

## سبک‌های مقابله‌ای در بیماران دچار علائم افسردگی پس از سکته قلبی

دکتر رضا باقریان سرارودی<sup>۱</sup>، دکتر محسن معروفی<sup>۲</sup>، دکتر فاطمه سید زارع<sup>۳</sup>، دکتر علی باغبانیان<sup>۴</sup>

### Coping Styles among Post MI Patients with Depressive Symptoms

Reza Bagherian\*, Mohsen Maroofi<sup>a</sup>, Fatemeh Seyed Zare<sup>b</sup>, Ali Baghbanian<sup>c</sup>

#### Abstract

**Objectives:** Although the adverse impacts of depressive symptoms after myocardial infarction (MI) on prognosis of heart disease are known, the link between coping strategies and post MI depressive symptoms remains unclear. The aim of this study was to determine the relationship between coping styles and post-MI depressive symptoms. **Method:** In a cross sectional study, one hundred patients admitted to the CCU following MI in a hospital in Isfahan, were selected using convenience sampling according to inclusive and exclusive criteria. Data were gathered using Jalowiec Coping questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale and Norbeck Social Support questionnaire. **Results:** The findings indicated that 31% of patients had depressive symptoms. The results of MANCOVA showed significant difference between two groups with and without depressive symptoms in coping styles ( $F=2.185, P<0.05$ ). Also, the results of covariance indicated significant differences in coping styles including optimistic coping style ( $F=3.754, P=0.05$ ) and support-seeking coping style ( $F=5.66, P=0.019$ ). However, there was no significant difference in other coping styles between two groups. **Conclusion:** The low tendency to use optimistic approaches in dealing with life events is one of the equivalents to hopelessness in Attribution theory in explaining depression. Study of path analysis for three dimensions including coping style, cognitive style and depressive symptoms is recommended in a prospective study.

**Key words:** Coping Styles; depression; Myocardial Infarction; adjustment

[Received: 24 September 2009 ; Accepted: 16 February 2010]

#### چکیده

**هدف:** گرچه اثرات منفی علائم افسردگی پس از سکته قلبی بر پیش‌آگهی بیماری قلبی شناخته شده است، رابطه بین روش‌های مقابله و بروز علائم افسردگی پس از سکته قلبی به خوبی روشن نیست. هدف این مطالعه تعیین رابطه سبک‌های مقابله‌ای و علائم افسردگی پس از سکته قلبی بود. **روش:** در یک مطالعه مقطعی ۱۰۰ بیمار که با تشخیص قطعی انفارکتوس میوکارد در یکی از بیمارستان‌های مجهز به واحد مراقبت قلبی (CCU) شهر اصفهان طی پاییز سال ۱۳۸۵ بستری شده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس سبک‌های مقابله‌ای جالویس، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی نوربک گردآوری شد. **یافته‌ها:** ۳۱٪ از بیماران دارای علائم افسردگی بودند. یافته‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری تفاوت معناداری بین دو گروه بیمار با علائم افسردگی و بدون علائم افسردگی در سبک‌های مقابله‌ای ( $F=2/185, p<0/05$ ) نشان داد. هم‌چنین در تحلیل کوواریانس تفاوت معناداری بین دو گروه در سبک‌های مقابله‌ای خوش‌بینانه ( $F=3/754, p=0/05$ ) و حمایت‌جویانه ( $F=5/66, p=0/019$ ) مشاهده شد. تفاوت معناداری بین دو گروه در سایر سبک‌های مقابله‌ای وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** احتمالاً تمایل کمتر به مقابله خوش‌بینانه در رویارویی با حوادث زندگی، یکی از معادل‌های ناامیدی در نظریه اسنادی در تبیین افسردگی است. بررسی تحلیل مسیر سه بعد سبک مقابله‌ای، سبک شناختی و بروز علائم افسردگی در یک مطالعه آینده‌نگر پیشنهاد می‌گردد.

**کلیدواژه‌ها:** سبک‌های مقابله‌ای؛ افسردگی؛ سکته قلبی؛ سازگاری

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۷/۲؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۲۷]

<sup>۱</sup> دکترای تخصصی روانشناسی سلامت، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی. مرکز تحقیقات علوم رفتاری. دورنگار: ۶۶۸۸۵۹۷-۰۳۱۱ (نویسنده مسئول) E-mail: bagherian@med.mui.ac.ir<sup>۲</sup> روانپزشک، دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛<sup>۳</sup> پزشک عمومی، مرکز پزشکی نور، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،<sup>۴</sup> روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران.

\* Corresponding author: Ph.D in Health Psychology, Assistant Prof. of Isfahan University of Medical Sciences, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan, Iran, IR. Fax: +98311-6688597, E-mail: bagherian@med.mui.ac.ir;  
<sup>a</sup> Psychiatrist, Associate Prof. of Isfahan University of Medical Sciences; <sup>b</sup> General Physician, Noor Medical Center, Isfahan University of Medical Sciences; <sup>c</sup> Psychiatrist, Assistant prof. of Tehran University of Medical Sciences, Mental Health Research Center, Tehran Psychiatric Institute.

هم چنین به نظر می‌رسد برخی افراد نسبت به سایرین، رویدادهای زندگی را ساده‌تر و خوش‌بینانه‌تر نگاه می‌کنند. نظریه‌های شناختی نظیر نظریه آرون بک<sup>۱۸</sup> و نظریه ناامیدی<sup>۱۹</sup> در اساس به تبیین علمی این تفاوت رویکرد در افراد پرداخته‌اند و بخشی از پژوهش‌های افسردگی بر آنها متمرکز بوده‌اند. بر اساس نظریه آرون بک افراد به دلیل افکار منفی خود دچار افسردگی می‌شوند. بک معتقد است افسردگی با سه دیدگاه (تریاد) منفی ارتباط دارد: دیدگاه منفی نسبت به خود، دنیا و آینده. بخش مربوط به دنیا، به گوشه‌ای از دنیا اشاره دارد که فرد با آن در ارتباط است؛ به عبارت دیگر موقعیت‌هایی که وی با آنها روبه‌رو است (کرینگ<sup>۲۰</sup>، دیویسون، نیال و جانسون، ۲۰۰۷). نظریه ناامیدی مدل دیگری است که نسخه اولیه این نظریه تحت عنوان درماندگی<sup>۲۱</sup> آموخته شده توسط سلینگمن مطرح گردید. سلینگمن معتقد بود زمانی که حیوان‌ها با محرک‌های دردآور غیر قابل کنترل مواجه می‌شوند درماندگی را فرا می‌گیرند. سپس این حس درماندگی عملکرد آنان را در موقعیت‌های دردناک قابل کنترل دچار نقصان می‌سازد. سپس محققان این مدل را روی انسان مورد بازنگری قرار دادند و آن را در ترکیب با نظریه اسنادی و متعاقباً با تأکید بر ناامیدی اصلاح کردند. منظور از ناامیدی انتظاری است از: (۱) پیامدهای ناگواری که اتفاق نخواهند افتاد و (۲) این که برای تغییر شرایط موجود هیچ کاری از فرد ساخته نیست (کرینگ و همکاران، ۲۰۰۷). در این مدل بازنگری شده، ناامیدی در نتیجه اسنادهای منفی در تبیین علل وقایع پدید می‌آید. بر اساس نسخه جدید این مدل، افرادی که سبک اسنادی آنان باعث این باور می‌شود که رویدادهای منفی زندگی ناشی از علل درونی، ثابت و کلی است، به احتمال زیاد دچار افسردگی می‌شوند.

