مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره دهم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۰، ۱۳۷-۱۲۷

کیفیت زندگی و رابطه آن با میزان استرس و روش‌های مقابله با آن در بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر

عصمت نوحی[۱]، مهدی عبدالکریمی[۲]، محسن رضائیان[۳]

دریافت مقاله: ۸۹/۳/۲۴ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۸۹/۷/۱۸ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۸۹/۱۲/۴ پذیرش مقاله: ۸۹/۱۲/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: عوامل روانی از قبیل استرس و روش‌های مقابله با استرس، از جمله عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران با اختلال عروق کرونر می‌باشند. هدف این مطالعه، تعیین ارتباط کیفیت زندگی بیماران کرونری با میزان استرس و روش‌های مقابله با استرس می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۱۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد و آنژین با اختلال کرونری مراجعه‌کننده به بخش‌های CCU و آنژیوگرافی بیمارستان علی‌بن‌ابیطالب (ع) رفسنجان از فروردین تا آبان ۱۳۸۸ انجام شده است. روش نمونه‌گیری آسان بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-36، روش‌های مقابله‌ای Jalowiec و سنجش استرس Cohen استفاده شد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات قبلی تأیید شده است. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری t ، ANOVA ,Scheffe و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میزان کیفیت زندگی و استرس (r= -۰/۶۸) و میزان کیفیت زندگی با روش‌های مقابلهٔ با استرس هیجان‌مدار (r= -۰/۳۵) ارتباط منفی و معنی‌دار (p<۰/۰۰۰۱) و بین میزان کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای مسئله مدار ارتباط مثبت و معنی‌دار (r= ۰/۴۱) وجود داشت. نتایج همچنین نشان داد که بین میزان استرس و روش‌های مقابله‌ای مسئله مدار ارتباط منفی (r= -۰/۴۹) و با روش‌های هیجان‌مدار ارتباط مثبت (r=۰/۳۱) و معنی‌دار وجود داشت (p<۰/۰۰۰۱).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، استفاده از روش‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار با کاهش استرس درک شده و بهبود کیفیت زندگی در بیماران کرونری مرتبط می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: بیماری عروق کرونر، کیفیت زندگی، استرس، روش‌های مقابله با استرس

۱- مربی و عضو هیئت علمی گروه آموزشی داخلی- جراحی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۲- (نویسنده مسئول) کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان علی‌ابن‌ابیطالب (ع)، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
تلفن: ۰۳۹۱-۵۲۳۸۴۴۸، دورنگار: ۰۳۹۱-۸۲۲۰۰۲۲، پست الکترونیکی: mahdi_13581@yahoo.com
۳- دانشیار گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی و مرکز سلامت محیط و کار، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1390.10.2.3.5]

مقدمه

بیماری عروق کرونر اختلالی است که به طور عمده با تنگی مجرای داخلی عروق کرونر به وسیله ضایعه آترواسکلروتیک مشخص می‌شود [۱] و مهم‌ترین بیماری در جهان از نقطه نظر مسائل اقتصادی تا سال ۲۰۲۰ قلمداد می‌شود [۲]. در جمعیت ایرانی، بیماری عروق کرونر یکی از دلایل عمده مرگ و میر و ناتوانی محسوب شده و در حال حاضر اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال در ایران می‌باشد [۳].

اگرچه درمان‌های مؤثرتر باعث افزایش طول عمر در این بیماران شده است، اما کیفیت زندگی در این سال‌های بیشتر، بر طبق تحقیقات انجمن قلب آمریکا از حد مطلوب پایین‌تر می‌باشد [۴]. بیماری عروق کرونر با داشتن ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده و علائم آنژین و عدم تحمل فعالیت بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر منفی می‌گذارد [۵].

امروزه کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن موضوع مطالعات متعددی می‌باشد به گونه‌ای که علاوه بر طولانی شدن عمر، حفظ کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار شده است [۶]. از جمله عوامل خطری که در مورد بیماران کرونری مورد بحث قرار گرفته است عوامل روانی و اجتماعی می‌باشد [۷].

