Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 23, No.4, Jun-Jul 2015
Pages: 2127-2135

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۳، شماره ۴، تیر ۱۳۹۴
صفحه: ۲۱۳۵-۲۱۲۷

مقایسه و رابطه ابعاد حمایت‌های اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران با تشخیص سکته قلبی و گروه گواه

فرهاد اصغری*[۱]، عباس صادقی[۲]، فواد مهربان[۳]، سجاد سعادت[۴]

چکیده

مقدمه: اولین و شایع‌ترین علت مرگ و میر در ایران بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد که می‌تواند متأثر از عوامل گوناگونی باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه و ارتباط حمایت‌های اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران با تشخیص سکته قلبی و افراد سالم در شهرستان رشت انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی می‌باشد. افراد مورد مطالعه شامل ۱۲۵ مرد سالم در گروه سنی ۴۰ تا ۹۰ ساله شهرستان رشت بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، انتخاب شدند و ۱۲۵ بیمار با تشخیص سکته قلبی بودند که در بین گروه سنی ۴۰ تا ۹۰ سال قرار داشتند و در ۵ ماه اول سال ۱۳۹۲ در بیمارستان دکتر حشمت رشت بستری شده بودند که به روش هدفمند انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای کارور و پرسشنامه حمایت‌های اجتماعی ادراک شده فیلیپس استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که بین حمایت‌های اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور در افراد سالم و افراد با تشخیص سکته قلبی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. نتایج دیگر نشان داد که بین افراد سالم و افراد با تشخیص سکته قلبی در نمره کلی حمایت‌های اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور و هیجان محور در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: متغیرهای حمایت‌های اجتماعی و راهبردهای مقابله با استرس در پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی نقش اساسی دارند که لازم است به آنها توجه شود.

واژه‌های کلیدی: بیماران قلبی عروقی، سکته قلبی، افراد سالم، حمایت‌های اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای

۱- استادیار گروه مشاوره، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
۲- دانشیار گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
۳- کارشناس ارشد بیوشیمی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یاسوج، یاسوج، ایران
۴- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۸۸۷۷۴۹۵۳، پست الکترونیکی: farhad.asghari@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۱۷

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

بیماری‌های قلبی و عروقی (Heart disease) شایع‌ترین و علت اصلی مرگ و میر در جهان می‌باشند(۱). برخی از پژوهشگران اعتقاد بر این دارند که بیماری‌های قلبی به مقدار زیادی توسط نابهنجاری‌های مادرزادی قابل تبیین می‌باشند و با ارتقاء امکانات تشخیصی و آزمایش های ژنتیکی می توان از بروز آنها پیشگیری نمود(۲). در مقابل برخی از پژوهشگران اعتقاد بر این دارند که استرس (Stress) یکی از منابع بیماری‌های قلبی می‌باشد(۳). همچنین نتایج دیگر نشان داده است که استرس به تنهایی نمی‌تواند بیماری قلبی را در افراد پیش بینی کند، بلکه استرس با نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌تواند یک عامل پیش‌بین برای بیماری‌های قلبی باشد(۴). روان شناسی سلامت بر نقش راهبردهای مقابله‌ای (Coping strategies) در چگونگی سلامت جسمانی و روانی اهمیت زیادی قائل است. روانشناسان سلامت راهبردهای مقابله‌ای را به عنوان واسطه بین استرس و بیماری معرفی کرده‌اند(۵). راهبردهای مقابله‌ای به تلاش‌های شناختی و رفتاری جهت پیشگیری، مدیریت و کاهش تنیدگی و استرس اشاره دارند که افراد در موقعیت‌های استرس زا از آنها استفاده می‌کنند.

