲۱ نمره می‌باشد(۲۲).

1. Hospital anxiety and depression scale
2. Jalowiec coping scale

کیفیات روان سنجی 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 روان سنجی نسخه فارسی این مقیاس مورد بررسی گرفته است. آلفای کرونباخ در نمونه‌ای از بیماران ایرانی برای خرده مقیاس‌های اضطراب و افسردگی بترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۶ بدست آمد. به علاوه یافته‌ها نشان داد که هر دو خرده آزمون این مقیاس به خوبی توان تمایز گروه‌های دارای علائم و فاقد علائم اضطراب و افسردگی را دارد. بطور کلی نتایج کیفیات روان سنجی این مقیاس بیانگر اعتبار قابل قبول این مقیاس بود(۲۴). 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.

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[3]، سبک مقابله‌ای طفره آمیز[4]، سبک مقابله‌ای خوشبینانه[5]، سبک مقابله‌ای بدبینانه[6]، سبک مقابله‌ای هیجانی[7]، سبک مقابله‌ای تسکین دهنده[8]، سبک مقابله‌ای حمایت‌جوینده[9] و سبک مقابله‌ای خود- اتکائی[10] (۲۵). کیفیات روانسنجی نسخه فارسی این مقیاس مورد

3. Confrontive coping style
4. Evasive coping style
5. Optimistic coping style
6. Fatalistic coping style
7. Emotive coping style
8. Palliative coping style
9. Supportant coping style
10. Self-Reliant coping style

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

Archive of SID

بررسی قرار گرفته است. آلفای کرونباخ هشت خرده آزمون این مقیاس در نمونه بیماران مورد مطالعه بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۴ بدست آمد. همچنین نتایج حاصل از بررسی پایائی بازآزمائی این مقیاس در یک نمونه ایرانی ۳۰ نفره از بیماران قلبی به فاصله سه هفته بین ۰/۵۸ تا ۰/۷۴ بدست آمد. اعتبار محتوی این مقیاس مورد بررسی قرار گرفته است. به طور کلی نتایج استخراج شده از این ارزیابی بیانگر اعتبار قابل قبول و رضایت بخش این مقیاس بود(۲۶).

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 کارورز پزشکی تکمیل گردید. در تکمیل پرسشنامه‌ها شرایط جسمی و روانشناختی بیماران کاملا در نظر گرفته شد و چنانچه برخی در لحظه اجرا پرسشنامه‌ها، از شرایط مناسبی برخوردار نبودند اجرا آنها یا باقیمانده پرسشنامه به جلسه مراجعه بعدی موکول شد. در اجرا پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای، از آزمودنی‌ها خواسته شد به موارد پرسشنامه توجه کنند و با درنظرگرفتن حالات روانشناختی و رفتارهای خویش در موقعیت‌های چالش‌آور گذشته به دقت به آیتم‌های آن پرسشنامه پاسخ دهند. پرسشنامه‌ها توسط دو نفر کارورز 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 جمعیت‌شناختی و روانشناختی بیماران از آمار توصیفی و برای مقایسه شیوع اضطراب و افسردگی بین دو گروه سنی بالای ۶۰ سال و زیر ۶۰ سال از آزمون کای دو استفاده گردید.

یافته ها

میانگین(انحراف معیار) سنی افراد مورد بررسی ۵۵/۸۵ (۱۰/۲۹) سال بود. توزیع سن، جنس، تحصیلات و طبقه اجتماعی- اقتصادی افراد مورد بررسی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: توزیع ویژگی‌های دموگرافیک در ۱۰۰ بیمار مبتلا MI

ویژگی های دموگرافیک	فراوانی	معیار
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

