نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره دوم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۲

Cardiovascular Nursing Journal
2(1), Spring 2013

www.journal .icns.org.ir

مقاله پژوهشی اصیل

بررسی ارتباط سبک های مقابله مذهبی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر

زهرا طاهری خرامه[۱]، کارشناس ارشد پرستاری
*یاسر سعید[۲]، کارشناس ارشد پرستاری
عباس عبادی[۳]، دکترای تخصصی پرستاری

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط میان سبک های مقابله مذهبی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام شد.

زمینه. امروزه اعتقادات و سبک های مقابله مذهبی عاملی مهم در ایجاد آرامش روانی و سازگاری فردی در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن محسوب می شود.

روش کار. این مطالعه توصیفی همبستگی بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر بستری و سرپایی مراجعه کننده به دو مرکز آموزشی درمانی منتخب شهر قم انجام شد. نمونه گیری بیماران به روش در دسترس انجام شد. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی فرم کوتاه ۳۶ (SF-۳۶) و مقیاس مقابله مذهبی پارگامنت استفاده شد.

یافته ها. میانگین و انحراف معیار نمرات سبک های مقابله مذهبی مثبت و منفی به ترتیب ۲۳/۳۶ با انحراف معیار ۳/۸۸ و ۱۰/۰۸ با انحراف معیار ۳/۹۱ بود. از بیماران، ۵۴/۲ درصد در مقیاس راهبردهای مذهبی مثبت و ۴۰/۶ درصد در مقیاس راهبردهای مذهبی منفی نمره بالا داشتند. در رابطه با کیفیت زندگی، بین سبک های مقابله مذهبی مثبت و درد جسمانی ارتباط مستقیم و معنادار (r=۰/۲۴، P>۰/۰۵) و بین ارتباط سبک های مقابله مذهبی منفی با عملکرد اجتماعی و سلامت روان نیز ارتباط معکوس و معنادار آماری وجود داشت (r=۰-۰/۲۹، P>۰/۰۱).

نتیجه گیری. با توجه به نتایج مطالعه، آموزش مهارت های مقابله ای با تمرکز بر تقویت سبک های مقابله مذهبی در مراقبت های معمول از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر در جهت بهبود وضعیت سلامت و در نهایت کیفیت زندگی این بیماران پیشنهاد می شود.

کلید واژه ها: سبک های مقابله مذهبی، کیفیت زندگی، بیماری عروق کرونر

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج). تهران، ایران (*نویسنده مسؤول)، پست الکترونیک: yahoo.com@yasernurse۸۴
۳- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

مقدمه

در حال حاضر بیماری های قلب و عروق به عنوان شایع ترین بیماری های موجود در جوامع بشری محسوب می شود و تعداد این بیماران در دهه های اخیر رو به افزایش است (گولدبرگ و همکاران، ۲۰۰۰). امروزه بیماری های قلبی عروقی علت اصلی مرگ و میر در کل دنیا می باشند، به طوری که حدود ۱۶ میلیون مرگ ناگهانی در دنیا به علت بیماری عروق کرونری می باشد که ۸۲ درصد آن در کشورهای در حال توسعه رخ می دهد. طبق پیش بینی ها، تا سال ۲۰۲۰ بیماری های قلبی عروقی با ۲۰ میلیون مرگ، اولین عامل مرگ و میر و ناتوانی در دنیا خواهد بود (گو و همکاران، ۲۰۱۳). در ایران نیز بیماری عروق کرونر یکی از دلایل عمده مرگ و میر و ناتوانی محسوب می شود و در حال حاضر اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال است (واحدیان عظیمی و همکاران، ۲۰۰۹).

