

بررسی مقایسه ای پاسخ های مقابله ای و رویدادهای مهم زندگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری

*دکتر ابراهیم عبداللهیان^۱، دکتر نغمه مخبر^۲، دکتر زیبا کفایی رضوی^۳

^۱دانشیار روان پزشکی، ^۲استادیار روان پزشکی، ^۳روان پزشک - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: بیماری های قلبی عروقی مهمترین علت مرگ در کشورهای توسعه یافته است و عوامل خطر متفاوتی نیز برای این بیماری ها مطرح است که از آن میان عوامل فشارزای روان شناختی نقش مهمی در ایجاد و یا تشدید و استمرار این اختلالات دارند. این پژوهش برای مقایسه نتایج شیوه های مقابله با استرس و رویدادهای اخیر زندگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری و گروه شاهد سالم انجام گرفت.

روش کار: جمعیت مورد مطالعه، بیماران بستری در بخش قلب بیمارستان قائم (عج)، حجم نمونه ۵۰ بیمار مرد کرونری و ۵۰ مرد غیر مبتلا به بیماری عروق کرونری بودند. دو گروه مورد مطالعه از نظر وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، تعداد فرزند، محل اقامت (زندگی در شهر یا روستا)، مراجعه به روان پزشک، میانگین فشار خون سیستول و دیاستول و میانگین کلسترول خون و جنسیت همگن بودند. برای هر دو گروه تست روش های مقابله با استرس (coping) بیلینگز و موس و رویدادهای اخیر زندگی پیکل و همکاران انجام شد و نتایج آن در دو گروه مورد مقایسه آماری قرار گرفت.

نتایج: بین دو گروه، شاهد غیر مبتلا به بیماری کرونری و افراد بیمار کرونری، راهبردهای مقابله ای بیماران کرونری مبتنی بر واکنش هیجانی به طور معنی داری بیش از گروه شاهد سالم و راهبردهای مبتنی بر ارزشیابی شناختی گروه شاهد سالم به طور معنی دار بالاتر از گروه بیماران کرونری بود. راهبردهای مقابله ای مبتنی بر حل مسئله و جلب حمایت اجتماعی در گروه شاهد بیش از گروه بیماران کرونری بود ولی از نظر آماری معنی دار نبود. راهبردهای جسمانی نمودن نیز در بیماران کرونری بیش از گروه شاهد سالم بود ولی از نظر آماری معنی دار نمی باشد. از نظر رویدادهای استرس آمیز تفاوت معنی دار بین دو گروه موجود نبود.

نتیجه گیری: در پایان به نظر می رسد تغییر شیوه های برخورد با استرس و سبک های مقابله ای می تواند در کاهش خطر ابتلا به بیماری های عروق کرونری نقش مهمی ایفا کند.

واژه های کلیدی: بیماری کرونری، پاسخ های مقابله ای، رویدادهای زندگی، مدیریت استرس

مقدمه

در واقع بیماری های روان تنی یا بیماری های ناشی از استرس ممکن است در تمام دستگاه ها بروز کنند (۵). در پاسخ یک استرس روحی علاوه بر افزایش مقدار نوراپی نفرین و اپی نفرین مقدار کورتیزول خون نیز بالا می رود. بالاترین اثر نوراپی نفرین در افزایش ضربانات قلب و بالا بردن فشار خون به چشم می خورد. اپی نفرین نیز بالاترین اثر را در آزاد سازی قند ذخیره شده به عهده دارد. عمل کورتیزول آماده سازی بدن برای انجام یک فعالیت فیزیکی می باشد اما متأسفانه یکی دیگر از اعمال کورتیزول تخریب بافت های نرم و سالم بدن و تبدیل آنها به قند برای ایجاد یک منبع انرژی اضافی است (۶-۸).

بیماری های قلبی عروقی مهمترین علت مرگ در کشورهای توسعه یافته است به طوری که تقریباً ۱/۵ میلیون مورد انفارکتوس میوکارد هر ساله در آمریکا اتفاق می افتد (۱) که هزینه های زیادی نیز به جامعه تحمیل می کند (۲). عوامل خطر متفاوتی نیز برای این بیماری ها مطرح است که از آن میان عوامل فشارزای روان شناختی نقش مهمی در ایجاد و یا تشدید و استمرار این اختلالات دارند (۳). در یک مطالعه عوامل روان شناختی سومین علت انفارکتوس میوکارد بوده است (۱). نظام روان شناختی بر تأثیر عوامل روان پویایی انگیزش و شخصیت بر تجربه واکنش به بیماری تأکید می ورزد (۳).