با در نظر گرفتن نقطه برش ۱۱ در هر خرده مقیاس، بیماران با علائم و بدون علائم افسردگی و بیماران با علائم و بدون علائم اضطراب از یکدیگر جدا شدند. نتایج نشان داد که ۴۲ درصد از آزمودنی‌ها دارای علائم اضطراب و ۳۱ درصد از آنان دارای علائم افسردگی بودند. میانگین‌های شدت اضطراب و افسردگی در گروه‌های تفکیک شده بر اساس نقاط برش در خرده آزمون‌های HADS درجدول شماره ۲ مشاهده می‌شود. میانگین (انحراف معیار) نمرات افسردگی در بیماران با علائم و بدون علائم افسردگی بترتیب ۱۳/۰۳ (۱/۷۲) و ۷/۵۹ (۱/۸۳) و در بیماران با علائم و بدون علائم اضطراب بترتیب ۱۰/۹ (۲/۸۴) و ۸/۱ (۲/۰۳) بود. همچنین میانگین(انحراف معیار) نمرات اضطراب دربیماران با علائم و بدون علائم افسردگی بترتیب (۳/۱۹) ۱۲/۵۵ و (۲/۵۶) ۹/۱۷ و در بیماران با علائم و بدون علائم اضطراب بترتیب ۱۳/۳۶(۲/۰۷) و ۷/۹۵ (۱/۳۷) بود. میانگین(انحراف معیار) نمرات اضطراب و افسردگی درکل نمونه بترتیب ۱۰/۲۲ (۳/۱۷) و ۹/۲۸ (۳/۰۹) بدست آمد.

تفاوت معنی‌داری در شیوع علائم اضطراب و افسردگی بین دو گروه بیمار بالای ۶۰ سال و پائین ۶۰ مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

میانگین، انحراف معیار، دامنه نمرات تراز شده و نمرات نسبت هر یک از سبک‌های مقابله‌ای در جدول

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir

Archive of SID

شماره ۴ نشان داده شده است. بدلیل تعداد نامساوی آیتم‌های در هر کدام از خرده آزمون‌ها و به منظور قابل مقایسه شدن هشت سبک مقابله‌ای نمرات خام به نمرات تراز شده و نمرات نسبت تبدیل شد. ترتیب ارائه سبک‌های هشتگانه در جدول مذکور از بالا به پائین بر اساس میزان استفاده از آنها توسط بیماران سکته قلبی می‌باشد. یافته‌ها درجدول شماره۴ نشان می‌دهدکه سبک مقابله‌ای خود- اتکائی شایع‌ترین سبک (۰/۶۸) مورد استفاده و سبک مقابله‌ای هیجانی غیرمتداول‌ترین (۰/۴۹) سبک مورد استفاده در بیماران سکته قلبی بوده است.

جدول شماره ۲: شیوع علائم افسردگی و اضطراب و میانگین های شدت افسردگی و اضطراب درگروه ها بر اساس مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان

	ابزار غربالگری	
	خرده مقیاس اضطراب	خرده مقیاس افسردگی
تعداد (درصد) بیماران با علائم	۴۲(۴۲)	۳۱(۳۱)
تعداد (درصد) بیماران بدون علائم	۵۸(۴۲)	۶۹(۶۹)
میانگین ±انحراف معیار در بیماران با علائم افسردگی	۱۲/۵۵ (۳/۱۹)	۱۳/۰۳ (۱/۷۲)
میانگین ±انحراف معیار در بیماران بدون علائم افسردگی	۹/۱۷ (۲/۵۶)	۷/۵۹ (۱/۸۳)
میانگین ±انحراف معیار در بیماران با علائم اضطراب	۱۳/۳۶ (۲/۰۷)	۱۰/۹ (۲/۸۴)
میانگین ±انحراف معیار در بیماران بدون علائم اضطراب	۷/۹۵ (۱/۳۷)	۸/۱ (۲/۰۳)
میانگین ±انحراف معیار در کل نمونه	۱۰/۲۲(۳/۱۷)	۹/۲۸(۳/۰۹)

جدول شماره ۳: مقایسه شیوع علائم افسردگی واضطراب در دوگروه بالا و زیر۶۰ سال توسط آزمون کای دو