در بیماری های عروق کرونر وجود مواردی چون ماهیت مزمن و ناتوان کننده، علایم آنژین و عدم تحمل فعالیت بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر منفی می گذارد (یزدی و همکاران، ۲۰۰۸). علاوه بر این، بار بالینی و اقتصادی بیماری های قلبی نیز کیفیت زندگی وابسته به سلامتی را در این بیماران تهدید می کند و با توجه به سیر درمان طولانی مدت این بیماری و عواقب ناشی از آن، ابعاد مختلف سلامت افراد مبتلا نیز تحت تاثیر قرار خواهد گرفت (تامسون و همکاران، ۲۰۰۲). لذا باید به فکر راهکارهای مناسب برای تقویت قدرت مقابله ای در این بیماران بود. راهبردهای مقابله ای به عنوان یک منبع مهم در مقابله با بیماری های مزمن محسوب می شوند. این راهبردها، فرایندهای ناخودآگاهی هستند که فرد در مواجهه با تنش های روزمره زندگی از آنها استفاده می کند (محمودی و همکاران، ۲۰۰۳). تفکر و رفتار اصولی و صحیح به فرد در کاهش اثرات استرس و هیجانات منفی ناشی از آن کمک می کند، به طوری که در نوعی از این رفتارها، انسان‌ها در مقابله مذهبی از شعائر و سبک های مذهبی جهت مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی بهره می گیرند (عظیمی و ضرغامی، ۲۰۰۲). در این خصوص کوئینگ (۲۰۰۴) نیز معتقد است که مذهب باعث ایجاد دیدگاه مثبت در فرد نسبت به دنیا می شود و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی مثل فقدان یا بیماری یاری می رساند و با ایجاد انگیزه و انرژی در فرد باعث امیدواری فرد نسبت به بهبود شرایط زندگی می شود. این امر موجب افزایش تحمل و پذیرش موقعیت های غیر قابل تغییر می شود. از طرفی در بسیاری از موارد اضطراری که علم و دانش به فرد کمکی نمی کند، اهمیت این مسئله بیشتر خواهد بود. معنویت به همراه نیروهای مذهبی نقش مهمی در پذیرش بیماری توسط فرد دارد. در واقع راهبردهای مقابله مذهبی سبب حفظ و ارتقای عزت نفس بیمار، ایجاد حس هدف مندی و معناداری زندگی و افزایش آسایش خاطر روانی و امیدواری می شوند (هربرت و همکاران، ۲۰۰۹؛ بوسینگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ بوسینگ و همکاران، ۲۰۰۸).

مطالعات متعدد نشان دهنده تاثیرات دین و معنویت بر سلامت و کیفیت زندگی در بیماری های مزمن هستند (ترانکل، ۲۰۰۶؛ سی و همکاران، ۲۰۱۳؛ کلوس و همکاران، ۲۰۱۳؛ پیرس و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج مطالعه بازینسکی (۲۰۱۳) نیز نشان دهنده تاثیر مثبت معنویت بر شدت درد، علاوه بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پانکراتیت است.

رویکردهای معنوی را می توان تحت سبک های مقابله مذهبی مثبت و منفی عنوان نمود. مقابله مذهبی مثبت سبک هایی از مواجهه با رویدادهای منفی زندگی است که در آنها، فرد با بهره گیری از ارزیابی ها و تغییرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می رود. برای مثال، فرد معتقد است که در هنگام مواجهه با یک رویداد دردناک خدا او را تنها نخواهد گذاشت. اما در شکل دیگری از مقابله که با نام مقابله مذهبی منفی نامگذاری شده است، فرد رابطه ی اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می نماید. برای مثال، فرد معتقد است که خدا در لحظه های سخت وی را تنها خواهد گذاشت (پارگامنت و هان، ۱۹۸۶؛ پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۰).

مطالعات صورت گرفته در بین جمعیت های مسلمان نیز ارتباط بین مکانیسم های مقابله مذهبی و جنبه های مختلف سلامت را آشکار ساخته است (ترانکل، ۲۰۰۶). در مطالعه دیگری که توسط تایلیون (۲۰۰۹) در نمونه های مسلمان در الجزایر انجام شد، از مواردی چون توکل به خداوند، خواندن دعا، رفتن به مسجد و تلاوت قران به عنوان مکانیسم های مقابله مذهبی در بین مسلمان یاد شده است و علاوه بر این، فعالیت مذهبی اسلامی به عنوان عاملی موثر در سلامت مسلمانان نیز عنوان شده است. نتایج مطالعه ای مشابه در یک جمعیت اندونزیایی نیز نشان دهنده ارتباط مستقیم میان راهبردهای مقابله مذهبی با عزت نفس، تنظیم حالات هیجانی و رفتاهای اجتماعی بهنجار است (فرنچ و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران نیز حسن خانی (۱۳۸۹) در بررسی انجام شده بر روی جانبازان شیمیایی جنگ تحمیلی، راهبردهای مقابله ای مذهبی را به عنوان عاملی مثبت و تاثیر گذار در تحمل درد و رنج ناشی از جراحات شیمیایی در این افراد گزارش کرد.