عوامل روانی و اجتماعی باعث پیامدهای منفی در وضعیت سلامت بیماران و افراد سالم می‌شوند. نشان داده شده است که افسردگی، کاهش حمایت اجتماعی و میزان استرس درک شده، با افزایش میزان مرگ و میر و ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی به ویژه در بیماران قلبی و عروقی مرتبط است [۸]. اگرچه استرس غیرقابل اجتناب است اما نمی‌توان تنها به این دلیل که غیرقابل اجتناب است آن را نادیده گرفت و می‌توان استرس را از طریق انجام یک‌سری مداخلات تعدیل نمود [۹]. بر طبق نظریه Lazarus و Folkman افراد برای کنترل و تحمل استرس از دو روش سازگاری مسئله‌مدار (Problem-Focused) و هیجان‌مدار (Emotion-Focused) استفاده می‌کنند. هدف سازگاری هیجان‌مدار این است که فرد با کاهش اثرات هیجانی استرس، احساس بهتری داشته باشد، این راهبردها برای کاهش مسئله یا تقلیل واکنش‌های هیجانی مفیدند اما همیشه انطباقی نیستند. هدف سازگاری مسئله محور این است که فرد با استفاده از مهارت‌هایی مانند حل مسئله و با ایجاد تغییرات در محیط، موقعیت ایجاد شده را به طور مؤثری کنترل کند [۱۰]. انتخاب استراتژی سازگاری به تجارب مشابه قبلی در زندگی، میزان شناخت فرد از خود و محیط، میزان دسترسی به منابع و موقعیت استرس‌زا بستگی دارد [۱۱]. مطالعات روی کیفیت زندگی بیماران کرونری بیشتر روی عواملی مانند وضعیت دموگرافیک، شدت بیماری، درمان دارویی و بهبود عروقی متمرکز شده و مطالعات کمتری در مورد تأثیر فاکتورهای روانی مانند استرس و روش‌های سازگاری بر کیفیت زندگی این بیماران انجام شده است [۱۲].

در بیماران کرونری نشان داده شده است که میزان استرس در این افراد از میزان استرس در افراد سالم جامعه بالاتر است [۱۱]. از طرف دیگر بعضی مطالعات کارآزمایی بالینی نشان داده‌اند که آموزش کنترل استرس می‌تواند باعث کاهش عود حملات و افزایش عملکرد عضله بطنی در این بیماران شود [۱۳]. همچنین نشان داده شده که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس در بیماران کاندید عمل جراحی عروق کرونر با کاهش استرس در این بیماران همراه بوده است [۱۴].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1390.10.2.3.5]

در مورد نقش استراتژی‌های سازگاری در بهبود بیماران کرونری، بعضی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استفاده از سبک‌های مقابله مسأله مدار در برخی بیماران مؤثرتر از روش‌های هیجان‌مدار بوده است و این بیماران سازگاری روانی بیشتری داشته‌اند [۱۵].

بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر در دوره بعد از ترخیص با توجه به این که این دوره علاوه بر جنبه‌های فیزیکی کیفیت زندگی، حیطه‌های سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و رفتاری کیفیت زندگی را نیز در بر می‌گیرد، می‌تواند برای ارزیابی مداخلات انجام شده و پیش‌بینی نیازهای مراقبتی و اجتماعی مورد نیاز بیماران کرونری مورد استفاده قرار گیرد [۱۶] در این مطالعه، کیفیت زندگی بیماران کرونری و ارتباط آن با روش‌های مقابله با استرس و میزان استرس بعد از ترخیص مورد ارزیابی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر مطالعه‌ای مقطعی است. جامعه پژوهش شامل بیماران کرونری مراجعه‌کننده به بخش‌های CCU و آنژیوگرافی بیمارستان علی‌بن‌ابیطالب (ع) رفسنجان از فروردین تا آبان سال ۱۳۸۸ می‌باشد. شرایط ورود به مطالعه شامل تشخیص انفارکتوس میوکارد در پرونده پزشکی، مشخص شدن اختلال کرونری در آنژیوگرافی، گذشتن سه ماه از حمله حاد انفارکتوس میوکارد و توانایی لازم برای فهم و تکمیل پرسش‌نامه بود.