ابزار غربالگری	بیماران سن<۶۰ با علائم تعداد (درصد)	بیماران سن>۶۰ با علائم تعداد (درصد)	p-value
خرده مقیاس اضطراب	۳۰ (۴۲)	۱۲ (۴۱)	۰/۵۶
خرده مقیاس افسردگی	۲۲ (۳۰/۹)	۹ (۳۱)	۰/۵۹

جدول شماره ٤: شاخص‌های توصیفی نمرات ترازشده و نمرات نسبت کاربرد سبک های مقابله ای بیماران پس از سکته قلبی

سبک های مقابله ای	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغیر	نمره نسبت (PS)
سبک مقابله ای خود- اتکائی	۲/۰۵۴	۰/۴۱	۱ -۲/۸۶	۰/۶۸
سبک مقابله ای خوش بینانه	۱/۸۸	۰/۴۳	۰/۸۹-۲/۸۹	۰/۶۳
سبک مواجه شدن	۱/۸۱	۰/۴۴	۱-۳	۰/۶۱
سبک حمایت جوینده	۱/۸	۰/۴۶	۰/۸-۸/۲	۰/۶
سبک مقابله ای طفره آمیز	۱/۵۶	۰/۴	۰/۷۷-۲/۶۹	۰/۵۲
سبک مقابله ای بدبینانه	۱/۵۴	۰/۴۲	۰/۷۵-۳	۰/۵۱
سبک تسکین دهنده	۱/۵۴	۰/۴۶	۰/۵۷-۲/۸۶	۰/۵۱
سبک مقابله ای هیجانی	۱/۴۶	۰/۴۵	۰/۶-۲/۶	۰/۴۹

بحث

در این مطالعه، شیوع اضطراب، افسردگی و شیوه‌های مقابله‌ای در بیماران بستری که اولین بار سکته قلبی را تجربه می‌نمودند، مورد جستجو قرار گرفت. در این مطالعه ۴۲ درصد از آزمودنی‌ها دارای علائم اضطراب و ۳۱ درصد از آنان دارای علائم افسردگی بودند. این بیماران نشان دادند شیوه‌های مقابله‌ای متفاوتی را مورد استفاده قرار می‌دهند. معهذا، شایعترین شیوه‌های مقابله‌ای در آنان به ترتیب مقابله‌های خود- اتکائی، خوش بینانه، مواجه شدن و حمایت جوینده بود و سبک مقابله‌ای هیجانی به عنوان غیرمتداول‌ترین شیوه مورد استفاده در این بیماران مشاهده شد. همچنین یافته‌ها تفاوتی بین دو گروه بیمار بالای ۶۰ سال و پائین ۶۰ از لحاظ شیوع علائم اضطراب و افسردگی نشان نداد.

مطالعات متعددی نشان دادند تجربه سکته قلبی به عنوان استرس عمده ریسک بروز علائم اضطراب (۹،۱۰) و افسردگی(۱۰) را تا چند برابر افراد عادی افزایش می‌دهد. یافته‌های مطالعه حاضر در مورد شیوع علائم اضطراب و افسردگی به یافته‌های حاصل از مطالعه Lane و همکاران در بریتانیا (۱۱) و تا حدودی نتایج مطالعه باقریان و همکاران(۸) در ایران نزدیک است. معهذا با یافته‌های مطالعات ایرانی انجام شده توسط مدبرنیا و همکاران(۱۲) و بیرقی و همکاران(۱۳) تفاوت عمده دارد. شیوع افسردگی در طول زندگی در جمعیت عمومی بین ۶ درصد تا ۲۵ درصدگزارش شده است(۲۷). درحالی‌که بروز آن اغلب در مبتلایان به بیماری‌های جسمی، به ویژه بیماران بستری از ۵ درصد تا ۵۰ درصد گزارش شده است(۲۸). به نظر می رسد درصدها بدست آمده در مطالعه بیرقی و همکاران اغراق‌آمیز است. تداخل و همپوشی علائم روانشناختی علائم بیماری جسمی مسئله‌ای است که تا حد زیادی غربالگری بیماران با علائم افسردگی و اضطراب را با مشکل روبرو می‌سازد. برای مثال خستگی، اختلال