توانایی بیماران در به کارگیری سبک های مقابله مذهبی متفاوت است و تاکنون در جامعه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر مورد بررسی قرار نگرفته است. شناسایی روش های مقابله ای مثبت و منفی در این گروه از بیماران به خصوص از لحاظ تاثیر این روش ها بر پیامدهای درمانی و به تناسب ارائه رویکردهای مناسب مراقبتی، برای ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران مهم خواهد بود. این مطالعه به منظور بررسی وضعیت سبک های مقابله ای مذهبی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام شد.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

روش کار

این مطالعه توصیفی همبستگی بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر بستری و سرپایی مراجعه کننده به دو مرکز درمانی آموزشی شهر قم در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۱ انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه کننده به مراکز درمانی در مدت زمان مذکور بود که پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با مدیران مراکز درمانی مربوطه اقدام به انجام پژوهش شد. معیارهای ورود شامل شامل سن بالای ۱۸ سال، توانایی تکلم به زبان فارسی، گذشت حداقل سه ماه از تشخیص قطعی بیماری، و عدم ابتلا به بیماری های شناخته شده روانی و اختلالات شناختی بود. انتخاب بیماران با توجه به معیارهای ورود به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. پژوهشگر پس از مراجعه به مراکز درمانی مذکور و توضیح اهداف پژوهش برای بیماران و دادن اطمینان برای حفظ محرمانه اطلاعات از آنها خواست به صورت داوطلبانه و با رضایت کامل پرسشنامه های مربوط به کیفیت زندگی و سبک های مقابله مذهبی را تکمیل نمایند.

برای گردآوری داده ها از پرسشنامه های فرم کوتاه کیفیت زندگی، سبک های مقابله مذهبی پارگامنت و اطلاعات جمعیت شناختی استفاده شد. ابزار مورد استفاده شامل دو پرسشنامه، فرم کوتاه کیفیت زندگی (SF-۳۶) و فرم کوتاه پرسشنامه سبک های مقابله مذهبی پارگامنت بود. پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی (SF-۳۶) سطح عمومی وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را اندازه گیری می کند که قابل استفاده برای اندازه گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در جمعیت سالم و بیمار می باشد. نسخه فارسی پرسشنامه SF-۳۶جهت سنجش کیفیت زندگی از بعد سلامت، دارای ۳۶ گویه در ۸ حیطه سلامت و دو بعد جسمانی (عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، دردجسمی، سلامت عمومی) و روانی (نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی و سلامت روان) است. هر یک از حیطه های پرسشنامه مذکور متناسب با جنس سوالات، گزینه های مختلفی از سئوالات با پاسخ های دو ارزشی (بله، خیر) تا شش گزینه ای لیکرتی (تمام اوقات، بیشتر اوقات، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بعضی وقت ها، هیچ وقت) را شامل می شود. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ به معنای بهترین وضعیت در مقیاس مورد نظر می باشد. روایی پرسشنامه با روش روایی همگرایی با ضریب همبستگی بالای ۰/۴ و پایایی آن با استفاده از پایایی همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۷ توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۵) گزارش شده است.

پرسشنامه استاندارد سبک های مقابله مذهبی شامل ۱۴ سئوال، هفت سئوال مربوط به راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و هفت سئوال مربوط به راهبردهای مقابله منفی است که توسط کنت پارگامنت طراحی شده است. برای مثال از خدا برای کاهش خشمم کمک می خواهم از گویه های مربوط به مقابله مذهبی مثبت و به محبت خدا به خودم شک می کنم از گویه های مربوط به مقابله مذهبی منفی می باشد (پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۰). شیوه نمره گذاری به صورت لیکرت چهارگزینه ای از به هیچ وجه تا بسیار زیاد انجام می شود. ضریب آلفای کرونباخ مقابله مذهبی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۳ و اعتبار و تحلیل مولفه ها با چرخش ابلمین ساختار ساده، ۳۹/۵ درصد برای مقابله مذهبی مثبت و ۱۱/۳ برای مقابله مذهبی منفی توسط مظاهری و شهابی زاده (۲۰۱۱) گزارش شده است. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی نیز شامل متغیرهای جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت اشتغال بود. و داده های گردآوری شده با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و استنباطی تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون، مدل رگرسیونی به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