یافته‌های پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد تجربه سبک قلبی به عنوان استرس عمده، خطر ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهد (پدرسن<sup>۲۲</sup>، وندمیرگ و لارسن،

بروز علایم افسردگی پس از سکته قلبی<sup>۱</sup> (MI) یک مشکل روان‌شناختی بسیار شایع است که اثرات منفی بر پیش‌آگهی بیماری قلبی این بیماران دارد (اسپیجرمن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). پانزده (کرید<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹) تا ۲۵ درصد (اسپیجرمن و همکاران، ۲۰۰۵) بیماران سکته قلبی علایم افسردگی را حین بستری، و ۲۰ (اسپیجرمن و همکاران، ۲۰۰۵b) تا ۳۸ درصد (بلومل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) این بیماران علایم افسردگی را پس از ترخیص گزارش می‌کنند.

شواهد پژوهشی نشان داده است که بیماران مبتلا به علایم افسردگی تا مدت‌ها بعد از سکته قلبی از افسردگی رنج می‌برند (اسپیجرمن و همکاران، ۲۰۰۵b). مطالعات متعدد نشان داده است که علایم افسردگی بعد از سکته قلبی یک عامل خطر ساز<sup>۵</sup> مستقل برای افزایش مرگ و میر بیماران بوده (بوش<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۱a؛ دیکنز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) و پیامدهای آن در حد اختلال در عملکرد بطن چپ<sup>۸</sup> و درمان ناکافی می‌باشد (ولین<sup>۹</sup>، لاپاس و ویلهلمسن، ۲۰۰۰؛ دیجانگ<sup>۱۰</sup>، اسپیجرمن و همکاران، ۲۰۰۵a). هم چنین این خطر بالا برای مرگ و میر تا ۱۸ ماه بعد از MI هم چنان مشاهده می‌شود (بوش و همکاران، ۲۰۰۱b).

مطالعات زیادی نشان داده است که افسردگی و شیوه‌های مقابله‌ای از مشکلات اساسی بیماران پس از سکته قلبی می‌باشند؛ با این حال یافته‌های پژوهشی قابل استنادی در مورد این مشکلات وجود ندارد (چیو<sup>۱۱</sup>، پوتیمپا و بوشمن، ۱۹۹۷).

سکته قلبی به عنوان یک رویداد استرس‌زا، بیماران مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (چانگا<sup>۱۲</sup>، برگرب و راد، ۲۰۰۸). مفهوم استرس به بروز یک حادثه تهدیدآمیز و ارزیابی شناختی شخص از منابع موجود در مقابله با آن حادثه اشاره دارد و مفهوم مقابله به عنوان تلاش‌های شناختی و رفتاری به منظور کنترل موقعیت‌های تهدیدآمیز تعریف شده است (سارافینا<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲؛ تانکی<sup>۱۴</sup>، موسابک، انجین و کوتلا، ۲۰۰۸). بر اساس نظریه لازاروس<sup>۱۵</sup> و فولکمن<sup>۱۶</sup> رفتارهای مقابله‌ای در رویارویی با استرس شامل دو فرآیند می‌شود: فرآیند مسیله-مدار که طی آن فرد با مسیله‌ای که علت واقعی آشفتگی در وی شده است، مواجه می‌شود و فرآیند هیجان-مدار که بر اساس آن فرد تلاش می‌کند پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم نماید (برانون<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۶).

- |                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| 1- myocardial infarction | 2- Spijkerman       |
| 3- Creed                 | 4- Blumel           |
| 5- risk factor           | 6- Bush             |
| 7- Dickens               | 8- left ventricular |
| 9- Welin                 | 10- De jonge        |
| 11- Chiou                | 12- Chunga          |
| 13- Sarafina             | 14- Tuncay          |
| 15- lazarus              | 16- folkman         |
| 17- Brannon              | 18- Aaron Beck      |
| 19- hopelessness         | 20- Kring           |
| 21- helplessness         | 22- Pedersen        |

(۲۰۰۴). آلونزو<sup>۱</sup> و رینولدز<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) مدعی شدند که بیماران پس از سکته قلبی ممکن است طیفی از آشفتگی‌های پس از تروما را تجربه نمایند که می‌تواند موجب به کارگیری مقابله‌های غیرانطباقی شود. با این حال، مقابله‌های غیرانطباقی چه بسا موجب بروز آشفتگی‌های روانشناختی گردد. به هر حال، مطالب کمی در مورد سبک‌های مقابله‌ای این بیماران و هم‌چنین رابطه بین شیوه‌های مقابله‌ای بیماران پس از سکته قلبی و افسردگی در متون مربوطه وجود دارد.

ویستر<sup>۳</sup> (به نقل از چیو و همکاران، ۱۹۹۷) مدعی شد به کارگیری روش‌های مقابله‌ای هیجان-مدار توسط بیماران سکته قلبی موجب تجربه بیشتر اضطراب و افسردگی می‌شود و کیکیسین<sup>۴</sup> و نیامتی<sup>۵</sup> (۱۹۹۰) نیز نشان دادند که چنانچه این بیماران مقابله‌های مسیله-مدار را بیشتر از مقابله‌های هیجان-مدار مورد استفاده قرار دهند سازگاری اجتماعی و روانشناختی بهتری خواهند داشت. با این وجود، در حالی که چیو و همکاران (۱۹۹۷) رابطه بین اضطراب و به کارگیری سبک‌های مقابله‌ای را نشان دادند، چنین رابطه‌ای بین افسردگی و به کارگیری سبک‌های مقابله‌ای را مشاهده نکردند. گینزبرگ<sup>۶</sup> (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای رابطه واکنش‌های اولیه به استرس در بیماران سکته قلبی و علائم افسردگی را مشاهده نمود. چانگا و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای نشان دادند که اکثر بیمارانی که از مقابله متمرکز بر پذیرش استفاده می‌نمایند وقوع سکته قلبی و غیرقابل تغییر بودن آن را می‌پذیرند، در حالی که بیمارانی که از مقابله اجتنابی استفاده می‌نمایند خود را از نظر روانی و رفتاری برای عوارض سکته قلبی آماده نمی‌سازند. با این وجود، این پژوهشگران به طور قاطع رابطه بین استفاده از مقابله‌های ناسازگارانه و بروز علائم روان‌شناختی همراه را بیان نمودند. به طور کلی با توجه به پراکندگی یافته‌های مطالعات گذشته و تعداد محدود این گونه مطالعات به نظر می‌رسد رابطه سبک‌های مقابله‌ای و بروز علائم افسردگی پس از سکته قلبی به خوبی روشن نیست.