*آدرس نویسنده مسئول: مشهد - بلوار حر عاملی - بیمارستان روانپزشکی ابن سینا

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۷۱۱۲۳۴۵ E-mail: ebrameck@yahoo.com

تاریخ وصول: ۸۵/۵/۴ تاریخ تایید: ۸۵/۱۰/۲۸

ارتباط پاسخ های روحی با افزایش ترشح این هورمون ها دانشمندان را به این ادعا واداشته تا بگویند چگونه انسان های پیروزمند ما قبل تاریخ، امروز قصد جان خود را کرده و خود را شکار می کنند.

حوادث زندگی تاثیر فراوانی روی میزان استعداد ابتلا به بیماری دارند. حوادث تغییر دهنده زندگی حوادثی است که در طی یک تا دو سال قبل از بروز بیماری ایجاد شده اند. به طور کلی رتبه بندی حوادث استرس زا در ایران مشابه با کشورهای اروپایی - آمریکایی است (۹). اکثر کسانی که حادثه استرس زای خفیف تا متوسط را تجربه می کنند از دفاع های روانی مختصر و موثر استفاده می کنند و به سرعت استراتژی های رویارویی موفق را به کار می گیرند. به طور معمول وقتی که حادثه استرس زای اخیر بیش از حد شدید باشد حتی اگر شخص مکانیسم دفاعی و رویارویی خوبی داشته باشد احتمال بیماری در آینده نزدیک زیاد است (۴).

فشار روانی، مقابله و آسیب پذیری با یکدیگر تعادل دارند (۱۰). در واقع در برخورد با فشارهای روانی، واکنش های عملی جهت دار^۱ به حمله، عقب نشینی و تعدیل روانی تقسیم می شوند و به این ترتیب همه آنها را می توان واکنش های طبیعی تلقی کرد مگر آن که به صورت افراط و تفریط در آیند (۱۱، ۱۲). در این پژوهش به نقش واکنش های مقابله ای و رویدادهای مهم زندگی در اختلال عروق کرونری پرداخته شده است.

روش کار

نوع مطالعه - روش نمونه برداری :

مطالعه حاضر از نوع مورد-شاهدی می باشد که با روش نمونه برداری ساده و مبتنی بر هدف از بیماران کرونری بخش قلب بیمارستان قائم (عج) و گروه شاهد سالم انجام شده است و دو گروه از نظر جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، محل اقامت (زندگی در شهر یا روستا) مراجعه به روان پزشکی، میانگین فشار خون سیستول و دیاستول و میانگین کلسترول خون همگن می باشند.

خصوصیات گروه مورد :

گروه اصلی پژوهش شامل ۵۰ مرد مبتلا به بیماری عروق کرونر از بیماران بستری در بخش قلب بیمارستان قائم بودند از نظر وضعیت تأهل ۹۸٪ متأهل و ۲٪ مجرد بودند از نظر وضعیت تحصیلات ۱۴٪ تحصیلات ابتدایی، ۱۲٪ راهنمایی، ۵۲٪ دارای دیپلم، ۱۶٪ لیسانس و ۶٪ بالای لیسانس بودند از نظر شغل ۶/۱٪ کارگر یا کشاورز، ۶۵/۳٪ کارمند و ۲۸/۶٪ دارای شغل آزاد بودند از نظر مسئولیت دو گروه یکسان نبوده و افراد بیمار دارای مسئولیت سنگین تری نسبت به گروه شاهد بودند. و ۴٪ گروه مورد مسئولیت کاری خود را سبک، ۴۶٪ متوسط و ۵۰٪ سنگین توصیف کرده بودند. از نظر محل اقامت (شهر یا روستا) ۱۰۰٪ گروه مورد در شهر زندگی می کردند. از نظر وضعیت اقتصادی ۴٪ گروه مورد وضع اقتصادی را کمتر از کفاف، ۷۴٪ در حد کفاف و ۲۲٪ بیش از کفاف توصیف کرده بودند از طرفی دو گروه از نظر وضعیت اقتصادی یکسان نبوده و وضعیت اقتصادی گروه بیمار بیشتر از گروه شاهد در حد کفاف و بیش از کفاف بوده است. از نظر سابقه بستری ۱۲٪ بیماران سابقه بستری قبلی نداشتند، ۵۴٪ سابقه یک بار بستری، ۲۲٪ سابقه ۲ بار بستری، ۴٪ سابقه ۳ بار بستری، ۴٪ سابقه ۵ بار بستری داشتند، از نظر مراجعه به روان پزشکی ۹۴٪ گروه مورد سابقه مراجعه به روان پزشکی نداشتند، ۴٪ سابقه یک بار مراجعه و ۲٪ سابقه ۲ بار مراجعه به روان پزشکی داشتند. از نظر مصرف دخانیات ۶۶٪ گروه مورد سابقه مصرف دخانیات نداشته و ۳۴٪ سابقه مصرف دخانیات داشتند دو گروه از نظر مصرف دخانیات یکسان نبوده به طوری که مصرف دخانیات در گروه بیمار بیشتر از گروه شاهد بود.