تمامی شرکت کنندگان، ایرانی، مسلمان و شیعه بودند. میانگین سن بیماران ۵۹/۷۳ سال با انحراف معیار ۱۱/۹ سال بود. پنجاه و دو درصد بیماران زن بودند. از نظر وضعیت تاهل نیز ۸۹ درصد متاهل و مابقی مجرد بودند. از نظر اشتغال ۴۵ درصد خانه دار، ۲۲ درصد بیکار، ۱۶ درصد بازنشسته و ۱۳ درصد کارگر بودند. با توجه به دامنه تغییرات خرده مقیاس های حیطه های کیفیت زندگی بین ۰ تا ۱۰۰، از میان ابعاد کیفیت زندگی بالاترین نمره میانگین مربوط به عملکرد جسمانی (۵۳/۸۳)، عملکرد اجتماعی (۵۷/۷۵) و پایین ترین نمره مربوط به ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی (۳۱/۷۶) و نشاط (۳۹/۳۵) بود. این به معنای بالاتر بودن کیفیت زندگی بیماران در حیطه عملکرد اجتماعی و پایین تر بودن کیفیت زندگی این بیماران در محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی بود (جدول شماره ۱).

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

جدول شماره ۱: میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی و سبک های مقابله مذهبی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر

متغیر	میانگین و انحراف معیار
عملکرد جسمانی	۵۳/۸۳±۲۳/۶۸
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی	۳۱/۷۶±۳۰/۵۴
درد جسمی	۴۴/۶۰±۲۶/۵۹
سلامت عمومی	۴۳/۳۳±۱۶/۰۱
نشاط	۳۹/۳۵±۱۹/۳۶
عملکرد اجتماعی	۵۷/۷۵±۲۲/۱۰
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	۴۱/۴۱±۳۳/۴۴
سلامت روان	۴۹/۷۲±۱۹/۳۶
نمره کل کیفیت زندگی	۴۵/۱۹±۱۶/۲۷

از بین ویژگی های جمعیت شناختی، جنس با تمام حیطه های کیفیت زندگی به جزء محدودیت جسمانی ارتباط معنادار آماری داشت، به این معنا که مردان نسبت به زنان دارای کیفیت زندگی بالاتری بودند. وضعیت اشتغال نیز با تمام حیطه های کیفیت زندگی به جز نشاط و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی ارتباط معنادار داشت (p/۰۵>۰). از نظر تحصیلات نیز تنها ارتباط معنادار با حیطه عملکرد جسمی، درد جسمانی و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی مشاهده شد (p<۰/۰۵). در ارتباط با نمره کل کیفیت زندگی نیز این تفاوت به جز در سطح تحصیلات در بقیه موارد معنا دار بود، به این صورت که از نظر سنی، افراد دارای سن پایین تر و از نظر تاهل، افراد متاهل کیفیت زندگی بالاتری داشتند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بر حسب ویژگی های جمعیت شناختی

متغیر	انحراف معیار±میانگین	آزمون آماری P-value
جنس		
مرد	۴۹/۷۰±۱۵/۵۸	T-test P<۰/۰۰۱
زن	۴۰/۰۴±۱۵/۷۶	
سن		
۲۵-۴۵	۴۹/۷۰±۱۵/۵۸	ANOVA P<۰/۰۳
۴۵-۶۵	۴۰/۰۴±۱۵/۷۶	
۶۵-۸۵	۴۰/۰۴±۱۵/۷۶	
وضعیت تاهل		
مجرد	۳۱/۲۳±۴/۹۲	T-test
متأهل	۴۶/۷۵±۱۶/۳۷	P=۰/۰۲
تحصیلات		
بی سواد	۴۶/۰۶±۱۶/۴۰	ANOVA P=۰/۱۸
ابتدایی	۳۹/۹۳±۱۲/۴۴	
راهنمایی	۵۰/۶۵±۱۵/۷۹	
بالاتر	۴۵/۱۹±۱۶/۲۷	

با توجه به دامنه تغییرات خرده مقیاس سبک های مقابله مذهبی بین ۴ تا ۲۴ نیز میانگین و انحراف معیار نمره مربوط به سبک های