از طرف دیگر، با توجه به شیوع بالای افسردگی پس از سکته قلبی (اسپیجرمن و همکاران ۲۰۰۵a؛ اسپیجرمن و همکاران، ۲۰۰۵b) و نقش تأییدشده آن در افزایش مرگ و میر (فراشور<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۵)، ناتوانی<sup>۸</sup> (ادز<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۹)، رفتارهای پرخطر (آحرن<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۰)، تأخیر در بازگشت به کار (سودرمن<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳)، کاهش پیروی و پذیرش درمان و برنامه‌های توانبخشی قلبی

(کرنی<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۵ و لان<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۱) و کاهش کیفیت زندگی (بک<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۱)، شناخت شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد در این بیماران و نقش اتیولوژیک و آسیب‌شناختی احتمالی آنها در بروز علائم افسردگی پس از سکته قلبی به منظور فهم دقیق‌تر این پدیده و طراحی برنامه‌های پیش‌گیری و مداخله‌ای در برنامه‌های توانبخشی قلبی بسیار حایز اهمیت است. بنابراین هدف پژوهش حاضر، تعیین رابطه سبک‌های مقابله‌ای و بروز علائم افسردگی پس از سکته قلبی بود.

### روش

داده‌های این مطالعه، بخشی از داده‌هایی بود که در طرح پژوهشی تحت عنوان «رابطه شیوه‌های مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و وضعیت روانشناختی بیماران سکته قلبی» به دست آمده بود. طرح 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 پاییز سال ۱۳۸۴ بستری شده بودند. بیشتر آزمودنی‌ها مرد (۹۲٪)، متأهل (۹۱٪) و از طبقه اجتماعی-اقتصادی پایین و متوسط (۸۴٪) بودند.

بیماران نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس (پی در پی) بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب گردیدند. معیارهای ورود شامل: الف) دو معیار از سه معیار تشخیصی MI که عبارت بودند از: ۱) درد قفسه سینه مشخصه کم‌رسانی خون<sup>۱۵</sup> به عضله قلب که دست کم ۲۰ دقیقه طول بکشد، ۲) وجود تغییرات پاتولوژیک بیانگر ایسکمی/انفارکتوس در امواج الکتروکاردیوگرافی، ۳) افزایش آنزیم‌های قلبی؛ ب) موافقت

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1- Alonzo    | 2- Reynolds   |
| 3- Webster   | 4- Keckeisen  |
| 5- Nyamathi  | 6- Ginzburg   |
| 7- Frasure   | 8- disability |
| 9- Ades      | 10- Ahern     |
| 11- Soderman | 12- Carney    |
| 13- Lane     | 14- Beck      |
| 15- ischemia |               |

خویش و بدون تکیه بر دیگران است (جالویس، به نقل از لیندکوئیست<sup>۱۱</sup> و سادن<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۸).

برای تهیه نسخه فارسی این مقیاس، ابتدا در ترجمه و برگردان نسخه انگلیسی به فارسی از همکاری و مشاوره دو نفر مسلط به زبان انگلیسی که در ضمن در امر ترجمه تبحر لازم داشتند، استفاده گردید. نسخه فارسی تهیه شده توسط یکی از اساتید گروه زبان انگلیسی مجدداً به انگلیسی بازگردانده شد. سپس در تهیه نسخه نهایی سعی شد ترجمه آیت‌ها متناسب با شرایط فرهنگی-اجتماعی ایران باشد. بعد از تهیه نسخه فارسی این مقیاس، محقق کیفیات روان‌سنجی آن را مورد بررسی قرار داد. آلفای کرونباخ هشت خرده‌آزمون‌های 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. هم‌چنین اعتبار محتوای این مقیاس از طریق اظهار نظر ۱۵ نفر از روان‌شناسان و روان‌پزشکان با استفاده از طیف لیکرتی شش درجه‌ای برای آیت‌ها و ده درجه‌ای برای کل مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. به‌طور کلی نتایج استخراج شده از این ارزیابی بیان‌گر اعتبار قابل قبول و رضایت‌بخش این مقیاس بود (باقریان، احمدزاده و همکاران، ۲۰۰۹).

**مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان<sup>۱۳</sup>:** یکی از مهم‌ترین نگرانی‌ها در غربال‌گری بیماران جسمی با علائم اضطراب و افسردگی، تداخل و هم‌پوشی این علائم و بیماری جسمی آنان است که تا حد زیادی تشخیص صحیح علائم اضطراب و افسردگی را در این بیماران با مشکل روبه‌رو می‌سازد. این مقیاس ابزار کوتاهی است که جهت اندازه‌گیری شدت علائم اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی مورد استفاده فراوان قرار گرفته است. در این پرسش‌نامه با حذف علائم جسمی و تمرکز بر علائم روان‌شناختی سطح اضطراب و افسردگی بیماران جسمی ارزیابی می‌گردد. مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان شامل ۱۴ آیت‌م و دو خرده‌آزمون اضطراب و افسردگی می‌باشد. هر آیت‌م در طیف

بیمار برای ورود به مطالعه، معیارهای خروج شامل: (۱) MI ثانوی و بر اثر جراحی بای‌پس<sup>۱</sup> یا آتزیوپلاستی باشد، (۲) وجود بیماری طبی جدی دیگر 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 به‌طوری 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.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