بیمارانی که دارای سایر بیماری‌های جدی و مختل‌کننده فعالیت‌های روزمره زندگی و همچنین اختلالات روانی بودند با توجه به سابقه بیماری‌های قبلی در پرونده و سؤال از بیمار، از مطالعه حذف شدند. حجم نمونه با توجه ضریب همبستگی در مطالعات مشابه [۵] (r=۰/۱۸۵) و α=۰/۰۵ و β=۰/۱ و با استفاده از فرمول حجم نمونه در مطالعات همبستگی [۱۷] ۳۱۰ نفر برآورد گردید.

$$n = \left[\frac{z\alpha + z\beta}{c}\right]^2, c = 0.5 \times \log(1 + r)(1 - r)$$

نمونه‌ها از بین ۶۶۷ بیمار که شرایط ورود به مطالعه را دارا بوده و حاضر به تکمیل پرسش‌نامه شدند، انتخاب گردیدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) Short Form Health Survey، پرسش‌نامه شیوه‌های مقابله‌ای جالویس (Jalowiec Coping Scale) و پرسش‌نامه سنجش استرس کوهن (Cohen) استفاده شد. در مطالعه حاضر، اطلاعات دموگرافیک و تشخیص بیماران با مراجعه به بایگانی و پرونده‌های پزشکی بیماران بدست آمد. پرسش‌نامه‌ها پس از گذشتن حداقل سه ماه از حمله حاد کرونری و با مراجعه به محل زندگی بیماران از طریق مصاحبه تکمیل شدند. در مواردی که امکان دسترسی و حضور در منزل بیماران وجود نداشت با هماهنگی قبلی، پرسش‌نامه‌ها زمان مراجعه جهت ویزیت پزشکان و مراجعه جهت نوبت آنژیوگرافی تکمیل گردیدند.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی، SF-36 ابزاری مناسب جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران کرونری می‌باشد. این پرسش‌نامه ۳۶ سؤال دارد و کیفیت زندگی را در ۸ حیطه ارزیابی می‌کند که شامل عملکرد جسمی، محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی، درد جسمی، وضعیت سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ارتباط با مسایل روانی و سلامت روانی می‌باشد. کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف از صفر تا صد نمره‌گذاری شده است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر می‌باشند. پایایی و اعتبار ویرایش فارسی این پرسش‌نامه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1390.10.2.3.5]

توسط Montazari و همکاران مورد تأیید قرار گرفته و α کرونباخ ۰/۷۷تا ۰/۹۹ محاسبه شده است [۱۸].

پرسش‌نامه سنجش استرس Cohen شامل ۱۴ سؤال می‌باشد. این پرسش‌نامه میزان ارزیابی افراد از موقعیت‌های پراسترس زندگی که به صورت غیرقابل کنترل، غیرقابل پیش‌بینی و بیش از ظرفیت احساس می‌شود را اندازه‌گیری می‌کند. نمرات پاسخ داده شده به این سؤالات از صفر تا ۴ بود و کل نمرات بین صفر تا ۵۶ می‌باشد. نمره‌بندی ۷ مورد از این سؤالات به صورت معکوس است. در ایران این پرسش‌نامه توسط Mohammadi و همکاران مورد تأیید قرار گرفته و روایی و پایایی آن با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۸۶ محاسبه شده است [۱۹] پرسش‌نامه جالویس حاوی ۳۹ سؤال است که ۲۴ سؤال مربوط به روش مقابلهٔ هیجان محور و ۱۵ سؤال مربوط به روش مقابلهٔ مساله‌مدار می‌باشد و نمرات مربوط به دو روش مقابله‌ای هیجان محور و مسئله محور را مشخص می‌کند. در ایران روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط Aziz Negad مورد تأیید قرار گرفته است [۲۰].

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ مورد تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد برای مقایسه میانگین‌ها از آزمون t، ANOVA و Scheffe و برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه ۳۱۰ نفر شرکت داشتند که ۱۹۸ نفر (۶۳/۹٪) مرد و ۱۱۲ نفر (۳۶/۱٪) زن بودند. ۱۸۳ نفر (۵۹٪) سن ۶۵-۴۰ سال، ۱۰۹ نفر (۳۵/۲٪) بالای ۶۵ سال و ۱۸ نفر (۵/۸٪) زیر ۴۰ سال سن داشتند. از نظر میزان تحصیلات ۱۳۴ نفر (۴۳/۲٪) سواد خواندن و نوشتن، ۱۰۱ نفر (۳۲/۶٪) تحصیلات سیکل، ۳۳ نفر (۱۰/۷٪) دیپلم، ۲۴ نفر (۷/۷٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند و ۱۸ نفر (۵/۸٪) بی‌سواد بودند.