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
www.SID.ir

Archive of SID

خـواب و اشـتها علائـم جـسمی هـستند کـه اغلـب بـا اختلال‌های جسمی مختلف همراه هستند و ممکن است لزوما نشانه افسردگی و اضطراب نباشند. ابزار غربـالگری و نقاط برش متفاوت از جمله مواردی است که می‌توانـد تفاوت در نتایج را توجیه نماید. همچنـین در بکـارگیری ابزارهای استاندارد غربالگری در بیماران جسمی همیـشه این خطر وجود داشته است که علائم خاصی که معمولا همراه بیماری‌های جـسمی اسـت بـا علائـم روانـشناختی تداخل داشته باشد و از یکـدیگر تفکیـک نگـردد. بنـابر این در برخی از ابزارهای مورد استفاده برای بیماری‌های جسمی عمدتا تاکیـد بـر علائـم شـناختی و خلقـی شـده است(۲۹).

در ایـن مطالعـه بیمـاران سـکته قلبـی نـشان دادنـد شیوهای مقابله‌ای چندگانه را مورد استفاده قـرار مـی‌دهنـد. معهذا، شایع‌ترین شیوه‌های مقابلـه‌ای در آنـان بـه ترتیـب مقابله‌های خود- اتکـائی، خـوش بینانـه، مواجـه شـدن و حمایت جوینده بود. آنچـه مـسلم اسـت آنکـه کـارکرد مسئله- مدار این مقابله‌ها بر کارکرد هیجـان- مـدار آنهـا برتری دارد. این یافته‌ها نتـایج Keckeisen و Nyamathi (۲۰)، Chiou و همکاران (۱۹) در مورد مقابله خوشـبینانه، Stewart و همکاران (۲۱) در مورد مقابله حمایت‌جوینده را مورد تایید قرار می‌دهد.

مفهوم استرس اشـاره دارد بـه رابطـه بـین شـخص و شرایطی که فرد فراتر از توانائی خویش تلقی می‌نمایـد و تهدیدی برای بهزیستی خود می‌بیند(۳۰). بر اساس نظریـه لازاروس و فـولکمن مقابلـه دو کـارکرد اصـلی دارد: کارکرد مسئله- مدار که با مسئله‌ای که موجب آشفتگی و اسـترس شـده اسـت رویـاروئی مـی‌شـود و کـارکرد هیجان- مدار که به تنظیم پاسخ‌های هیجانی در مواجهـه با مسئله کمک می‌کند(۱۶). وقوع حـوادث قلبـی تهدیـد جـدی را بـرای بیمـار بوجـود مـی‌آورد کـه اسـتفاده از رفتارهای مقابله‌ای را در آینده به منظور سازگاری با این چالش‌ها لازم می‌سازد(۹).

گرچه مردم از جمله بیماران ممکن است در مراحل اولیه مواجهه با اسـترس تمایـل بـه اسـتفاده از شـیوه‌هـای هیجان- مدار داشته باشند اما به نظر مـی‌رسـد اکثـر آنـان در گذر زمان ترجیح می‌دهنـد شـیوه‌هـائی را بکـار برنـد که منجر به تغییر موقعیت و حل مشکلات موجود شـود. به نظر می‌رسد کارکرد سبک مقابله‌ای حمایت جوینـده تـا حـدودی بـه فرهنـگ وابـسته مـی‌باشـد. در شـرایط فرهنگـی- اجتمـاعی جامعـه ایـران بـا توجـه کـارکرد ویژگی‌هائی نظیر پیوندهای عاطفی در کاهش هیجانـات منفـی بـه نظـر مـی‌رسـد ایـن سـبک مقابلـه‌ای در بـستر فرهنگـی- اجتمـاعی ایـران دارای کـارکرد مـوثری در سـازگاری روانـشناختی اسـت. ایـن نکتـه‌ای اسـت کـه می‌تواند به ویژه در حـوزه مـداخلات بـه منظـور کنتـرل استرس کاربرد بالینی داشته باشد.