**مقیاس سبک‌های مقابله‌ای جالویس<sup>۱</sup>:** این پرسش‌نامه به منظور ارزیابی ادراک بیماران از شیوه‌های مقابله‌ای خویش در مواجهه با چالش‌ها مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس 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. در استفاده از این پرسش‌نامه از آزمودنی خواسته می‌شود در یک مقیاس چهاردرجه‌ای در مورد هر آیت‌م نشان دهد که چقدر در مواجهه با چالش‌ها از آن شیوه استفاده می‌نماید. این مقیاس هشت سبک مقابله‌ای را در بر می‌گیرد که عبارتند از: سبک مقابله‌ای مواجه‌شدن<sup>۳</sup> بیان‌گر رویارویی با موقعیت و مواجهه مستقیم با مشکل است؛ سبک مقابله‌ای طفره‌آمیز<sup>۴</sup> نشان‌گر اجتناب از رویارویی با مشکل است، سبک مقابله‌ای خوش‌بینانه<sup>۵</sup> بیان‌گر داشتن تفکر و دیدگاه مثبت در مواجهه با مشکل است؛ سبک مقابله‌ای بدبینانه<sup>۶</sup> نشانه احساس ناامیدی و دیدگاه بدبینانه یا نداشتن کنترل در رویارویی با موقعیت است؛ سبک مقابله‌ای هیجانی<sup>۷</sup> بیان‌گر رویارویی هیجانی یا رهاسازی احساسات و هیجانات در مواجهه با موقعیت است؛ سبک مقابله‌ای تسکین‌دهنده<sup>۸</sup> نشان‌گر کنترل آشفتنگی از طریق پرداختن به برخی امور به منظور کنترل و بهبود احساسات درونی و کاهش تنش بدون مواجهه مستقیم با موقعیت چالش‌آور می‌باشد؛ سبک مقابله‌ای حمایت‌جویانه<sup>۹</sup> بیان‌گر استفاده فرد از منابع حمایتی شامل منابع فردی، حرفه‌ای و معنوی است؛ سبک مقابله‌ای خود-اتکایی<sup>۱۰</sup> نشان‌گر اقدام شخصی یا تصمیم‌گیری شخصی با تکیه بر اراده

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1- Bypass                                 | 2- Jalowiec Coping Scale |
| 3- confrontive                            | 4- evasive               |
| 5- optimistic                             | 6- fatalistic            |
| 7- emotive                                | 8- palliative            |
| 9- supportant                             | 10- self-reliant         |
| 11- Lindqvist                             | 12- Sjoden               |
| 13- Hospital Anxiety and Depression Scale |                          |

در سایر مطالعات نیز مورد تأیید قرار گرفته است (جیجلیوتی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶).

بعد از دریافت موافقت، پرسش‌نامه به تک‌تک بیماران داده شد و با نظارت دو نفر اینترنت پزشکی تکمیل گردید. در تکمیل پرسش‌نامه‌ها شرایط جسمی و روان‌شناختی بیماران کاملاً در نظر گرفته شد و چنان‌چه برخی در لحظه اجرای پرسش‌نامه‌ها از شرایط مناسبی برخوردار نبودند، اجرای آنها یا باقیمانده پرسش‌نامه به جلسه دیگری موکول شد. در اجرای مقیاس سبک‌های مقابله‌ای، از آزمودنی‌ها خواسته شد به مواد پرسش‌نامه توجه کنند و با در نظر گرفتن حالات روان‌شناختی و رفتاری خویش در موقعیت‌های چالش‌آور گذشته به دقت به آیت‌های آن پاسخ دهند. پرسش‌نامه‌ها توسط دو نفر اینترنت پزشکی آموزش دیده نظارت و اجرا گردید. این پرسشگران به افرادی که به خوبی قادر به خواندن و تکمیل پرسش‌نامه‌ها نبودند کمک می‌کردند. با استفاده از نمرات بیماران در خرده‌مقیاس افسردگی مقیاس فوق و بر اساس نقطه برش ۱۱ (منتظری و همکاران، ۲۰۰۳)، بیماران با علایم افسردگی از بیماران بدون علایم افسردگی متمایز شدند.

تحلیل داده‌ها توسط سیزدهمین نسخه نرم افزار SPSS<sup>۴</sup> انجام گرفت. در مقایسه ویژگی‌های دو گروه با علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی از آزمون‌های آماری t مستقل و خی دو<sup>۵</sup> استفاده گردید. هم‌چنین تحلیل اصلی داده‌ها با استفاده از مدل‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری<sup>۶</sup> و تحلیل کوواریانس انجام شد.

### یافته‌ها

از ۱۰۰ بیمار بستری مبتلا به MI، ۳۱ بیمار (۳۱٪) دارای علایم افسردگی بودند. جدول ۱ مقایسه بیماران با علایم افسردگی و بیماران بدون علایم افسردگی را از لحاظ هر یک از متغیرهای دموگرافیک در زمان بستری با استفاده از تحلیل تک‌متغیری نشان می‌دهد. میانگین افسردگی در گروه دارای علایم افسردگی  $1/7 \pm 13/03$  و در گروه بدون علایم افسردگی  $1/8 \pm 7/6$  بود.

لیکرتی چهارنمره‌ای درجه‌بندی شده است. حداکثر نمره در هر خرده‌آزمون ۲۱ نمره می‌باشد (زیموند و اسنید، ۱۹۸۳؛ بیچلند<sup>۱</sup>، داهل، تنگن هوک و نکلمان، ۲۰۰۲). در این پژوهش، داده‌های خرده‌مقیاس افسردگی این آزمون مورد استفاده قرار گرفت.

کارآیی مناسب این پرسش‌نامه در ارزیابی شدت علایم اضطراب و افسردگی و به حداقل رساندن احتمال برآوردهای کاذب از اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی نشان داده شده است (بیچلند و همکاران، ۲۰۰۲). ابعاد روان‌سنجی نسخه فارسی این مقیاس نیز مورد بررسی گرفته است. آلفای کرونباخ به عنوان ثبات درونی این مقیاس در نمونه‌ای از بیماران ایرانی ۰/۸۶ برای خرده‌مقیاس افسردگی به دست آمد. به علاوه، یافته‌ها نشان داد که خرده‌آزمون افسردگی این مقیاس به خوبی توان تمایز گروه‌های فاقد علایم و دارای علایم افسردگی را دارد. به طور کلی نتایج بیان‌گر اعتبار قابل قبول این مقیاس بود (منتظری و همکاران، ۲۰۰۳). در این مطالعه با الهام گرفتن از بررسی‌های قبلی (منتظری و همکاران، ۲۰۰۳)، نمره ۱۱ به عنوان نقطه برش بیماران با علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی در نظر گرفته شد.