میانگین کیفیت زندگی کل بیماران ۱۱/۸±۵۲، میانگین کیفیت زندگی زنان ۹/۷±۴۶/۳ و میانگین کیفیت زندگی مردان ۱۱/۷±۵۵/۲ بود. میانگین نمره استرس در این بیماران ۵/۶±۲۸/۵، میانگین نمره استرس در زنان ۶/۴±۳۶/۷ و در مردان ۵/۳±۲۶/۸ می‌باشد.

میانگین نمره روش مسئله‌مدار در مردان ۴/۴±۳۰/۱، در زنان ۴/۸±۲۷/۶ و میانگین نمره روش هیجان‌محور در مردان ۵/۸±۴۰/۱ و در زنان ۵/۲±۴۸/۲ محاسبه گردید.

با استفاده از آزمون t تفاوت معنی‌دار در کیفیت زندگی، میزان استرس و شیوه‌های مقابله در مردان و زنان مشاهده شد ($p<۰/۰۰۰۱$). بررسی نمرات ابعاد کیفیت زندگی نشان داد که کیفیت زندگی در هر ۸ حیطه در زنان نسبت به مردان پایین‌تر بوده است و در هر دو جنس کمترین نمره مربوط به حیطه‌های محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی و محدودیت در ارتباط با مشکلات روحی و بیشترین نمره مربوط به عملکرد جسمی بود (جدول ۱).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1390.10.2.3.5]

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره حیطه‌های هشت‌گانه کیفیت زندگی در بیماران کرونری مراجعه‌کننده به بیمارستان علی‌ابن‌ابیطالب(ع) رفسنجان

ابعاد کیفیت زندگی	مردان انحراف معیار± میانگین	زنان انحراف معیار± میانگین
عملکرد جسمی	۷۲/۱±۱۵/۹	۶۵/۲±۱۴
محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی	۳۰/۹± ۲۳/۵	۱۷/۲±۱۰
نشاط و سرزندگی	۵۱/۹± ۱۱/۲	۴۴/۷±۹/۷
سلامت روانی	۵۹/۲ ±۱۰/۶	۵۳/۲±۱۰/۲
عملکرد اجتماعی	۶۴ ± ۱۵/۸	۵۳/۱±۱۷/۳
درد بدنی	۶۴/۷ ± ۱۷/۱	۵۵/۴±۱۷/۵
سلامت عمومی	۵۲/۲ ± ۱۲/۳	۴۲/۸ ±۱۳/۱
محدودیت در ارتباط با مسائل روحی	۳۷/۲ ± ۲۷/۱	۲۹/۷±۲۰/۵

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین میزان استرس و کیفیت زندگی رابطهٔ معکوس و معنی‌دار وجود دارد (r=-۰/۶۸). همچنین بین کیفیت زندگی و روش مقابله مسأله مدار ارتباط مثبت و معنی‌دار (r=۰/۴۱) و بین روش مقابله هیجان محور و کیفیت زندگی رابط منفی و معنی‌دار وجود داشت (r=-۰/۳۵). آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین میزان استرس و روش مقابلهٔ مسأله محور ارتباط معکوس (r=-۰/۴۹) و بین میزان استرس و روش مقابلهٔ هیجان‌محور ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود داشت (r=۰/۳۱)۰ در همه موارد فوق ارتباط موجود از نظر آماری معنی‌دار بود (p<۰/۰۰۰۱). آزمون آنالیز واریانس نشان داد که کیفیت زندگی بر حسب گروه‌های سنی تفاوت معنی‌دار داشت (p<۰/۰۰۰۱) و نتایج آزمون Scheffe نشان داد که بین گروه‌های سنی ۶۵-۴۱ سال و بالای ۶۵ سال اختلاف معنی‌دار وجود داشت (p<۰/۰۰۰۱) و افراد با سن بالای ۶۵ سال کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. در حالی که میزان استرس در بین گروه‌های سنی اختلاف معنی‌داری نشان نداد. (جدول ۲) همچنین آزمون ANOVA نشان داد که بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود داشت (p<۰/۰۰۰۱). آزمون Scheffe نشان داد که کیفیت زندگی افراد بی‌سواد و افراد با سواد ابتدایی با کیفیت زندگی افراد با مقاطع تحصیلی بالاتر تفاوت معنی‌دار داشت و با افزایش سطح سواد کیفیت زندگی افزایش یافته بود.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی و میزان استرس درک شده بر حسب سن در بیماران کرونری مراجعه‌کننده به بیمارستان علی‌ابن‌ابیطالب (ع) رفسنجان