Lazarus و همکارش معتقدند که افراد بسته به موقعیت‌های مختلف از راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور (فعال و کارآمد) و هیجان محور (منفعل و ناکارآمد) استفاده می‌کنند(۶). مقابله جستجوی حمایت اجتماعی کارآمد، مقابله مبتنی بر برنامه‌ریزی، مقابله فعال و مقابله بردبارانه در قالب راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور و رفتارهایی همچون تفکر منفی، رفتارهای اجتنابی، رفتارهای تکانشی، پرداختن به احساسات دردناک و استفاده از دارو در برابر موقعیت‌های استرس‌زا در قالب راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور گنجانده می‌شوند(۷). در پژوهشی که به منظور بررسی مقایسه میزان استرس تجربه شده و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و افراد سالم انجام شد، یافته‌ها نشان داد که بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی، طی یک سال قبل از وقوع حمله قلبی، رویدادهای استرس‌زای روانی - اجتماعی بیشتری را در مقایسه با افراد گروه گواه تجربه کرده بودند. همچنین بیماران قلبی در مقایسه با افراد سالم به طور معنی‌داری از راهبردهای ناکارآمدتر مقابله با استرس استفاده می‌نمودند(۸). نتایج پژوهش Dubey و همکارش نیز در مورد ۱۸۰ بیمار با ناراحتی مزمن نشان دادند که کاربرد راهبردهای مقابله‌ای فعال در ایجاد سلامت روانی زندگی فعلی آنان مؤثر می‌باشد(۹).

حمایت‌های اجتماعی (Social support) یکی از متغیرهایی است که در ارتباط با استرس و بروز بیماری‌های قلبی و عروقی نقش واسطه‌ای دارد و اثر استرس ها را خنثی می کند، Baron و همکاران حمایت اجتماعی را به توسل جویی به منابع هیجانی و تکلیفی فراهم شده به وسیله دیگران به عنوان وسیله‌ای برای کنار آمدن با استرس تعریف می‌کنند(۱۰). با توجه به اهمیت این موضوع در پژوهشی نشان داده شد که ۶۱/۷ درصد از بیماران نارسایی قلبی از سطح پایین حمایت اجتماعی درک شده برخوردار هستند(۱۱). Khoosfi و همکاران در پژوهشی جهت بررسی مقایسه عوامل شخصیتی، حوادث استرس‌زا و حمایت اجتماعی در بیماران کرونر قلب و گروه گواه نشان دادند که بین گروه بیماران کرونر قلب و گروه گواه از نظر عوامل شخصیتی، حوادث استرس‌زای زندگی و حمایت اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بیماران مبتلا به عروق کرونر در مقایسه با گروه گواه از ویژگی‌های شخصیتی روان رنجوری خویی و برونگرایی بیشتر و تجربه پذیری کمتر، توافق پذیری کمتر، وظیفه شناسی کمتر و حمایت اجتماعی کمتر برخوردار بودند(۱۲).

با توجه به گسترش روز افزون بیمارهای قلبی و به منظور پیشگیری می بایست به عوامل مؤثر بر شیوع این دسته از بیماری‌ها توجه ویژه‌ای مبذول گردد. امروزه اکثریت جامعه پزشکی اعتقاد بر این دارند که ریشه بسیاری از بیمارهای

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

جسمی در روان انسان ریشه دارند و برای درمان بیماری‌های جسمی می‌بایست به مسائل و مشکلات روانی بیماران توجه نمود. از همه مهمتر گسترش روز افزون زندگی ماشینی و افزایش استرس‌های زندگی روزمره منجر به ایجاد مشکلات جسمی و روانی در انسان‌ها شده است. به نظر می‌رسد که ادراک استرس و فقدان حمایت‌های اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در برابر استرس از جمله عوامل روانی مؤثر در ایجاد بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشند که در پژوهش حاضر به بررسی این پیش فرض پرداخته شده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی می‌باشد. این پژوهش با توجه به اینکه بر دو گروه افراد سالم و بیمار اجرا شده است، دارای دو جامعه از افراد سالم و افراد بیمار می‌باشد. جامعه افراد سالم شامل کلیه مردان بین ۴۰ تا ۹۰ سال را شامل می‌شود که در شهر رشت در سال ۱۳۹۲ ساکن بودند. نمونه‌ای به حجم ۱۲۵ نفر به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای بر اساس تقسیم شهر به مناطق هشتگانه انتخاب شدند. با مراجعه به درب منزل افراد و توصیف اهداف پژوهش و حفظ رازداری در محتوای پرسشنامه‌ها و داشتن شرط سنی برای تحقیق از آنها خواسته شد تا به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. جامعه افراد بیمار با تشخیص سکته قلبی شامل کلیه مردانی است که در بین گروه سنی ۴۰ تا ۹۰ سال قرار می‌گرفتند و در پنج ماه اول سال ۱۳۹۲ در بیمارستان دکتر حشمت رشت بستری شده بودند و به تشخیص متخصص قلب دارای تشخیص سکته قلبی بودند. به منظور نمونه‌گیری، ۱۲۵ نفر از آنها به روش هدفمند انتخاب شدند. پس از توصیف اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ها در محیط بیمارستان با همکاری پرستاران محترم بر روی بیماران اجرا شد. معیارهای خروج از پژوهش شامل: داشتن سن بالاتر از ۹۰ و کمتر از ۴۰ سال، داشتن اختلالات روانشناختی خاص و مراجعه به بیمارستان غیر از بازه محدوده زمانی تعیین شده می‌باشد.

ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای Carver و پرسشنامه حمایت‌های اجتماعی ادراک شده فیلیپس بود.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای توسط Carver و همکاران(۵) طراحی شده که شامل ۲۸ سؤال است و در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (۱ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دو دسته از راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور و هیجان محور را می‌سنجد. همسانی درونی این آزمون در پژوهش حاضر در کل نمونه افراد سالم و بیمار به روش کرونباخ آلفا برای مقیاس مقابله مسئله محور ۰/۷۶ و برای مقابله هیجان محور ۰/۷۳ محاسبه شده است. روایی آزمون کاملاً بر اساس سازه‌های نظریه Carver و همکاران در ارتباط با راهبردهای مقابله‌ای می‌باشد.

پرسشنامه حمایت‌های اجتماعی ادراک شده فیلیپس (Phillips) دارای ۲۳ آیتم است سه خرده مقیاس داخل آن، حمایت اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و سایرین را می‌سنجد(۱۳). این پرسشنامه به صورت بلی/ خیر (صفر یا یک) نمره‌گذاری می‌شود. همسانی درونی کل این آزمون بر روی کل افراد نمونه سالم و بیمار به روش کرونباخ آلفا ۰/۹۱ محاسبه شده است.

به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد و نتایج در قالب آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون t مستقل گزارش شده است.

نتایج

نتایج توصیفی نمونه سالم (۱۲۵ نفر) نشان داد که میانگین سنی آنها ۹/۹۴±۵۸/۲۰ سال و افراد سکته قلبی (۱۲۵ نفر) در میانگین سنی ۱۰/۸۱ ±۶۰/۶۱ سال قرار داشتند.

نتایج ضرایب همبستگی در دو گروه افراد سالم و افراد با تشخیص سکته قلبی در جداول ۱ و ۲ نشان می‌دهد که بین حمایت‌های اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور در دو گروه همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد و این ارتباط در گروه افراد سالم قوی‌تر می‌باشد. اما بین راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور و حمایت‌های اجتماعی در دو گروه همبستگی معنی‌داری مشاهده نشده است.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول ۱: آمار توصیفی و ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای تحقیق در نمونه سالم

متغیرها	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد	حمایت اجتماعی
حمایت اجتماعی	۱۲۵	۳	۲۳	۱۹/۷۸	۳/۶۹	۱
مسئله محور	۱۲۵	۷	۷	۱۹/۹۳	۴/۵۵	۰/۱۹۱
P-Value						۰/۰۳۳
هیجان محور	۱۲۵	۲۸	۲۸	۴۳/۳۲	۸/۶۴	-۰/۰۸۸
P-Value						۰/۳۲۷

جدول ۲: آمار توصیفی و ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیر های تحقیق در نمونه با تشخیص سکته قلبی

متغیرها	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد	حمایت اجتماعی
حمایت اجتماعی	۱۲۵	۱	۲۸	۱۶/۴۴	۵/۹۳	۱
مسئله محور	۱۲۵	۹	۲۸	۱۷/۷۳	۴/۰۳	۰/۵۷۰
P-Value						۰/۰۰۰
هیجان محور	۱۲۵	۳۴	۳۴	۴۹/۱۷	۷/۳۱	-۰/۰۰۵
P-Value						۰/۹۵۸

نتایج آزمون t مستقل در جدول ۳ نشان می‌دهد، بین افراد سالم و بیماران با تشخیص سکته قلبی در مقیاس کلی حمایت‌های اجتماعی ادراک شده و همچنین در ابعاد خانواده، دوستان و منابع حمایتی دیگر تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج در ارتباط با راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور و هیجان محور در دو گروه مستقل نیز دلالت بر تفاوت معنی‌داری بین بیماران و افراد سالم دارد.