**پرسش‌نامه حمایت اجتماعی نوربک<sup>۲</sup>:** این ابزار توسط نوربک (نوربک، ۱۹۹۵) به منظور ارزیابی ابعاد چندگانه حمایت اجتماعی ساخته شده و در مطالعات گوناگون مورد استفاده قرار گرفته است. بنا به تعریف کان (به نقل از همان‌جا) از حمایت اجتماعی، این پرسش‌نامه سه بعد حمایت عاطفی، تأیید و دریافت کمک را ارزیابی می‌نماید. در این مقیاس، ابتدا از آزمودنی خواسته می‌شود نام و نسبت پنج تن از افراد مهم زندگی خویش را ذکر نماید و در مورد آن‌ها به هشت آیت موجود در این پرسش‌نامه پاسخ دهد. شش آیت اول، برآورد آزمودنی به ترتیب از سه بعد حمایت عاطفی، تأیید و دریافت کمک را منعکس می‌سازد و دو آیت آخر به ترتیب مدت زمان آشنایی و فراوانی ملاقات با هر یک از آنان را مشخص می‌نماید. حداکثر نمره آزمودنی در هر آیت ۲۰ و در کل پرسش‌نامه ۱۶۰ می‌باشد. پایایی درونی خرده‌مقیاس‌های این ابزار بین ۷۲ تا ۷۸ و پایایی بازآزمایی آنها بین ۸۶ تا ۸۹ گزارش شده است (نوربک، لیندزی و کاریری، ۱۹۸۱). بررسی ساختار عاملی این مقیاس روی یک نمونه بزرگ دو بعد مستقل شامل حمایت عاطفی و حمایت قابل دسترس را تأیید نمود (نوربک، ۱۹۹۵). هم‌چنین اعتبار و پایایی این ابزار

1- Bjelland  
2- Norbeck Social Support Questionnaire  
3- Ggliotti  
4- Statistical Package for Social Sciences  
5- chi-square  
6- Multivariate Analysis of Covariance

جدول ۱- مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه با علائم افسردگی و بدون علائم افسردگی

ویژگی‌های خط پایه	گروه با علائم افسردگی (n=۳۱)	گروه بدون علائم افسردگی (n=۶۹)	سطح معنی داری
میانگین سن	۵۵/۱۳	۵۶/۱۷	۰/۶۴
جنسیت: مرد (%)	۲۸ (۹۰٪)	۶۴ (۹۳٪)	۰/۴۷۶
تأهل: متأهل (%)	۲۸ (۹۰٪)	۶۳ (۹۱٪)	۰/۵۷
تحصیلات (%)			
پایین	۱۲ (۳۹٪)	۳۶ (۵۲٪)	
متوسط	۱۶ (۵۱٪)	۲۰ (۲۹٪)	۰/۸۳
بالا	۳ (۱۰٪)	۱۳ (۱۹٪)	
طبقه اجتماعی - اقتصادی			
پایین	۲۰ (۶۴٪)	۳۱ (۴۵٪)	۰/۱۹
متوسط	۸ (۲۶٪)	۲۶ (۳۸٪)	
بالا	۳ (۱۰٪)	۱۲ (۱۷٪)	

تحصیلات پایین: بی‌سواد تا آخر دوره ابتدایی؛ تحصیلات متوسط: ابتدای راهنمایی تا دیپلم؛ تحصیلات بالا: بالاتر از دیپلم

متغیر طبقه اجتماعی - اقتصادی عبارتند از: تحصیلات ۴/۳، درآمد ۴، شغل ۳/۹، منطقه مسکونی ۲/۲ و نوع مسکن ۱/۹ (عریضی و مسعودنیا، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر نیز با استفاده از این وزن‌ها برای هر بیمار نمره ای محاسبه و سپس با استفاده از نمرات بدست آمده نقاط برش سه طبقه اجتماعی - اقتصادی بالا، متوسط و پایین مشخص گردید و در نتیجه طبقه اجتماعی - اقتصادی هر بیمار براساس نمره به دست آمده تعیین شد.

**جدول ۲** میانگین‌ها و انحراف معیار نمرات خرده‌مقیاس‌های سبک‌های مقابله‌ای در کل بیماران، بیماران MI با علائم افسردگی و بیماران MI بدون علائم افسردگی را نشان می‌دهد.

**جدول ۱** نشان می‌دهد که دو گروه در هیچ‌یک از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفاوت معنادار با یکدیگر ندارند. مقایسه دو گروه از نظر حمایت اجتماعی ادراک شده نشان داد دو گروه به‌طور معناداری با یکدیگر متفاوت هستند ( $p < 0/036$ ). لذا این متغیر به عنوان متغیر کوواریانس وارد تحلیل آماری گردید و در تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تحلیل کوواریانس استفاده گردید. برای تعیین طبقه اجتماعی - اقتصادی بیماران نیز، با استفاده از مطالعات ایرانی در مورد تعیین و محاسبه جایگاه اجتماعی - اقتصادی از یک روش ترکیبی و با در نظر گرفتن متغیرهای تحصیلات، درآمد، شغل، منطقه مسکونی و نوع مسکن استفاده شد. بر حسب مطالعات قبلی ضرایب وزنی در محاسبه

جدول ۲- میانگین‌ها و انحراف معیار نمرات خرده‌مقیاس‌های سبک‌های مقابله‌ای

سبک‌های مقابله‌ای	بیماران با علائم افسردگی میانگین (انحراف معیار)	بیماران بدون علائم افسردگی میانگین (انحراف معیار)	کل بیماران میانگین (انحراف معیار)
سبک مواجه‌شدن	۱/۶۵ (۰/۴۷)	۱/۸۸ (۰/۴)	۱/۸۱ (۰/۴۴)
سبک مقابله‌ای طفره‌آمیز	۱/۶ (۰/۴)	۱/۵۴ (۰/۳۹)	۱/۵۶ (۰/۴)
سبک مقابله‌ای خوش‌بینانه	۱/۷۲ (۰/۴۷)	۱/۹۴ (۰/۴)	۱/۸۸ (۰/۴۳)
سبک مقابله‌ای بدبینانه	۱/۶ (۰/۴۵)	۱/۵ (۰/۴)	۱/۵۴ (۰/۴۲)
سبک مقابله‌ای هیجانی	۱/۴۵ (۰/۴۷)	۱/۴۶ (۰/۴۵)	۱/۴۶ (۰/۴۵)
سبک تسکین‌دهنده	۱/۵ (۰/۴۲)	۱/۵۵ (۰/۴۷)	۱/۵۴ (۰/۴۶)
سبک حمایت‌جوینده	۱/۶ (۰/۴۷)	۱/۸۹ (۰/۴۴)	۱/۸ (۰/۴۶)
سبک مقابله‌ای خود-اتکایی	۲ (۰/۳۸)	۲/۰۸ (۰/۴۲)	۲/۰۵۴ (۰/۴۱)

جدول ۳- تحلیل کوواریانس چندمتغیری در مقایسه سبک‌های مقابله‌ای بین بیماران سکت قلبی با علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی

منابع اثر	value	df	F	سطح معنی داری
سبک‌های مقابله‌ای	۰/۸۳۷	۸	۲/۱۸۵	*۰/۰۳۶
حمایت اجتماعی	۰/۷۸	۸	۳/۰۷۵	**۰/۰۰۴

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

جدول ۴- تحلیل کوواریانس داده‌های مربوط به خرده‌آزمون‌های مقیاس سبک‌های مقابله‌ای در مقایسه بیماران سکت قلبی با علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی

منابع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معنی داری
سبک مواجه شدن	۰/۵۹۸	۱	۰/۵۹۸	۳/۶۲	۰/۰۶
سبک مقابله‌ای طفره‌آمیز	۰/۱۸۷	۱	۰/۱۸۷	۱/۱۸۲	۰/۲۵
سبک مقابله‌ای خوش‌بینانه	۳/۶۶۱	۱	۳/۶۶۱	۳/۷۵۴	*۰/۰۵
سبک مقابله‌ای بدبینانه	۰/۴۲۴	۱	۰/۴۲۴	۲/۳۸۳	۰/۱۲۶
سبک مقابله‌ای هیجانی	۰/۰۵۷	۱	۰/۰۵۷	۰/۲۹	۰/۵۹۲
سبک تسکین‌دهنده	۰/۰۲۴	۱	۰/۰۲۴	۰/۱۱۳	۰/۷۳۷
سبک حمایت‌جوینده	۱/۰۵۲	۱	۱/۰۵۲	۵/۶۶	**۰/۰۱۹
سبک مقابله‌ای خود-اتکایی	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۲۱	۰/۸۸۴

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

افسردگی در میزان استفاده از برخی سبک‌های مقابله‌ای متفاوت می‌باشند. مقایسه سبک‌های مقابله‌ای دو گروه نشان داد بیماران با علایم افسردگی از سبک مقابله‌ای خوش‌بینانه و حمایت‌جوینده کمتر استفاده می‌کنند. گرچه نتایج این مطالعه تفاوت معناداری بین دو گروه در سایر سبک‌های مقابله‌ای شامل سبک‌های مقابله‌ای طفره‌آمیز، بدبینانه، هیجانی، تسکین‌دهنده و خود-اتکایی نشان نداد، تفاوت دو گروه در سبک مواجهه مستقیم، گرایش به معناداری داشت. گروه بیماران با علایم افسردگی کمتر تمایل به استفاده از این سبک نشان دادند که از نقطه نظر بالینی حایز اهمیت است.

آنچه دو گروه را به‌طور جدی از یکدیگر متمایز می‌سازد توسل یافتن به شیوه‌های خوش‌بینانه و حمایت‌جوینده در گروه بیماران بدون علایم افسردگی و تمایل کمتر گروه بیماران با علایم افسردگی به این شیوه‌هاست. گرچه دو گروه در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با یکدیگر همسان بوده‌اند، در حمایت اجتماعی ادراک‌شده تفاوت معنادار داشتند. لذا با توجه به نقش تأییدشده حمایت اجتماعی ادراک‌شده در روبرویی با حوادث استرس‌آمیز زندگی (چانگا و همکاران، ۲۰۰۸) و به تبع آن تأثیر این پدیده بر انتخاب نوع شیوه‌های مقابله‌ای، در این مطالعه متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در مقایسه سبک‌های مقابله‌ای با وارد کردن متغیر حمایت اجتماعی به عنوان متغیر کوواریانس تفاوت معناداری بین دو گروه نشان داد ( $F=2/185$ ,  $p < 0/036$ ). (جدول‌های ۳ و ۴).

نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های سبک‌های مقابله‌ای تفاوت معناداری بین دو گروه بیماران سکت قلبی با علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی (حمایت اجتماعی به عنوان متغیرهای کوواریانس در تحلیل کوواریانس مد نظر قرار گرفته بود) در سبک‌های مقابله‌ای خوش‌بینانه ( $p < 0/05$ )، حمایت‌جوینده ( $F=3/754$ ,  $p < 0/019$ ) و نشان داد. با این حال، این نتایج، تفاوت معناداری بین دو گروه در سایر سبک‌های مقابله‌ای نشان نداد (جدول ۴). جدول ۲ نشان می‌دهد که این تفاوت‌ها ناشی از نمرات بالاتر گروه بیماران سکت قلبی بدون علایم افسردگی در سبک‌های فوق می‌باشد.

## بحث

در این مطالعه تفاوت سبک‌های مقابله‌ای در بیماران پس از سکت قلبی با علایم افسردگی و بدون علایم افسردگی مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که احتمالاً بیماران سکت قلبی با علایم افسردگی و بدون علایم

نمی‌دهد. آن‌چه می‌تواند با صراحت بیشتر بیان شود، وجود سه بعد سبک مقابله‌ای، سبک شناختی و بروز علائم افسردگی در یک سه‌وجهی است که تحلیل مسیر ابعاد آن در مطالعه دیگری به صورت آینده نگر قابل انجام است.

با توسل به نظریه بک می‌توان ادعا نمود که چه بسا تمایل کمتر به استفاده از سبک‌های مقابله‌ای خوش‌بینانه و حمایت‌جوینده ناشی از فعال‌شدن طر حواره‌های شناختی منفی نسبت به دنیا، در نتیجه وقوع سکت قلبی به عنوان یک رویداد تهدیدآمیز و بروز سبک شناختی منفی باشد.

هم‌چنین فقدان خوش‌بینی مشاهده‌شده در این مطالعه به عنوان سبک مقابله‌ای در بیماران افسرده می‌تواند یکی از معادل‌های ناامیدی در نظریه بازنگری شده درماندگی آموخته‌شده (آبرامسون و همکاران، ۱۹۸۹) باشد. بنابراین افرادی که با چنین دیدگاهی نسبت به تغییر خوش‌بین نبوده (سبک مقابله‌ای خوش‌بینانه) از تلاش، به منظور دریافت کمک و حمایت دیگران (سبک مقابله‌ای حمایت‌جوینده) نیز امتناع می‌ورزند.

در هر صورت، همان‌گونه که اشاره شد روشن نیست که آیا تمایل کمتر به استفاده از شیوه‌های خوش‌بینانه و حمایت‌جوینده می‌تواند تجلی از چنین نگرشی به ویژه در رویارویی با رویدادهای زندگی باشد یا برعکس، به کارگیری شیوه‌های مقابله‌ای تعیین‌کننده سبک شناختی افراد است. به‌علاوه تفکیک و تمایز سبک شناختی و سبک مقابله‌ای امری مورد تردید است. از یک سو به نظر می‌رسد هر دوی آنها بیان متفاوت یک پدیده روان‌شناختی است. با این وجود، اینکه سبک شناختی، تعیین‌کننده سبک مقابله‌ای است یا برعکس، نکته‌ای است که می‌توان از درون آن، فرضیه‌ای یا فرضیه‌هایی استخراج نمود و در پژوهش‌های بعدی به آزمون گذارد.