متغیرهای مطالعه سن	کیفیت زندگی انحراف معیار±میانگین	P-Value	میزان استرس درک شده انحراف معیار± میانگین	P-Value
کمتر از ۴۰ سال	۵۳/۴±۹/۶	۰/۰۰۰*	۲۸/۷±۵/۶	۰/۵۵
۶۵ - ۴۰ سال	۵۴±۱۱/۶		۲۷/۹±۵/۴	
بیشتر از ۶۵ سال	۴۳/۸±۱۱/۷		۲۹/۵±۵/۳	

****: مقدار p<۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد (آزمون ANOVA)***

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1390.10.2.3.5]

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیماران کرونری از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نبودند. همچنین نشان داد که کیفیت زندگی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با استرس در دو جنس متفاوت بود که این نتایج با بسیاری از مطالعات مشابه همخوانی دارد. چنانچه Agewall و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که کیفیت زندگی در مردان مبتلا به اختلال کرونری، علی‌رغم سن، وضعیت همودینامیک و آزمایشگاهی مشابه بالاتر از زنان بود [۲۱]. همچنین Hallman و همکاران نشان دادند که زنان مبتلا به اختلال کرونری استرس بیشتری داشتند و کمتر از استراتژی‌های مؤثر سازگاری استفاده کرده بودند. از آنجایی که بر طبق نظر Lazarus انتخاب روش مناسب سازگاری، با تجارب اولیه، یادگیری روش‌های سازگاری و منابع حمایتی مرتبط می‌باشد، روش‌های سازگاری غیرمؤثر در زنان می‌تواند با مسئولیت بیشتر و دسترسی محدودتر به منابع حمایتی در این جنس ارتباط داشته باشد [۱۱].

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد که این موضوع در مطالعات مشابه نیز نشان داده شده است. Tahir Dormaz و همکاران در بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران کرونری نشان دادند افراد دارای سطح تحصیلات بالاتر، نمره کیفیت زندگی بالاتری داشتند [۲۲]. همچنین Thumboo و همکاران نشان دادند که به ازای هر سال افزایش سطح تحصیلات، نمرات SF-36 ۰/۶-۰/۵ افزایش می‌یابد [۲۳]. بنابراین، در تفسیر پایین‌تر بودن کیفیت زندگی زنان در این مطالعه باید پایین‌تر بودن سطح تحصیلات آنها را هم مدنظر قرار داد. نتایج این مطالعه نشان داد که سن، نقش تعیین‌کننده در کیفیت زندگی بیماران کرونری دارد و تفاوت کیفیت زندگی بر حسب گروه‌های سنی از نظر آماری معنی‌دار بود. Beck و همکاران نیز بیان کردند که با افزایش سن نمرات کیفیت زندگی کاهش می‌یابند[۲۴]. در مطالعه حاضر هم کیفیت زندگی افراد با سن بالای ۶۵ سال، پایین‌تر بوده است. از طرف دیگر Inmaculada و همکاران نشان دادند که با افزایش سن، نمرات کیفیت زندگی به ویژه در بعد جسمانی در مقایسه با افراد جوان افزایش می‌یابد و یکی از دلایل آن را این‌گونه ذکر می‌کردند که افراد مسن محدودیت‌های جسمانی را کمتر مرتبط با بیماری کرونری احساس می‌کنند [۱۶]. نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که کیفیت زندگی افراد با سن کمتر از ۴۰ سال از کیفیت زندگی افراد با سن ۶۵-۴۰ سال پایین‌تر بوده است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که استفاده از استراتژی‌های سازگاری مبتنی بر حل مسئله، با کیفیت زندگی ارتباط مستقیم و استفاده از استراتژی‌های هیجان‌مدار با کیفیت زندگی این بیماران ارتباط معکوس داشت، به طوری که بیمارانی که جهت مقابله و سازگاری با استرس بیشتر از این روش‌ها استفاده کرده بودند کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. نتایج این مطالعه با بسیاری از مطالعات مشابه هم‌خوانی دارد به طوری که Yazdi و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که بین کیفیت زندگی بیماران کرونری و روش‌های مسئله مدار ارتباط مثبت و با شیوه‌های هیجان‌محور ارتباط منفی وجود داشت [۵]. علاوه بر این Ulvik و همکاران نیز نشان دادند که استفاده از استراتژی‌های مبتنی بر حل مسئله با تصور ذهنی بهتر و کیفیت زندگی بالاتری در بیماران کرونری مرتبط می‌باشد [۲۵]. همان‌طور که Gary معتقد بود که استفاده از روش‌های مبتنی بر حل مسئله باعث افزایش