جدول ۳: آزمون t مستقل به منظور مقایسه میانگین های دو گروه مستقل در متغیرها پژوهش

متغیرها	نمونه	فراوانی	میانگین ±انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	P-Vaue
نمره کلی حمایت‌های اجتماعی	سالم	۱۲۵	۱۹/۷۸۴۰±۳/۶۹۳۰۳	۵/۳۵۱	۲۰۷/۵۷۵	۰/۰۰۰
	بیمار	۱۲۵	۱۶/۴۴۰۰±۵/۹۳۱۶۰			
حمایت‌های خانواده	سالم	۱۲۵	۶/۸۴۸۰±۱/۷۳۶۹۶	۲/۹۳۹	۲۳۰/۲۲۳	۰/۰۰۴
	بیمار	۱۲۵	۶/۰۸۸۰±۲/۳۱۰۶۲			
حمایت دوستان	سالم	۱۲۵	۶/۰۷۲۰±۱/۲۷۱۱۲	۶/۳۰۸	۲۰۱/۳۸۵	۰/۰۰۰
	بیمار	۱۲۵	۴/۶۶۴۰±۲/۱۴۷۵۶			
منابع حمایتی دیگر	سالم	۱۲۵	۶/۸۶۴۰±۱/۵۳۶۳۶	۴/۹۸۲	۲۲۴/۶۸۸	۰/۰۰۰
	بیمار	۱۲۵	۵/۶۸۸۰±۲/۱۴۵۵۷			
راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور	سالم	۱۲۵	۱۹/۹۳۶۰±۴/۵۵۳۸۸	۴/۹۸۲	۲۲۴/۶۸۸	۰/۰۰۰
	بیمار	۱۲۵	۱۷/۷۳۶۰±۴/۰۳۲۴۲			
راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور	سالم	۱۲۵	۴۳/۳۲۰۰±۸/۶۴۰۳۰	-۵/۷۸۲	۲۴۱/۴۵۶	۰/۰۰۰
	بیمار	۱۲۵	۴۹/۱۷۶۰±۷/۳۱۷۷۵			

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط و مقایسه حمایت‌های اجتماعی ادراک شده و راهبردهای مقابله با استرس در افراد با تشخیص سکته قلبی و گروه گواه انجام شد. نتایج نشان داد که بین راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور و حمایت‌های اجتماعی در گروه افراد سالم (r=۰/۱۹۱) در سطح معنی‌داری (p<۰/۰۵) و در گروه بیماران با تشخیص سکته قلبی (r=۰/۵۷۰) در سطح معنی‌داری (p<۰/۰۱) همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد که با برخی مطالعات همسو می‌باشد(۱۷-۱۴). نتایج دیگر نشان داد که بین حمایت‌های اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور در دو گروه افراد سالم و بیمار ارتباط معنی‌داری وجود ندارد که با نتایج مطالعات Dwyer و همکارش و Tan همسو می‌باشد(۱۴،۱۷).

در پژوهشی جهت بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نشان دادند که ابعاد حمایت‌های اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری با کیفیت زندگی، رابطه مثبت دارند و می‌توان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس را بر اساس متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری پیش بینی نمود(۱۸). Hassanzadeh و همکاران در پژوهشی نشان دادند که حمایت اجتماعی با جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل مدبرانه مساله و بازبرآورد مثبت رابطه مثبت دارد. نتایج قابل توجه این پژوهش، این بود که حمایت اجتماعی سایرین و خانواده بهترین پیش بین‌های مقابله مساله‌مدار هستند(۱۹). در تبیین نتایج حاضر می‌توان اینگونه استنباط نمود که حمایت‌های اجتماعی یکی از ابعاد راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور به حساب می‌آید و کاملاً با یکدیگر همخوانی دارند(۲۰). در تبیین اینکه چرا این ارتباط در گروه بیماران با تشخیص سکته قلبی نسبت به افراد سالم بیشتر است می‌توان اینگونه استنباط نمود که میزان وابستگی به حمایت‌های اجتماعی که به نوعی منابع بیرونی مقابله مسئله‌محور به حساب می‌آید، در این افراد بیشتر است و کمتر از مقابله‌های مسئله محور درونی استفاده می‌کنند و این وابستگی به دیگران جهت مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا می‌تواند خود زمینه‌ساز مشکلات روانشناختی شود(۶). Endler و همکارش معتقدند از آنجا که راهبردهای مقابله مسئله محور مبتنی بر منبع درونی با کنترل‌پذیری بیشتری همراه می‌باشند، پیش‌بینی‌کننده بهتری برای سلامت روانشناختی در افراد می‌باشد(۲۱). در تبیین فقدان ارتباط معنی‌داری بین راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور و حمایت‌های اجتماعی، می‌توان اینگونه استدلال نمود که راهبردهای هیجان محور بر هیجان درونی فرد و اجتناب از مسئله در ارتباط است، در حالی که حمایت‌های اجتماعی مستلزم ارتباط فعال با دیگران به منظور مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا می‌باشد(۵).