خصوصیات گروه شاهد:

گروه شاهد پژوهش شامل ۵۰ مرد سالم و غیر سالم و غیر مبتلا به بیماری عروق کرونر بودند که از مراجعین به آزمایشگاه که جهت تعیین کلسترول و تری گلیسرید مراجعه کرده بودند و جهت انجام پژوهش آمادگی نشان می دادند انتخاب شدند از نظر وضعیت تأهل ۹۸٪ متأهل و ۲٪ مجرد بودند.

^۱ Task-oriented reactions

از پاسخ دهندگان خواسته شد یک بحران شخصی یا حادثه ای پراسترس را که به تازگی تجربه کرده اند در نظر آورند و با توجه به این که چگونه با آن رویداد درگیر شده اند، ۱۹ ماده پرسش نامه را به صورت بله / خیر تکمیل کنند. پاسخ های مقابله با توجه به روایی صوری^۱ به مقابله های رفتاری فعال، شناختی فعال و اجتنابی تقسیم شد. در این مورد اعتبارهای همسانی درونی^۲ برای سه خرده مقیاس از ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ گزارش ده است. با این که هیچ همبستگی معنی داری بین شدت و نوع رویداد زندگی با مقابله به دست نیامد اما نمرات به طور معنی دار قدرت پیش بینی سطوح استرس را افزایش داد. آن دو در سال ۱۹۸۴ (به نقل از همان منبع) کار خود را با بررسی رفتارهای مقابله ای در گروهی از بیماران افسرده دنبال کردند تعداد پاسخ های مقابله ای را به ۳۱ ماده افزایش دادند و به جای شکل بله / خیر، یک مقیاس لیکرت ۴ نقطه ای را به کار بردند. طبقه بندی جدید آنها سه دامنه از پاسخ های مقابله را در برداشت: مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، مقابله متمرکز بر مشکل و مقابله متمرکز بر هیجان. آنان شواهد تجربی برای طبقه بندی خود را گزارش نکرده اند اما اعتبارهای همسانی درونی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ را ذکر کرده اند.

در پژوهش اخیر از پرسش نامه ۳۲ ماده ای استفاده شده از پاسخ دهندگان خواسته شد یک بحران شخصی یا حادثه ای پراسترس را که به تازگی تجربه کرده اند در نظر آورند و با توجه به این که چگونه با آن رویداد درگیر شده اند موارد پرسش نامه را با پاسخ های هرگز / گاهی / اغلب / همیشه تکمیل کنند. برخی از پرسش های این پرسش نامه به حل مسئله، برخی به واکنش هیجانی، برخی به واکنش جسمانی می پردازند.

روش آماری

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری مجذور خي و t-student و برای توصیف داده ها از جدول توزیع فراوانی و شاخص های آماری استفاده شده است.