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1390.10.2.3.5]

هدفمندی، افزایش اعتماد به نفس و افزایش روحیه بیمار شده و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد [۲۶].

مطالعه حاضر نشان داد ارتباط بین استرس و کیفیت زندگی محکم‌تر از رابطه راه‌های مقابله‌ای با کیفیت زندگی بود. در مورد تأثیر استرس بر کیفیت زندگی نشان داده شده است که یکی از اثرات مخرب استرس بر کیفیت زندگی می‌تواند انتخاب روش‌های سازگاری غیرفعال و هیجان‌مدار توسط بیمار باشد و به دنبال آن استفاده از روش‌های هیجان مدار باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود. علاوه بر اثرات مخرب استرس بر کیفیت زندگی، استرس باعث کاهش استفاده از سازوکارهای سازگاری مؤثر و افزایش استفاده از سازوکارهای غیرفعال و اجتنابی می‌شود. بنابراین آموزش راه‌های مقابله‌ای مؤثر در بیماران با استرس بالا از اهمیت خاصی برخوردار است. به طور دقیق، این که چگونه سازگاری بین استرس و کیفیت زندگی ارتباط ایجاد می‌کند، مشخص نیست اما به نظر می‌رسد که به عنوان حد واسط مطرح باشد [۲۷].

این مطالعه نشان داد که استفاده از استراتژی‌های هیجان‌محور با افزایش میزان استرس درک شده در بیماران کرونری همراه بود. به طور کلی نتایج اغلب پژوهش‌ها، روش‌های مقابله‌ای هیجان‌محور را مهم‌ترین واسطه استرس با بیماری نامیده‌اند و نشان داده‌اند که استفاده از روش‌های هیجان محور با ارزیابی منفی از استرس و در نتیجه میزان استرس بالاتر و کیفیت زندگی پایین‌تر همراه می‌باشد [۱۵]. بر طبق نظر (روش‌های مقابله‌ای) ارزیابی ذهنی از استرس، جزء مهمی در کنترل استرس است و سازوکارهای سازگاری در ارزیابی ذهنی استرس تأثیرگذار می‌باشند. بر طبق این نظریه، افرادی که با استرس درگیر شده و حوادث را به عنوان یک محرک قلمداد می‌کنند تا یک تهدید، و از روش‌های مبتنی بر حل مسئله برای کنترل استرس استفاده می‌نمایند، نسبت به کسانی که از روش‌های غیرفعال و اجتنابی و مبتنی بر هیجان استفاده می‌کنند، در کنترل استرس موفقیت بیشتری دارند. بنابراین نه تنها آموزش روش‌های حل مسئله بلکه آموزش عدم استفاده از روش‌های غیرفعال می‌تواند به بیماران کمک‌کننده باشد [۲۸].

البته نتایج این مطالعه با مطالعه Basharat و همکاران [۱۵] که نشان دادند بهبودی ادراک شده در بیماران کرونری با استفاده از روش‌های هیجان محور منفی ارتباط مستقیم دارد، در تضاد است. این اختلاف می‌تواند با توجه به این که در آن مطالعه روش‌های سازگاری قبل از عمل جراحی قلب در بیماران اندازه‌گیری شده بود توجیه شود. زیرا در موقعیت‌هایی که فرد در خود توان رویارویی با مسئله را نمی‌بیند، در کوتاه مدت استفاده از راهبردهای هیجان‌محور می‌تواند به طور موقت باعث کاهش استرس و اضطراب در فرد شود [۱۰].