نتایج مقایسه ابعاد حمایت‌های اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور نشان داد که بین افراد سالم و بیماران قلبی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و افراد سالم از حمایت‌های اجتماعی بیشتر و راهبردهای مقابله‌ای مسئله محور بیشتری استفاده می‌کنند. با وجود تفاوت معنی‌داری در بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور در پژوهش حاضر، جهت بالای میانگین به طرف بیماران می‌باشد به عبارت دیگر بیماران قلبی از راهبردهای هیجان محور و منفعل بیشتر از افراد سالم استفاده می‌کنند که با نتایج مطالعات Heidari Pahlavian و همکاران(۸) Roohafza و همکاران(۲۲) و همچنین مطالعه Bagherian و همکاران(۲۳) همسو می‌باشد. نتایج پژوهشی که به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با سندرم کرونری حاد پرداخته‌اند، مشخص شد که بهبود در دریافت حمایت‌های اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه از ابتلا به بیماری مزمن عروق کرونر قلب در افراد جلوگیری می‌کند(۲۲). در پژوهشی نشان داده شد که مشکلات سازگاری در آن دسته از بیماران قلبی بیشتر گزارش شده است که پیش از بیماری مشکلات اجتماعی و استرس بیشتری داشته‌اند نه الزاماً کسانی که بیماریشان شدیدتری داشته‌اند. اضطراب، افسردگی یا انکار بیش از حد، روند بهبود بیماری را به تأخیر می‌اندازد. همچنین آن دسته از بیماران قلبی که دچار اضطراب

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

و افسردگی زیاد باشند به مشکلات بعدی از قبیل آریتمی به میزان بیشتر مبتلا می‌شوند و احتمال مرگ آنها در ماه‌های اول از کسانی که استرس کمتری دارند، بیشتر است(۲۴).

تنش و روش‌های نادرست سازگاری با استرس در بروز یا تشدید آترواسکلروز عروق کرونر مؤثر است. در زمینه ارتباط بین استرس و بیماری‌های عروق کرونر مطالعات اولیه نشان می‌دهد که کسانی که استرس بالایی دارند، دو برابر بیش از سایر افراد در معرض خطر بروز بیماری عروق کرونر قرار دارند. در واقع حمایت اجتماعی ناکافی همچون مشاغل با استقبال کم و خواسته‌های زیاد از شاغل با افزایش خطر بروز آترواسکلروز عروق کرونر همراه می‌باشد(۲۵). در تبیین نتایج می‌توان این چنین استنباط کرد که راهبردهای مقابله‌ای علاوه بر اینکه تاثیر زیادی بر کاهش، کنترل و مدیریت استرس دارند، بلکه راهبردهای مقابله‌ای در چگونگی سلامت جسمانی انسان نیز بسیار تاثیرگذار می‌باشند(۷).