گرچه بررسی نقش جنسیت در شیوه‌های مقابله‌ای و بروز افسردگی پس از سکت قلبی در این مطالعه منظور نبوده است، در بحث پیرامون افسردگی، «جنسیت» متغیری است که معمولاً جلب توجه می‌نماید. در جمعیت عمومی شایع‌ترین اختلال روان‌شناختی در زنان جوان، افسردگی است (نرو، رای، رابینز و ریگر، ۲۰۰۲). گرچه شیوع سکت قلبی به‌ویژه در زنان زیر ۶۰ سال نسبت به مردان بسیار پایین‌تر است، نرخ افسردگی در زنان مبتلا به سکت قلبی نسبت به مردان، بالاتر می‌باشد (مالیک و همکاران، ۲۰۰۶). دلایل شیوع بالاتر افسردگی در زنان سنین پایین‌تر مبتلا به سکت قلبی شناخته نشده است. با این

وارد تحلیل آماری گردید و مشاهده شد که این متغیر ارتباط قابل توجهی با شیوه‌های مقابله‌ای دارد. به عبارت دیگر، حمایت اجتماعی به‌عنوان متغیر کنترل مورد توجه قرار گرفت و در تحلیل کوواریانس وارد گردید و آن‌چه به‌عنوان تفاوت دو گروه در سبک‌های مقابله‌ای مشاهده شد تفاوت تعدیل‌شده از طریق کنترل آماری متغیر مذکور بر سبک‌های مقابله‌ای بود.

کارکرد مسأله - مدار سبک‌های خوش‌بینانه و حمایت‌جوینده بر کارکرد هیجان-مدار آنها برتری دارد. بنابراین توسل به این شیوه‌ها می‌تواند اثر بازدارنده در بروز علائم آشفتگی روان‌شناختی داشته باشد. چه بسا بروز علائم افسردگی در گروهی از بیماران سکت قلبی ناشی از به‌کارگیری کمتر شیوه‌های مذکور از مجموعه ساز و کارهای سازگاری در آنان باشد.

به‌طور کلی یافته‌های مطالعه حاضر به‌طور تلویحی نتایج وبستر (به‌نقل از چپو و همکاران، ۱۹۹۷) و ککیسن و نیامتی (۱۹۹۰) در مورد شیوه‌های هیجان-مدار را تأیید می‌نماید، در حالی که با یافته‌های چپو و همکاران (۱۹۹۷) و گینزبرگ (۲۰۰۶) هم‌خوانی ندارد. مطالعه حاضر نشان داد که بیماران سکت قلبی با علائم افسردگی کمتر از سبک‌های خوش‌بینانه و حمایت‌استفاده می‌نمایند، در صورتی که چپو و همکاران (همان‌جا) هیچ ارتباطی بین علائم افسردگی و سبک‌های مقابله‌ای نیافتند. این پژوهشگران در یک مطالعه ابتدایی روی نمونه ۴۰ نفره از بیماران پس از سکت قلبی نیز رابطه سبک‌های مقابله‌ای و افسردگی را مورد مطالعه قرار دادند در حالی که مطالعه حاضر با استفاده از روش‌شناسی دقیق‌تر روی نمونه ۱۰۰ نفره انجام گرفت. هم‌چنین بررسی سازگاری روان‌شناختی در مطالعه گینزبرگ (۲۰۰۶) هدف ثانویه بوده و در دو مقطع یک هفته و هفت ماه بعد از سکت قلبی انجام شده است. بنابراین تفاوت روش مطالعه و نوع متغیرهای مورد بررسی در مطالعه حاضر و دو مطالعه یادشده می‌تواند عدم هماهنگی یافته‌های این مطالعه با نتایج آن دو پژوهش را تبیین نماید.

در حالی که تمایل کمتر گروه بیماران با علائم افسردگی به شیوه‌های خوش‌بینانه و حمایت‌جوینده می‌تواند دلالت بر سبک شناختی آنان داشته باشد، چه بسا عدم استفاده از شیوه‌های مذکور به‌تدریج سبب تکوین سبک شناختی منفی گردد. با این وجود، روش‌شناسی مقطعی این پژوهش نیز اجازه نتیجه‌گیری روشن و قاطع را در این مورد به محقق

## سپاسگزاری

این پژوهش با تصویب و حمایت مالی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گردید. لذا از همکاری صمیمانه مسئولان مرکز تحقیقات علوم رفتاری تشکر می‌شود. محققان بر خود لازم می‌دانند از همکاری کارکنان محترم بیمارستان‌های الزهرا (س)، نور، فیض و چمران شهر اصفهان در اجرای پژوهش تقدیر نمایند. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.]

## منابع

باقریان، رضا؛ احمدزاده، غلامحسین؛ یزدانی، عماد (۱۳۸۷). بررسی سبک‌های مقابله‌ای در بیماران همودیلیزی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، جلد ۱۰، شماره ۲، پیاپی (۳۰)، ۱۱۸-۱۱۱.

عریضی، فروغ؛ مسعود نیا، ابراهیم (۱۳۸۴). *بررسی تأثیر طبقه اجتماعی بر رفتار بیماری در بیماران آرتریت روماتوئید*. پایان‌نامه دکتری تخصصی. دانشگاه اصفهان.

- Abramson, L. Y., Metalsky, F. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372.
- Ades, P. A., Maloney, A., Savage, P., & Carhart, R. L. (1999). Determinants of physical functioning in coronary patients. *Archives of International Medicine*, 159, 2357-60.
- Ahern, D. K., Gorkin, L., Anderson, J. L., Tierney, C., Hallstrom, A., Ewart, C., Capone, R. J., Schron, E., Kornfeld, D., & Herd, J. A. (1990). Biobehavioral variables and mortality or cardiac arrest in the cardiac arrhythmia pilot study (CAPS). *American Journal of Cardiology*, 66(1), 59-62.
- Alonzo, A. A., & Reynolds, N. R. (1998). The structure of emotions during acute myocardial infarction: A model of coping. *Social Sciences & Medicine*, 46, 1099-110.
- Beck, C. A., Joseph, L., Belisle, P., & Pilote, L. (2001). Quolami-investigators: Predictors of Quality of Life 6 Months and 1 Year After Aacute Myocardial Infarction. *American Heart Journal*, 142, 271-9.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Tangen Haug, T., & Neckelmann, (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Blumel, M. B., Gibbons, F. A., Kanacri, C. A., Kerrigan, B. N., & Florenzano, U. R. (2005). Depressive symptoms

وجود، عوامل جمعیت‌شناختی-اجتماعی و شرایط جسمی به‌عنوان عوامل احتمالی مد نظر قرار گرفته (مالیک و همکاران، ۲۰۰۶). هم‌چنین با توجه به برخی شواهد، به نظر می‌رسد استفاده از سبک‌های مقابله‌ای متفاوت تحت تأثیر جنسیت نیز قرار دارد (سالویان، ۲۰۰۲). بنابراین، چه بسا شیوه‌های مقابله‌ای، بخشی از این تفاوت جنسیتی در شیوع افسردگی پس از سکتة قلبی (که در مطالعات قبلی مشاهده شده است) را بتواند تبیین نماید. با این حال، مطالعات دقیقی در مورد نقش جنسیت در شیوه‌های مقابله‌ای و متعاقباً بروز علائم افسردگی پس از سکتة قلبی وجود ندارد. به همین دلیل، انجام چنین مطالعه‌ای پیشنهاد می‌گردد.