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر با افزایش میزان استرس درک شده و استفاده از استراتژی‌های سازگاری هیجان‌محور کاهش می‌یابد. بنابراین، با توجه به اهمیت حفظ و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران، بررسی میزان استرس و انجام مداخلاتی جهت کاهش استرس و آموزش استراتژی‌های مبتنی بر حل مشکل جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری پرسنل بخش‌های CCU و آنژیوگرافی بیمارستان علی‌ابن‌ابیطالب (ع) رفسنجان و کلیه بیمارانی که در این پژوهش شرکت نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1390.10.2.3.5]

References

[1] Richard H, David T, Sarah M. Ccardiac nursing comper hansive guide. Edinberg, Churchill Liviengston. 2002; pp: 14-32.

[2] Hatmi ZN, Tahvildary SI, Gafarzadeh Motlag A, Sabouri Kashani A. Prevalenc of coronary artery disese risk factor in iran: a population based survey. *BMC Cardiovasc Disord* 2007; 7: 32.

[3] Vahidian Azimi A, Alhani F, Ahmady F, Kazemnezhad A. Assesing risk factors of coronary heart disease. 3th Iran- Arab (Middle East) Cardiovascular Congress. 2009.

[4] Jipan X, Eric QWU, Zheng ZJ, Patric W, Lin Z, Darvin R. Patient-reported health status in coronary hearth diseeas in the United States: age, sex, racial, and ethnic differences. *Circulation J Am Hearth Association* 2008; 118: 491-7.

[5] Yazdi SM, Hossinian S, Eslami M, Fathi – Ashtiani A. Quality of life and coping strategies in coronary hearth disease patients. *J Appl Sci* 2008; 8(4): 707-10.

[6] Abddolahian A, Mokhber N, Kafaie Razavi Z. Comoparison of the coping response and important life event in coronary heart patient. *The Quarteerly J Fundammental Mental Health* 2006; 8(29): 37-42. [Farsi]

[7] Deepa R, Pradeep R, Mohan V. Role of psychological stress in cardiovascular disease. *Int J Diab Dev Ctries* 2001; 21(2): 121-4.

[8] Elizabeth DK, Virginia PW, Matthew C, Hoking BA, James D. Lane PhD, et al. Psychosocial benefit of three formats of standardized Behovioral stress management program. *Psychosomatic Med* 2006; 68: 816-23.

[9] Key Kittrel C. Professional nursing: concepts an challenges, 4th ed. Saunders, Elsevier. 2005; pp: 218-20.

[10] Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, Springer. 1981; pp: 122.

[11] Hallman T, Thomsson H, Burell G, Lisspers J, Setterlind S. Stress, burnout and coping: differences between women with coronary heart disease and healthy matched women. *J Health Psychol* 2003; 8(4): 433-45.

[12] Gulliksson M, Burell G, Lundin L, Toss H, Svardssudd K. Pyschosocial factors during the first year after a coronary heart disease in cases and referents. Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care Project (SUPRIM) *BMC Cardivasc Disord* 2007; 7-36.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1390.10.2.3.5]

[13] Dimsdale JE, Psychological stress and cardiovascular disease. *JACC* 2008; 51(13): 1237-46.

[14] Redford B, William MD, John C, Barefoot PhD Neil S. Psychosocial risk factors for cardiovascular Disease. *JAMA* 2003; 290(16): 2190-2.

[15] Basharat MA, Pourrang P, Sadeghpour Tabaee A, Pournaghash Tehrani S. The relation ship between coping styles and psychological adaptation the recovery process: patients with coronary heart disease. *Tehran Univ Med J* 2007; 66(8): 573-9. [Farsi]

[16] Inmaculada IF, Maria MS. Changes in health related quality of life 3 months after an acute coronary syndrome. *BMC Public Healt* 2006; 6(18): 1-10.

[17] Chehreiy A, Sabere M, Mohamad Sadeghi H, Montazar M, Sahgholi N, Sedigh N. Sampling in Medical Sciences. 1th ed. Tehran, Sara. 2003; p: 69. [Farsi]

[18] Montazari A, Goshtasb A, Vahdany Nia MS. Translation, reliability and validity of SF-36 qastionnaires as Persian. Quorterly Monitoirng 2005; 4: 49-54. [Farsi]

[19] Mohammadi Teganeh L, Bastani F, Feizi Z, Agilar-Vafaie M, Haghani H. Effect of stress managment education on mood and perceived stress among oral contraceptive pill users. *Iran J Nursing* 2007; 21(53): 64-73.