در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که راهبردهای مقابله‌ای فعال و حمایت‌های اجتماعی ادراک شده نقش بسزایی در پیشگیری از بیماری‌های قلبی دارند و می‌بایست به این مطلب در تدوین برنامه‌های نظام سلامت بیش از گذشته توجه شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود نمودن متغیرهای روانشناختی تأثیرگذار بر بیماری‌های قلبی و عروقی به متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی به متغیرهای تاثیرگذار دیگر با توجه به ماهیت چند عاملی بودن بیماری‌های قلبی نیز توجه شود. نمونه پژوهش حاضر فقط محدود به مردان بود و به عنوان یک محدودیت، لازم است که در آینده چنین مطالعاتی بر روی زنان نیز انجام شود. عدم توجه به پیشینه روانشناختی بیماران و افراد نمونه گواه از جمله محدودیت‌های دیگر به حساب می‌آید و لازم است در مطالعات آتی به نقش این متغیرها توجه شود. از لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌شود که بیماران قلبی بیش از بیش مورد حمایت‌های اجتماعی از طرف خانواده و دوستان قرار گیرند و به منظور پیشگیری از بیماری‌های قلبی برای افراد میان سال کارگاه‌هایی جهت مدیریت استرس و آموزش راهبردهای مقابله‌ای کارآمد برگزار شود.

سپاسگزاری

در اینجا جای دارد که از معاونت پژوهشی دانشگاه گیلان به سبب تصویب و حمایت مالی از این پژوهش، ریاست و کارکنان بیمارستان دکتر حشمت شهر رشت و کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند، کمال تشکر و سپاس را داشته باشیم.

References:

1- Michimi A, Ellis-Griffith G, Nagy C, Peterson T. ***Coronary heart disease prevalence and occupational structure in U.S. metropolitan areas: A multilevel analysis.*** Health Place 2013; 21: 192-204.

2- van der Linde D, Konings EE, Slager MA, Witsenburg M, Helbing WA, Takkenberg JJ, Roos-Hesselink JW. ***Birth prevalence of congenital heart disease worldwide: a systematic review and meta-analysis.*** J Am Coll Cardiol 2011; 58(21): 2241-47.

3- Alzaid F, Patel VB, Preedy VR. ***Cardiovascular disease in aging and the role of oxidative stress.*** In: AgingOxidative Stress and Dietary Antioxidants. Academic Press; 2014.p. 23-38.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

4- Pourang P, Besharat MA. ***An investigation of the relationship between coping styles and psychological adaptation with recovery process in a sample of coronary heart disease patients.*** Procedia - Social Behav Sci 2011; 30: 171-75.

5- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. ***Assessing coping strategies: A theoretically based approach.*** J Pers Soc Psychol 1989; 56(2): 267-83.

6- Lazarus RS, Folkman S. ***Stress, appraisal, and coping.*** New York: Springer Publishing Company; 1984.

7- Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF. Robinson DS, Ketcham AS, et al. ***How coping mediates the effect of optimism and distress: A study of women with early stage breast cancer.*** J Pers Soc Psychol 1993; 65(2): 375-90.

8- Heidari Pahlavian A, Gharakhani M, Mahjub H. ***A comparative study of stressful life events and stress coping strategies in coronary heart disease patients and non-patients.*** Sci J Hamadan Univ Med Sci 2010; 17(3): 33-38. [Persian]

9- Dubey A, Agarwal A. ***Coping strategies and life satisfaction: Chronically ill patients' perspectives.*** Journal of the Indian Academy of Applied Psychology 2007; 2: 161-68.

10- Baron R, Byrne D, Branscomb NR. ***Social Psychology.*** Transi Karimi Y. Tehran: Ravan Publication; 2009.p. 468. [Persian].

11- Cheraghi MA , Davari Dolatabadi E , Salavati M , Moghimbeigi A. ***Association between perceived social support and quality of life in patients with heart failure.*** Iran Journal of Nursing 2012; 25(75): 21-31. [Persian]

12- Khoosfi H, Monirpoor N, Birashk B, Peighambari M. ***A comparative study of perssonality factors, stressful life events, and social support in coronary heart patients and non-patients.*** Contemporary Psychology 2008; 2(3): 41-47. [Persian]

13- Asayesh H, Hesam M, Ghorbani M, Shariati A, Nasiri H. ***The relationship of perceived social support, mental health and life satisfaction in martyrs and veterans students of state university in Gorgan.*** J Res Develop in Nursing & Midwifery 2011; 8 (1):34-4. [Persian]

14- Dwyer AL, Cummings AL. ***Stress, self-efficacy, social support, and coping strategies in university students.*** Can J Counseling 2001; 35(3): 208-20.

15- Elklit A, Kjær K, Lasgaard M, Palic S. ***Social support, coping and posttraumatic stress symptoms in young refugees.*** Torture 2012; 22(1): 11- 23.