درطول زندگی در جمعیت عمومی شیوع افسردگی بین ۶ درصد تا ۲۵ درصد و شیوع اضطراب نیز در همین دامنه گزارش شده است(۲۷) در حالی‌که یافتـه‌هـای ایـن مطالعه حاکی از شـیوع بـالاتر افـسردگی و شـیوع بـسیار بالاتر اضطراب در بیماران پس از سکته قلبی است. بطور کلی بیمـاران مبـتلا بـه بیمـاری جـدی اغلـب در چـالش مـداوم بـرای سـازگاری در حفـظ کیفیـت زنـدگی و بهزیستی خویش هستند. به نظر می رسـد در ایـن فرآینـد کارکرد روانشناختی بیماران تا حـد زیـادی تحـت تـاثیر بیماری و شیوه‌های مقابله‌ای آنان مـی‌باشـد. ضـمنا بـروز علائـم افـسردگی پـس از سـکته قلبـی اثـرات منفـی بـر پیش‌آگهی بیمـاری قلبـی ایـن بیمـاران دارد(۱). بنـابراین لازم است متخصصین قلب و عروق و تیم پزشکی ضمن توجه ویژه به جنبه‌های روانشناختی بیماری سکته قلبـی و جلب همکاری متخصصین روانپزشـک و روانـشناس بـه منظـور مـشارکت آنهـا در امـر درمـان و توانبخـشی ایـن بیماران، از عوامل و شرایطی (نظیر شـیوه‌هـای مقابلـه‌ای) که به طور بالقوه این سازگاری را تسهیل می‌کنند فهـم و درک خوبی داشته باشند. احساس کنترل بـر بیمـاری در این بیماران احتمالا یکی از عوامل اصلی فرآیند مقابله‌ای است که در سازگاری مثبت با بیماری نقش مهمی دارد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]
www.SID.ir

Archive of SID

که می‌تواند در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرارگیرد.

به‌طور اجتناب‌ناپذیر هر مطالعه‌ای با محدودیت‌هایی روبرو می‌گردد که تفسیر یافته‌ها را در بستر آن محدودیت‌ها ضروری می‌سازد. نمونه مورد مطالعه به بیماران سکته قلبی شهر اصفهان محدود شده بود. همچنین بدلیل محدودیت زمانی، معیارهای انتخاب آزمودنی‌ها، محدودیت‌های امکانات و مقدورات تا حدی حجم نمونه نیز محدود گردید. بنابر این در تعمیم یافته ها 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 درشیوع علائم اضطراب و افسردگی، نتیجه‌گیری قاطع از یافته‌های پژوهش را با محدودیت روبه‌رو می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، با استفاده از روش‌های پژوهشی دقیق‌تر و کنترل نقش این متغیرها مخدوش کننده، ضمن بررسی شیوع علائم اضطراب و افسردگی، ابعاد مختلف شیوه‌های مقابله‌ای و نقش آنها درسازگاری این بیماران مورد بررسی قرارگیرد.

سپاسگزاری

از همکاری کارکنان محترم بخش‌هایCCU و قلب بیمارستان‌های الزهرا (س)، نور، فیض و چمران اصفهان در اجرای پژوهش قدردانی می‌شود.

References

1. Andreoli T.E, Carpenter C.C, Griggs R.C, Loscalzo J. CECIL Essentials of medicine. 5th ed, New York: W.B. Saunders Company; 2005. PP 79-99.
2. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware Jr JE, 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(2): 283-298.
3. Torres M, Caldero´n S, Dı´az I, Chaco´n A, Ferna´ndez F, Martı´nez I. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population. Qual Life Res 2004; 13: 1401-1407.
4. Huffman J.C, Smith F.A, Blais M.A, Januzzi J.L, Gregory L. Fricchione. Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. J Psychosom Res 2008; 65: 557-563.
5. Van Melle JP, Ee Jonge P, Spijkerman TA, Tijssen JGP, Ormel J, Veldhuisen DJ, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. Psychosom Med 2004; 66: 814-822.
6. Jaffe AS, Krumholz HM, Catellier DJ, Freedland KE, Bittner V, Blumenthal JA, 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: 126-135.
7. Spijkerman T.A, Van den Brinka R.H.S, Jansena J.H.C, Crijnsc H.J.G.M, Ormela J.H.C. Who is at risk of post-MI depressive symptoms? J Psychosom Res 2005; 58: 425-432.
8. Bagherian Sararoudi R, Guilani B, Bahrami Ehsan H, Saneei H. Relationship between post-MI depression and left ventricular dysfunction. Iranian Journal of Psychiatry and Psychology 2008; 13(4): 320-327.
9. Pedersen SS, Middel B, Larsen ML. Posttraumatic stress disorder in first-time