از نظر وضعیت تحصیلات ۳۰/۶ گروه شاهد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۶/۳ راهنمایی، ۴۰/۸ دیپلم، ۸/۲ دارای لیسانس و ۴/۱ بالاتر از لیسانس بودند. از نظر شغل ۸/۲ گروه شاهد کارگر و کشاورز، ۵۵/۱ کارمند و ۳۶/۷ دارای شغل آزاد بودند از نظر نوع مسئولیت ۱۴/۳ دارای مسئولیت سبک، ۵۹/۲ دارای مسئولیت متوسط و ۲۶/۵ دارای مسئولیت سنگین بودند. از نظر محل اقامت ۹۶٪ گروه شاهد در شهر و ۴٪ در روستا زندگی می کردند از نظر وضعیت اقتصادی ۱۷/۱٪ کمتر از کفاف، ۷۸٪ در حد کفاف و ۴/۹٪ بیش از کفاف بودند. از نظر مراجعه به روان پزشک ۹۴٪ گروه شاهد سابقه مراجعه به روان پزشک نداشتند. ۲٪ سابقه یک بار و ۲٪ سابقه دوبار و ۲٪ سابقه بار مراجعه به روان پزشک را داشتند. از نظر مصرف دخانیات ۸۶٪ سابقه مصرف دخانیات نداشته و ۱۴٪ سابقه مصرف دخانیات را داشتند.

ابراز پژوهش

۱) پرسش نامه رویدادهای مهم زندگی پیکل و همکاران، در اصل شامل ۶۹ رویداد مهم زندگی بوده (۱۳) و آزمودنی رویدادهایی را که مشخصاً طی ۲ سال گذشته یا پیش از آن تجربه کرده است علامت می زند و سپس میزان فشار روانی خود را در زمان آن رویداد با نمره ای بین صفر تا ۲۰ تعیین می کند. این پرسش نامه از نظر جامعیت و روایی محتوا نسبت به سایر مقیاس ها در این زمینه کارآیی بیشتر دارد و از طریق اجرا بر روی گروه های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش پرسش نامه رویدادهای زندگی پیکل و همکاران شامل ۶۵ رویداد مهم زندگی بوده که آزمودنی ها رویدادهایی را که مشخصاً در طی ۶ ماه گذشته تجربه کرده اند علامت زده و سپس میزان فشار روانی خود را در آن زمان با نمره بین صفر تا ۳ تعیین کرده اند.

۲) پرسش نامه پاسخ های مقابله (CRI): بیلینگر و موس (۱۳) در پی دستیابی به روشی آسان و معتبر برای ارزیابی پاسخ های مقابله ای مقطعی از بزرگسالان را مورد مطالعه قرار دادند.

^۱ Coping response inventory

^۲ face validity

^۳ internal consistency reliabilities

انحراف معیار ۱۰/۹ بود. آزمون های آماری تفاوت معنی داری را در این موارد بین ۲ گروه نشان ندادند ($P=0/79$ و $P=0/61$). واکنش هیجانی در گروه بیماران به طور معنی داری بیشتر از گروه شاهد بود ($P=0/000$). همچنین مطالعه نشان داد که واکنش های جسمانی در بیماران بیشتر از گروه شاهد بود. این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار بود ($P=0/003$). در حالی که سایر متغیرهای مورد بررسی از نظر آماری تفاوت معناداری در بین دو گروه نداشت (جدول ۱).

مطالعه حاضر از نوع مورد - شاهدی می باشد که با روش نمونه برداری ساده و مبتنی بر هدف از بیماران کرونری بخش قلب بیمارستان قائم (عج) و گروه سالم انجام شده است. دو گروه از نظر جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، تعداد فرزند، محل اقامت، مراجعه به روان پزشکی، میانگین فشار خون سیستول و دیاستول و میانگین کلسترول خون همگن می باشند.