باتوجه به یافته‌های این پژوهش و یافته‌های برخی مطالعات گذشته، به نظر می‌رسد نقص در راهبردهای مقابله‌ای یکی از عوامل خطر مهم بروز علائم افسردگی پس از سکتة قلبی می‌باشد. بنابراین تهیه و ارزیابی یک پروتکل مداخله‌ای مبتنی بر آموزش شیوه‌های مقابله‌ای به منظور به‌کارگیری در برنامه‌های توانبخشی قلبی جهت اصلاح شیوه‌های مقابله‌ای این قبیل بیماران پیشنهاد می‌گردد.

گرچه تفسیرهای فوق از یافته‌ها نیز ممکن است باب مطالعات بیشتری را بگشاید، این مطالعه هم‌چون سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌ها و نواقصی است که باید یافته‌های این مطالعه را در این چارچوب نگرست. محدودیت حجم نمونه و جامعه‌ای (بیماران سکتة قلبی شهر اصفهان) که نمونه از آن انتخاب گردید، تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش را محدود می‌سازد. به همین دلیل، در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. چنان‌چه اشاره گردید، مقطعی بودن این پژوهش، امکان نتیجه‌گیری روشن را از محقق سلب نمود. بنابراین روش‌شناسی مقطعی این مطالعه محدودیت دیگری است که باید در تفسیر یافته‌ها مدنظر باشد. هم‌چنین 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 از یافته‌های پژوهش را با تردید توأم می‌سازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، با بهره‌گیری از روش‌شناسی علمی دقیق نقش این متغیرها در شیوه‌های مقابله‌ای و هم‌چنین ارتباط سبک‌های مقابله‌ای بیماران با عملکرد روان‌شناختی آنان در طرح‌های پژوهشی آینده‌نگر مورد بررسی قرار گیرد.

- after an acute myocardial infarction. *Revista médica de Chile*, 133(9), 1021-1027.
- Brannon L., & Feist J. (2006). *Health Psychology: Stress, Pain and Coping*. United States: Cengage Learning.
- Bush, D. E., Ziegelstein, R. C., Tayback, M., Richter, D., Stevens, S., Zahalsky, H., & Fauerbach, J. A. (2001a). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 88(4), 337- 41.
- Bush, D. E., Ziegelstein, R. C., Tayback, M., Richter, D. P., Stevens, S. S., Zahalsky, H., & Fauerbach, J. A. (2001b). Depression is associated with higher 4-month mortality in older patients following myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 88, 337-341.
- Chunga, M. C., Bergerb, Z., & Rudd, H. (2008). Coping with posttraumatic stress disorder and comorbidity after myocardial infarction. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 55-64.
- Chiou, A., Potempa, K., & Buschmann, M. B. (1997). Anxiety, depression and coping methods of hospitalized patients with myocardial infarction in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 34(4), 305-311.
- Creed, F. (1999). The importance of depression following myocardial infarction. *Heart*, 4, 406- 8.
- Carney, R. M., Freedland, K. E., Rich, M. W., & Jaffe, A. S. (1995). Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary artery disease: a Review of Possible Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 142-149.
- De Jonge, P., Spijkerman, T. A. & van den Brink, R. H. (2006). Depression following myocardial infarction is a risk factor for declined health-related quality of life and increased disability and cardiac complaints at 12 months. *Heart*, 12, 32-39.
- Dickens, C. M., McGowan, L., Percival, C., Douglas, J., Tomenson, B., Cotter, L. A., Heagerty, & Creed, F. H. (2004). Lack of a close confidant, but not depression, predicts further cardiac events after myocardial infarction. *Heart*, 90, 518-522.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 9, 999-1005.
- Gigliotti, E. (2006). A Confirmatory Factor Analysis of Situation-Specific Norbeck Social Support Questionnaire Items. *Nursing Research*, 55, 217-222.
- Ginzburg, K. (2006). Comorbidity of PTSD and depression following myocardial infarction. *Journal of Affective Disorders*, 94, 135-43
- Keckeisen, M. E., & Nyamathi, A. M. (1990). Coping and adjustment to illness in the acute myocardial infarction patient. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 25-33.
- Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M. & Johnson, S. L. (2007). *Abnormal psychology* 10<sup>th</sup> ed. John Wiley and Sons), (pp 229-267).
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., & Lip, G. Y. H. (2001). Predictors of Attendance at Cardiac Rehabilitation After Myocardial Infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 497-501.
- Lindqvist, R., & Sjoden, P. O. (1998). Coping Strategies and Quality of Life Among Patients On Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 312-319.
- Mallik, S., Spertus, J. A., Reid, K. J., Krumholz, H. M., Rumsfeld, J. S., Weintraub, W. S., Agarwal, P., Santra, M., Bidyasar, S., Lichtman, J. H., Wenger, N. K., & Vaccarino, V. (2006). Depressive Symptoms After Acute Myocardial Infarction, Evidence for Highest Rates in Younger Women. *Archives of Internal Medicine*, 166, 876-883.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Ebrahimi, M., & Jarvandi, S. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-5.
- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., & Regier, D. A. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-123.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30, 264-269.
- Norbeck, J. S. (1995). *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

- Pedersen, S. S., Van Domburg, R. T., & Larsen, M. L. (2004). The effect of low social support on short-term prognosis in patients following a first myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 313-8.
- Sarafina, E. P. (2002). *Health Psychology, Biopsychosocial Interactions: Stress, Illness, and Coping*. John Wiley & Sons, USA, 2002.
- Soderman, E., Lisspers, J., & Sundin, O. (2003). Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease. *Social Science Medicine*, 56, 193-202.
- Spijkerman, T. A., Van den Brinka, R. H. S., Jansena, J. H. C., Crijns, H. J. G. M., & Ormela, J. H. C. (2005a). Who is at risk of post-MI depressive symptoms? *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 425- 432.
- Spijkerman, T., Jonge, P. D., Brink, R. H. S., Jansen, J. H., May, J. F., Crijns H. J. G. M., & Ormel, J. (2005b). Depression following myocardial infarction: first-ever versus ongoing and recurrent episodes. *Journal of General Hospital Psychiatry*, 27, 411-417.
- Sullivan A. (2002). Gender Differences in Coping Strategies of Parents of Children With Down Syndrome. *Down Syndrome Research And Practice*, 8, 67-73.
- Tuncay T., Musabak I., Engin Gok D, & Kutlu M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 79 1-9.
- Welin, C., Lappas, G., & Wilhelmsen, L. (2000). Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *Journal of Internal Medicine*, 247, 629-39.
- Zigmond, A. S. & Snaith, P. R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.