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir

Archive of SID

myocardial infarction patients. Heart Lung 2003; 32: 300-307.

10. 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.
11. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. Br J Health Psychol 2002; 7(Pt 1): 11-21.
12. Modabernia MJ, Sobhani A, Nasiri rad A, Kiakajoori S. Prevalence of Depression in MI Patients. Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences 2001; 10(39,40): 16-21.
13. Beyraghi N, Tonekaboni S.H, Vakili Gh. Anxiety and depression in patients admitted in cardiac care unit, Taleghani hospital, Tehran, Iran, 2003. Hormozgan Medical Journal 2005; 9(4): 261-264.
14. Chunga MC, Bergerb Z, Rudd H. Coping with posttraumatic stress disorder and comorbidity after myocardial infarction. Comprehensive Psychiatry 2008; 49(1): 55-64.
15. Sarafina E.P. Stress, Illness, and Coping. Health Psychology, Biopsycholsocial Interactions. Sarafina E.P. 4nd ed, USA: John Wiley & Sons; 2002. PP 69-132.
16. Brannon L, Feist J. Stress, Pain and Coping. Health Psychology. Brannon L, Feist J. 7nd ed, USA: WADSWORTH Cengage Learning; 2009. PP 118-121.
17. Alonzo AA. Acute myocardial infarction and posttraumatic stress disorder: the consequences of cumulative adversity. J Cardiovasc Nurs 1999; 13(3): 33-45.
18. Alonzo AA, Reynolds NR. The structure of emotions during acute myocardial infarction: a model of coping. Soc Sci Med 1998; 46: 1099-1110.
19. 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): 305-311.
20. Keckeisen ME, Nyamathi AM. Coping and adjustment to illness in the acute myocardial infarction patient. J Cardiovasc Nurs 1990; 5(1): 25-33.
21. Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A, Makrides L. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. J Adv Nurs 2000; 31(6): 1351-1360.
22. Zigmond AS, Snaith PR. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67(6): 361-370
23. Bjelland I, Dahl AA, Tangen Haug T, Neckelmann. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review J Psychosom Res 2002; 52(2): 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 and Quality of Life Outcomes, 2003; 1(14): 1-5
25. Indqvist R, Sjoden PO. Coping Strategies and Quality of Life Among Patients On Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. J Adv Nurs 1998; 27: 312-319.
26. Bagherian R, Ahmadzadeh G, Yazdani E. Study of coping styles among dialysis patients. Journal of Semnan University of Medical Sciences 2009; 10(2): 111-118.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir

Archive of SID

27. Kessler R.C. Epidemiology of depression. In Gotlib I.H, Hammen C.L. (Eds.). Handbook of depression. 2nd ed, New York: Guilford Press; 2002. PP 23-42.
28. Sutor B, Rummans T.A, Jowsey S.G, Krahn L.E, Martin M.J, O'Connor M.K, et al. Major depression in medically ill patients. Mayo Clinic Proceedings 1998; 73(4): 329-337.
29. Parker G, Gladstone G. Capacity of the 10-item depression in the medically ill screening measure to detect depression 'caseness' in psychiatric out-patients. Psychiatry Research 2004; 127: 283-287.
30. Ginzburg K, Solomon Z, Bleich A. Repressive coping style, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. Psychosom Med 2002; 64(5): 748-757.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

www.SID.ir