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

مقابله مذهبی مثبت و منفی به ترتیب ۳/۸۸±۲۳/۳۶و ۳/۹۱±۱۰/۰۸ بـــود. همچنین، ۵۴/۲ درصد نمونه ها در مقیاس راهبردهای مذهبی مثبت و ۴۰/۶ درصد در مقیاس راهبردهای مذهبی منفی نمره بالا داشتند. از نظر جنسیت در میزان استفاده از راهبردهای مقابله مذهبی تفاوت معناداری وجود نداشت. بر اساس آزمون همبستگی پیرسون بین راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و درد جسمانی ارتباط مستقیم و معنادار آماری وجود داشت، به این صورت که افرادی که از راهبردهای مقابله ای مثبت استفاده می کردند در بعد درد جسمانی نمره بالاتری کسب نمودند که باعث افزایش نمره کیفیت زندگی آنها می شود (r=۰/۲۴، p<۰/۰۵). همچنین، ارتباط میان راهبردهای مقابله مذهبی منفی با عملکرد اجتماعی و سلامت روان، معکوس و معنادار بود، به طوری که هر چه تمایل فرد به استفاده از راهبردهای مقابله ای منفی بیشـــتر بود، نمره عملکرد اجتماعی و سلامت روان پایین تری داشت که کاهش نمره کیفیت زندگی را به دنبال دارد (r=۰-۰/۲۹، p<۰/۰۱). این در حالی است که بین راهبردهای مقابله مذهبی با نمره کل کیفیت زندگی ارتباط معنا دار آماری وجود نداشت.

در نهایت با توجه به نتایج قبلی، برای مشخص نمودن نقش سبک های مقابله مذهبی و سایر ویژگی های جمعیت شناختی در تبیین کیفیت زندگی نیز آزمون رگرسیون ساده و چندگانه با مدل Stepwise انجام شـــد. در نهایت، جنسیت به عنوان عاملی تاثیرگذار در پیش بینی کیفیت زندگی بود به این معنا که جنســـیت، تعیین کننده ۲۹ درصد تغییرات کیفیت زندگی بود (B=-۹/۶۵، p<۰/۰۱) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: نتایج آزمون رگرسیون در تبیین عوامل موثر بر کیفیت زندگی

	رگرسیون		تک متغیر تعدیل نشده		چند متغیره تعدیل شده			
متغیر	B	Beta	CI	P	B	Beta	CI	P
جنس	-۹/۶۵	۰/۲۹	(۴۶/۸۰-۷۱/۹۴)	۰/۰۲	-۹/۶۵	۰/۲۹	(۴۶/۸۰-۷۱/۹۴)	۰۲/
سن	۰/۰۷۵	۰/۰۶۰	(۲۹/۶۰-۶۹/۷۴)	۰/۶۴	-	-	-	
تاهل	-۵/۴۵	۰/۲۷	(۴۵/۲۲-۶۹/۳۵)	۰/۰۳	-	-	-	
تحصیلات	۱/۴۰	۰/۱۱	(۳۳/۸۴-۵۰/۱۸)	۰/۹۱	-	-	-	
سبک های مقابله مذهبی مثبت	۰/۱۷	۰/۰۴	(۱۳/۶۴-۶۸/۲۸)	۰/۷۵	-	-	-	
سبک های مقابله مذهبی منفی	۰/۲۶	۰/۰۶	(۳۵/۵۶-۶۰/۱۸)	۰/۶۴	-	-	-	