یافته های پژوهش

میانگین نمره استرس و موارد استرس در گروه مورد ۱۱/۲

با انحراف معیار ۷/۷ بود. این میانگین در گروه شاهد ۱۱/۷ با

جدول ۱ - مقایسه میانگین متغیرهای مورد بررسی در دو گروه بیماران قلبی و گروه شاهد

گروه	مورد	شاهد	نتیجه آزمون t-student	
			انحراف معیار	میانگین
متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۵۰/۵	۷/۵	۴۴/۷	۷/۱
تعداد فرزند	۳/۵	۱/۵	۳/۸	۲/۲
فشار خون سیستول	۱۱۴	۱۱	۱۲۱	۱۰
کلسترول	۲۱۲	۴۵/۹	۲۱۱	۴۵/۹
تری گلیسرید	۱۲۲	۶۸/۰۱	۲۴۷	۱۳۲/۸
میانگین نمره استرس	۱۱/۲	۷/۷	۱۱/۷	۱۰/۹
تعداد موارد استرس	۵/۷	۳/۵	۶/۱	۴/۹
واکنش هیجانی	۱۶/۴	۳/۴۸	۱۱/۳	۱/۹۶
واکنش جسمانی	۷/۱	۳/۴	۵/۲	۲/۷
حل مسئله	۵/۴	۱/۶	۵/۹	۱/۳
ارزیابی شناختی	۸/۵	۲/۱	۱۰/۰۴	۲/۰۲
جلب حمایت اجتماعی	۵/۷	۱/۹۸	۶/۲۶	۱/۹۵

بحث

و نتوانسته اند به طور کامل با استرس ها و مشکلات زندگی کنار بیایند بنابراین به نظر می رسد علاوه بر تعیین راهبردهای مقابله ای، لازم است میزان کارآیی این راهبردها و رضایت اشخاص از انجام آنها و اندازه موفقیت در حل مسائل سنجیده شود. بیماران کرونری در مقابله با استرس و فشارهای وارده پاسخ های هیجانی را بیشتر از افراد سالم بروز می دهند

کاربرد راه حل های مقابله ای مبتنی بر حل مساله گرچه در گروه شاهد بیشتر از مورد می باشد از نظر آماری معنی دار نیست. یک توضیح ممکن آن است که گرچه هر دو گروه افراد سالم و بیماران کرونری به یک اندازه در صدد حل مسائل خود بوده اند اما احتمالاً بیماران کرونری در بر طرف کردن مشکلات و حل کردن مسائل خود توفیق چندانی نداشته

این یافته تا اندازه زیادی به تبیین فرضیه قبلی نیز کمک می‌کند، به این ترتیب که هر چند از نظر پاسخ‌های مبتنی بر حل مسئله تفاوتی بین بیماران کرونری و افراد سالم وجود ندارد اما به خاطر آن که این گونه افراد اصولاً با مسائل خود به صورت هیجانی برخورد می‌کنند میزان واکنش هیجانی آنها بیشتر از افراد سالم بوده و همین امر موجب تشدید واکنش‌های قبلی عروقی در این افراد می‌شود. این واقعیت در پژوهش‌های چپو و همکاران (۱۹۹۷)، کوهورت و همکاران (۱۹۹۴) و دامس او همکاران (۱۹۸۸) مورد تأیید قرار گرفته است (۱۵، ۱۴، ۴).

افراد سالم راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی را بیش از بیماران کرونری به کار می‌برند. همان‌طور که قبلاً نیز ذکر شد هنگامی که فرد در یک رابطه فشار آور قرار می‌گیرد ارزیابی آگاهانه‌ای از آن رابطه به عمل می‌آورد، این فرآیند را ارزیابی شناختی می‌گویند. بررسی‌های مختلف یک مسئله، کسب اطلاع در مورد آن، مطالعه و مشورت با دیگران، برآورد زیان^۱، تهدید^۲ و مبارزه^۳ موجود، همگی به حل موفق‌تر آن مسئله منجر می‌شود و این خود رابطه با پاسخ‌های مثبتی مانند حل مسئله^۴ می‌باشد (۱۶).

گرچه جلب حمایت اجتماعی در گروه شاهد بیش از مورد می‌باشد از نظر آماری معنی‌دار نیست. گفته شد که استرس و رویدادهای زندگی با شروع بیماری مربوط هستند با این وجود تجارب مشابه در زندگی می‌تواند اثرات متفاوتی بر اشخاص مختلف داشته باشد صرف نظر از سبک مقابله و عوامل دیگری که موجب تفاوت‌های فردی در پاسخ به استرس می‌شود ممکن است متغیرهای دیگری وجود داشته باشند که رابطه استرس و بیماری را تعدیل کنند یکی از مهمترین متغیرهای تعدیل‌کننده، حمایت اجتماعی است.