16- Kim J, Han JY, Shaw B, McTavish F, Gustafson D. ***The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: testing mediation and moderation models.*** J Health Psychol 2010; 15(4): 543-52.

17- Tan M. ***Social support and coping in Turkish patients with cancer.*** Cancer Nurse 2007; 30(6): 498-504.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

18- Mikael N, Mokhtarpour Habashi E, Mayssam S. ***The role of perceived social support, coping strategies and resiliency to predict the quality of life of patients with multiple sclerosis.*** J Soc Psychol 2013; 7(23): 5-17.

19- Hassanzadeh P, Aliakbari dehkordi M, Khamesh M. ***Social support and coping strategies in patients with type II diabetes***. Health Psychology 2012; 1(2): 12-21. [Persian]

20- Dumont M, Provost MA. ***Resilience in adolescents: protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression.*** J Youth Adolesc 1999; 28(3): 343-63.

21- Endler NS, Parker JA. ***Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation.*** J Per Soc Psychol 1990; 58(5): 844-54.

22- Roohafza H, Talaei M, Pourmoghaddas Z, Rajabi F, Sadeghi M. ***Association of social support and coping strategies with acute coronary syndrome: a case-control study.*** J Cardiol 2012; 59(2): 154-9.

23- Bagherian R, Ahmadzadeh G, Yazdani E. ***Study of coping styles among dialysis patients.*** Koomesh 2009; 10(2): 111-18. [Persian]

24- Besharat MA, Pourang P, Sadeghpour Tabaee A, Pournaghash Tehrani S. ***The relationship between coping styles and psychological adaptation in the recovery process: patients with coronary heart disease.*** Tehran Univ Med J 2008; 66 (8): 573-79. [Persian]

25- Hsanpour-Dehkordi A, Nazari AA, Heidar-Nejad MS, Asadi-Noghabi AA, Forouzandeh N, Kasiri KA. ***Factors influencing quality of life in patients with myocardial infarction***. Iran J Nursing 2009; 22(57): 43-52. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

Comparison and Relationships Between Social Support and Coping Strategies in Patients with Myocardial Infarction and in the Control Groups

Asghari F(PhD)[*1], Sadeghi A(PhD)[2], Mehraban F(Msc)[3], Saadat S(MSc Student)[4]

[1,2]*Department of Counseling, Faculty of Literature and Human Sciences,University of Guilan, Rasht, Iran*
[3]*Department of Clinical Biochemistry, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran*
[4]*Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran*

Received: 13 Feb 2013 ***Accepted:*** 7 May 2015

Abstract

Introduction: Heart diseases involve the first and most prevalent causes of morbidity as well as mortality in Iran, which can be affected by various factors. Hence, this study aimed to explore the comparison and relationships between social support and coping strategies in patients with myocardial infarction and in the control group in Rasht.

Methods: In this descriptive study, the study healthy population consisted of all males aged 40-90 living in Rasht, among which 125 males were selected via a cluster random sampling method in 2013. Moreover, the study patient population entailed all male patients suffering from myocardial infarction aged 40-90 living in Rasht who were hospitalized in Dr.Heshmat hospital of Rasht in the first five months of 2013. The patient samples were 125 men selected via purposeful sampling method. In order to glean the study data, Carver's coping strategies inventory and Phillips' perceived social support questionnaire were applied and the data were analyzed utilizing SPSS software (Version 18).

Results: The study results revealed that a significant correlation was observed between social support and problem-focused coping strategies in healthy subjects as well as in patients diagnosed with myocardial infarction. Furthermore, a significant difference was observed between healthy subjects and those suffering from myocardial infarction in regard with the overall score of perceived social support, emotion-focused coping strategies and problem-focused coping strategies.

Conclusion: The findings of the current study demonstrated the role of social support variables and stress coping strategies should be taken into account in order to prevent cardiovascular diseases.

Keywords: Cardiovascular patients; Coping strategies; Healthy individuals; Myocardial infarction; Social support

This paper should be cited as:
Asghari F, Sadeghi A, Mehraban F, Saadat S. ***Comparison and relationships between social support and coping strategies in patients with myocardial infarction and in the control groups***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2015; 23(4): 2127-35.

****Corresponding author: Tel: +98 9188774953, Email: farhad.asghari@gmail.com***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]