بحث

سبک های مقابله مذهبی مثبت در رابطه با رویارویی فرد با رویدادهای منفی زندگی است که فرد با بهره گیری از ارزیابی و تغییرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به مقابله با آنها می پردازد. برای مثال، فرد، معتقد به حضور خداوند در موقعیت های دردناک اســـت. برعکس، در سبک های مقابله مذهبی منفی فرد رابطه ای اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می نماید و اعتقادی به حضور خداوند در موقعیت های خطرناک ندارد و احساس تنهایی می کند (پارگامنت، ۲۰۰۰).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، کاربرد سبک های مقابله مذهبی منفی منجر به کاهش سلامت روان و کارکرد اجتماعی و کاربرد سبک-های مقابله مذهبی مثبت منجر به افزایش سلامت روان و کارکرد اجتماعی می شود. به علاوه، کاربرد سبک های مقابله مذهبی مثبت منجر به افزایش کیفیت زندگی در بعد درد جسمی می شود. بیماری قلبی با داشتن ماهیت مزمن و ناتوان کننده و علایم آنژین و عدم تحمل فعالیت بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر منفی می گذارد. داشـــتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی، بهره‌مندی از حمایت های اجتماعی و معنوی همگی از جمله روش هایی هستند که افراد مذهبی با دارا بودن آنها می توانند در مواجهه با حوادث زندگی، آســـیب کمتری را متحمل شوند. در واقع، باورهای مذهبی با تأثیرگذاری بر ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت های مقابله ای، منابع حمایتی و غیره می توانند موجب کاهش احساس آسیب پذیری در فرد شـــوند (لزیو، ۲۰۰۷). از طرفی، باور به این که خدایی هست که موقعیت ها را کنترل می کند و ناظر بر عبادت کننده ها است تا حد زیادی اضطراب مرتبط با بیماری را کاهش می دهد. بنابراین، مقابله مذهبی با رویکردی متکی بر باورها و فعالیت های مذهبی در کنترل استرس های هیجانی و ناراحتی های جسمی افراد کمک کننده است (ریپن تروپ و همکاران، ۲۰۰۵). اغلب مطالعات صورت گرفته در این حوزه تایید کننده یافته های این مطالعه است. مورگان و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود بر روی بیماران سرطانی نشان دادند مقابله ی مذهبی منفی با کیفیت زندگی بدتر ارتباط دارد. ترانکل (۲۰۰۶) نیز در مطالعه خود گزارش می کند که میزان سلامت روانی با افزایش استفاده از اعتقادات مذهبی مثبت افزایش می یابد. جانسن و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود سبک های مقابله مذهبی را جنبه های خاصی از دین داری عنوان می کنند که نقش مؤثری در سلامت روان دارند و فرد را در برابر افســـردگی محافظت می نمایند. مطالعه والورپالی و همکاران (۲۰۱۰) بر روی بیماران سرطانی دریافت کننده رادیوتراپی نیز موید

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

همین موضوع می باشد.
در این مطالعه از میان متغیرهای موجود، جنسیت به عنوان عاملی مهم و پیش بینی کننده در کیفیت زندگی بیماران عروق کرونری به دست آمد که مارتین و همکاران (۲۰۱۲) نیز در مطالعه خود به این موضوع اذعان دارند. در این خصوص، مردان نسبت به زنان نمره کیفیت زندگی بالاتری داشتند که از این جهت نیز با مطالعات وان جارسولد و همکاران (۲۰۰۲) و پریک و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد، هر چند که نوریس و همکاران (۲۰۱۰) در خصوص تاثیر جنسیت بر کیفیت زندگی تفاوتی را گزارش نکرده اند.
در این پژوهش از لحاظ ارتباط میان سبک های مقابله مذهبی با کیفیت زندگی، به طور کلی بین سبک های مقابله مذهبی مثبت و منفی با نمره کل کیفیت زندگی ارتباط معنا دار وجود نداشت که تنها از بعد اول با مطالعه وای و همکاران (۲۰۰۶) همسو بود، در صورتی که علاوه بر این، نتایج مطالعه وای بین سبک های مقابله مذهبی منفی و کیفیت زندگی ارتباط معکوس و معنی دار نیز گزارش کرده است. از طرفی بین سبک های مقابله مذهبی منفی و حیطه سلامت روان کیفیت زندگی ارتباط معنا دار وجود داشت که از این جهت با مطالعه هربرت و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد. در واقع، در این پژوهش بین سبک های مقابله مذهبی و تعداد معدودی از حیطه های کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت که علت آن، شاید وجود سایر عوامل موثر بر کیفیت زندگی بود، به طوری که خنجری و همکاران (۲۰۱۲) نیز در مطالعه خود از سبک های مقابله مذهبی منفی در کنار سایر عوامل به عنوان عاملی که می تواند کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد نام برده است که در این مطالعه نیز بین سبک های مقابله مذهبی منفی با سلامت روان و بعد عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی ارتباط معنا دار وجود داشت.
یکی از موارد دیگری که به نقش آن در کیفیت زندگی در مطالعات دیگر اشاره شده است و در این پژوهش بررسی نشد نوع درمان پیشنهادی به بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی بود. نحریر و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود کیفیت زندگی بیماران قلبی کاندید جراحی عروق کرونر را بیشتر از بیمارانی عنوان می کنند که کاندید درمان دارویی بودند. هر چند نوع ابزار مطالعه ایشان با پژوهش حاضر متفات است، ولی می توان در مطالعات آتی این موضوع را با وجود متغیرهایی چون راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و منفی به صورت هدفمند مورد بررسی قرار داد. طراحی مطالعاتی جهت بررسی ارتباط سبک های مقابله مذهبی و سلامت با کنترل عوامل مختلف اضطراب، افسردگی و علایم سایکولوژی در کنار سایر عوامل دیگری که احتمال می رود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر را تحت تاثیر قرار دهند می تواند یافته های جامع تری در اختیار پژوهشگران بگذارد. همچنین، نوع نمونه گیری غیر تصادفی و حجم محدود نمونه ها در این مطالعه قابلیت تعمیم پذیری یافته ها را کاهش می دهد و انجام این مطالعه با حجم نمونه بالاتر می تواند در رفع این محدودیت موثر باشد.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های این مطالعه، علاوه بر نقش جنسیت در کیفیت زندگی، بیماران با سبک های مقابله ی مذهبی منفی در خطر سلامت روان و عملکرد اجتماعی پایین تری در بعد کیفیت زندگی قرار داشتند، لذا آموزش مهارت های مقابله ای با تمرکز بر تقویت راهبردهای مذهبی مثبت در مراقبت های معمول از بیماران مبتلا به عروق کرونر در جهت بهبود وضعیت سلامت و در نهایت کیفیت زندگی این بیماران پیشنهاد می شود.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم، پرسنل محترم بخش قلب بیمارستان های شهید بهشتی، حضرت ولی عصر(ع) و بیماران شرکت کننده در این پژوهش ابراز می دارند.