فیفل و همکاران دو جنبه عمده برای حمایت اجتماعی تشخیص دادند: حمایت ساختاری (structural) و حمایت کارکردی (functional). حمایت ساختاری اشاره به شبکه روابط اجتماعی شخص دارد به عنوان مثال، وضعیت تأهل و تعداد دوستان حمایت کارکردی بیشتر به کیفیت روابط مربوط می‌شود به عنوان نمونه آیا شخص باور دارد دوستان نزدیکی وجود دارند که در هر زمان از آنها می‌توان کمک خواست (۱۷).

باید توجه داشت که حمایت اجتماعی مفهومی کاملاً پیچیده است و می‌تواند جنبه‌های مثبت و منفی داشته باشد. الگوی ضربه‌گیری^۵ بر جنبه‌هایی از حمایت اجتماعی تمرکز دارد که به عنوان یک سپر عمل می‌کند و افراد را در مقابل اثرات منفی استرس محافظت می‌نماید، ابزاری که کمک‌های مستقیمی را به صورت وام‌ها، هدایا یا خدمات فراهم می‌کند این نوع حمایت ممکن است استرس را مستقیماً از طریق حل کردن مشکل یا با افزایش زمان استراحت و آرامش یا تفریح کاهش دهد. "حمایت اطلاعاتی" ارائه دادن اطلاعات، پند و اندرز^۶ یا باز خورد^۷ درباره چگونگی انجام کارها را در برمی‌گیرد. "حمایت احترامی" برای افراد این احساس را ایجاد می‌کند که ارزشمند و مورد احترام هستند. از طرفی تعاملات اجتماعی منفی به صورت مراقبت افراطی یا وجود تعارض در روابط بین فردی زبان آور است و می‌تواند اثری منفی بر روی راهبردهای مقابله‌ای داشته باشد (۱۸-۲۱) در بررسی آماری گرچه واکنش جسمانی در گروه مورد بیش از گروه شاهد است اما از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد. بر طبق معیارهای تشخیصی DSM-IV برای "عوامل روان شناختی موثر بر اختلال طبی"، این عوامل می‌توانند بر مسیر اختلال طبی عمومی تأثیر گذاشته و این تأثیر با ارتباط زمانی نزدیک بین عوامل روان شناختی و پیدایش، تشدید یا تأخیر بهبودی از اختلال طبی عمومی مشخص می‌شود، این عوامل در درمان اختلال طبی عمومی تداخل می‌کنند این عوامل خطرات بهداشتی اضافی برای فرد ایجاد می‌کنند و واکنش‌های فیزیولوژیک وابسته به استرس می‌تواند موجب تسریع یا تشدید علائم اختلال طبی عمومی شود عدم تأیید این فرضیه می‌تواند مربوط به کم بودن تعداد افراد مورد آزمون باشد و بهتر است در آزمون‌هایی با تعداد افراد بیشتر مورد بازآزمایی قرار گیرد. بیماران کرونری و افراد سالم هر دو به میزان بالایی رویدادهای مهم را در زندگی خود تجربه کرده‌اند اما عوامل دیگری از قبیل نوع واکنش فرد و سبک مقابله‌اش با استرس و یا زمینه‌های ژنتیکی و جسمانی

^۵ Buffering model ^۶ Advice ^۷ Feedback

^۱ Harm ^۲ Threat ^۳ Challenge ^۴ problem solving

تقدیر و تشکر

در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب وجود داشته که به بروز این بیماری در آنان انجامیده است. دلیل دیگر حجم کم نمونه ها و لزوم انجام آزمون با نمونه های بیشتر است. در پایان به نظر می رسد تغییر شیوه های برخورد با استرس و سبک های مقابله ای می تواند در کاهش خطر ابتلا به بیماری های عروق کرونر نقش مهمی ایفا کند.

مؤلفین بر خود لازم می دانند از زحمات استادگرامی، جناب آقای دکتر مهدی حسن زاده و کارکنان محترم بخش قلب بیمارستان قائم (عج) مشهد قدردانی نمایند.