[20] Aziz Negad P. Effect of self care education in the use of coping methods by adolescents with thalassemia city of Babol under the Welfare Organization. MSc thesis degree nursing education. Tehran: Welfare and Rehabilitation Sciences University. 1998; pp: 103-35. [Farsi]

[21] Agewall S, Berglund M, Henareh L. Reduce quality of life after myocardial infarction in woman compare with men. *Clin Cardiol* 2004; 27(5): 271-4.

[22] Durmaz T, Ozdemir O, Akyunak Ozdemir B, Keles T, Akar Bayram N, Bozkurt E. Factors Affecting quality of life in patieats with coronary heart disease. *Turk J Med Sci* 2009; 39(1): 149-53.

[23] Thumboo J, Fong KY, Machin D, Chans P, Soh CH, Leong KH, et al. Quality of life in an urban Asian population: the impact of ethinicity and socio-economic status. *Soc Sci Med* 2003; 5: 1761-72.

[24] Brink E, Karlson L, Hallberg M. Health experiences of first-time myocardial infarction: Factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychol Health Med J* 2002; 7(1) 5-16.

[25] Ulvik B, Nygard O, Hanestad BR, Wentzel-Larsen T, Wahl AK. Associations between disease severity, coping and dimenisions of health – related quality of life in patients admited for elective coronary angiography-across sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6: 38.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1390.10.2.3.5]

[26] Gary M. Coping and behavior Diabetes. *Life Styl Dibet Spectrum* 2000; 13(3): 167-73.

[27] Yang HC, Brothers BM, Andersen BL. Stress and quality of life in breast cancer recurrence: moderation or mediation of coping? *Ann Behva Med* 2008; 35(2): 188-97.

[28] Samuel-Hodge CD, Watkins DC, Rowell KL, Hooten EG. Coping styles, well-being, self-care behaviors among Aferican- Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2008; 34(3): 501-10.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1390.10.2.3.5]

Quality of Life and its Relationship with Stress and Coping Strategies in Coronary Heart Disease Patients

E. Nohi[1], M. Abdolkarimi[2], M. Rezaeian[3]

Received: 14/06/10 Sent for Revision: 10/10/10 Received Revised Manuscript: 23/02/11 Accepted: 01/03/11

Background and Objectives: Stress and coping strategies as well as other psychological factors affect quality of life among coronary heart disease (CHD) patients. The aim of this study was to assess the relationship between quality of life, stress and coping strategies in coronary heart disease patients.

Materials and Methods: This cross sectional study was carried out on 310 patients with coronary heart disease who reffered to CCU and angiography wards at Rafsanjan hospital between March and October 2009. The data were collected using three questionnaires, SF-36, Jaloweis coping strategies and Cohen's perceived stress. The validity and reliability of the questionnaires have been approved. T-test, ANOVA, Scheffe and Pearson Correlation methods were used to analyze the data.

Results: Results showed a negative significant relationship ($p<0.0001$) between quality of life and both stress ($r=-0.68$) and Emotion– Focused coping ($r= -0.35$). There was also a positive significant relationship ($p<0.0001$) between quality of life and Problem- Focused coping ($r = 0.41$). A negative significant relationship ($p<0.0001$) between stress and Problem-Focused coping ($r= -0.49$) as well as a positive significant relationship between stress and Emotion- Focused coping ($r = 0.31$) was observed.

Conclusion: This can be concluded from our results that the use of Problem–Focused coping strategies is correlated with the decrease of perceived stress and improvement of quality of life in coronary heart disease patients.

Key words: Coronary heart disease, Quality of life, Stress, Coping strategies

Funding: This research was funded by kerman University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Kerman University approved the study.

How to cite this article: Nohi E, Abdolkarimi M, Rezaeian M. Quality of Life and its Relationship with Stress and Coping Strategies in Coronary Heart Disease Patients. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2011; 10(2): 127-37. [Farsi]

1- Academic Member, Dept. of Internal Surgery, Razi Nursing and Midwifery Faculty, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Msc, Dept. of Nursing, Ali-Ebn_ Abi_ Taleb Hospital, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran Corresponding Author, Tel:(0391)5238448, Fax :(0391) 8220022, Email: mahdi_13581@yahoo.com

3- Associat Prof., Dept. of Social Medicine, School of Medicin and Occupational and Environmental Health Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1390.10.2.3.5]