منابع

1. Macinnes JD. The illness perceptions of women following acute myocardial infarction: implications for behaviour change and attendance at cardiac rehabilitation. **Women Health** 2005; 42(4):105-121
2. Byrne M, Walsh J, Murphy AW. Secondary prevention of coronary heart disease: patient beliefs and health-related behaviour. **J Psychosom Res** 2005; 58(5):403-415
3. Csef H, Hefner J. [Stress and myocardial infarction]. **MMW Fortschr Med** 2005; 4. بابائی، مرجان. (بررسی رابطه خرده استرس های روزانه و شکایات جسمانی در دانشجویان دانشگاه فردوسی. مشهد استاد راهنما جناب آقای جواد صالحی فدردی). سال تحصیلی ۷۷-۷۸.
5. Fauci Brnuwald et al: Harrison's principles of internal medicine. volume 1, 14 Edition. 1998, chapter 243.
6. عرب و لمن، بنجامین. اختلالات روانی تنی ترجمه دکتر نجاریان. محسن دهقانی. چاپ اول. تهران: انتشارات رشد، ۱۳۷۵. فصل ۱۵ و ۲۹.
7. چارلزورث، ادوارد. شیوه رویارویی با استرس ترجمه دکتر یوسف چوپانی. چاپ اول، انتشارات منوچهری، ۱۳۷۷. صفحه ۱۳-۶.
8. Duncko R, Makatsori A, Fickova E, Selko D, Jezova D. Altered coordination of the neuroendocrine response during psychosocial stress in subjects with high trait anxiety. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry** 2006.
9. آزاد حسین، آسیب شناسی روانی. جلد اول، چاپ چهارم، تهران: انتشارات بعثت، ۱۳۷۶. فصل چهارم.
۱۰. ساراسون، ایروین جی. روان شناسی مرضی ترجمه دکتر بهمن نجاریان. جلد اول، چاپ سوم. تهران: انتشارات رشد، ۱۳۷۷.
11. Benazon NR, Foster MD, Coyne JC. Expressed emotion, adaptation, and patient survival among couples coping with chronic heart failure. **J Fam Psychol** 2006; 20(2):328-334.
12. Philippe F, Meney M, Larrazet F, Ben Abderrazak F, Dibie A, Meziane T et al. [Effects of video information in patients undergoing coronary angiography]. **Arch Mal Coeur Vaiss** 2006; 99 (2): 95-101.
۱۳. حسینی قدمگاهی، جواد. (کیفیت روابط اجتماعی میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران کرونری قلب استاد راهنما آقای دکتر محمود دژ کام) انستیتو روان پزشکی تهران، ۱۳۷۶.
14. Chiou, A et al. Anxiety, depression and coping methods of hospitalized patients with myocardial infarction in Taiwan. **Int-J-Nurs.** 1997 Aug; 34 (4):305-11.
15. Damsa, T. Ischemic heart disease in relation whit the type of behavior and the emotional state. Institute of internal medicine Bucharest, Romania. **Med interne** 1988 Jan-Mar: 26(1):39-46.
۱۶. فیاضی بردبار، محمدرضا، حسینی سید ابوالقاسم: بررسی نقش عوامل استرس زا در یک صد بیمار قلبی مراجعه کننده به یک درمانگاه قلب دانشگاهی مشهد. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال چهارم شماره ۱۶-۱۵، پاییز و زمستان ۸۱ صفحه ۹۹-۱۰۹.
17. Feifel, H. coping straetgies and associated features of medically ill patients. **Psychosom med** 1981 Now-Dec; 49 (6):616 - 25.
18. Chorot, p. life events and stress reactivity as predictors of cancer, coronary heart disease and anxiety disorders. **Int-J-psychosom. International-Journal of psychosomatic.** 41/1-4(34-40)1994.
19. Leder, Michael et al. Oxford textbook of psychiatry. 3th Edition 1996. chapter 6.
20. Eldsen SE, Knudsen K, Ekrem G, Fure TO, Movinckel P, Erikssen JE. Is there an association between severe job strain, transient rise in blood pressure and increased mortality? **Blood Press** 2006; 15(2):93-100.
21. Park KY, Park HS, Kim IJ. [The effects of problem solving nursing counseling and intensified walking exercise on diabetic self-care, coping strategies, and glycemic control among clients with DM Type II]. **Tachan Kanho Hakhoe Chi** 2005; 35(7):1314-13.