References

AZIMI, H. & ZARGHAMI, M. 2002. Religious coping and anxiety in students of Mazandaran University of Medical Sciences 1999-2000. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences, 12, 37-46.
BASINSKI, A., STEFANIAK, T., STADNYK, M., SHEIKH, A. & VINGERHOETS, A. J. J. M. 2013. Influence of religiosity on the quality of life and on pain intensity in chronic pancreatitis patients after neurolytic celiac plexus block: Case-controlled study. Journal of religion and health, 52, 276-284.
BUSSING, A., FISCHER, J., OSTERMANN, T. & MATTHIESSEN, P. F. 2008. Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients. The international Journal of Psychiatry in Medicine, 38, 357-372.
BUSSING, A., MICHALSEN, A., BALZAT, H. گ., GRANTHER, R. گ., OSTERMANN, T., NEUGEBAUER, E. A. M. & MATTHIESSEN, P. F. 2009. Are spirituality and religiosity resources for

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

patients with chronic pain conditions? Pain Medicine, 10, 327-339.
CLOSS, S. J., EDWARDS, J., SWIFT, C. & BRIGGS, M. 2013. Religious Identity and the Experience and Expression of Chronic Pain: A Review. Journal of Religion, Disability & Health, 17, 91-124.
ELIZABETH RIPPENTROP, A., ALTMAIER, E. M., CHEN, J. J., FOUND, E. M. & KEFFALA, V. J. 2005. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. Pain, 116, 311-321.
FRENCH, D. C., EISENBERG, N., VAUGHAN, J., PURWONO, U. & SURYANTI, T. A. 2008. Religious involvement and the social competence and adjustment of Indonesian Muslim adolescents. Developmental Psychology, 44, 597.
GO, A. S., MOZAFFARIAN, D., ROGER, V. R. L., BENJAMIN, E. J., BERRY, J. D., BORDEN, W. B., BRAVATA, D. M., DAI, S., FORD, E. S. & FOX, C. S. 2013. Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics-2013 Update A Report From the American Heart Association. Circulation, 127, 143-152.
GOLDBERG, R. J., GOFF, D., COOPER, L., LUEPKER, R., ZAPKA, J., BITTNER, V., OSGANIAN, S., LESSARD, D., CORNELL, C. & MESHACK, A. 2000. Age and sex differences in presentation of symptoms among patients with acute coronary disease: the REACT trial. Coronary artery disease, 11, 399-407.
HASSANKHANI, H., TALEGHANI, F., MILLS, J., BIRKS, M., FRANCIS, K. & AHMADI, F. 2010. Being hopeful and continuing to move ahead: religious coping in Iranian chemical warfare poisoned veterans, a qualitative study. Journal of religion and health, 49, 311-321.
HEBERT, R., ZDANIUK, B., SCHULZ, R. & SCHEIER, M. 2009. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. Journal of palliative medicine, 12, 537-545.
JANSEN, K. L., MOTLEY, R. & HOVEY, J. 2010. Anxiety, depression and students- religiosity. Mental health, religion & culture, 13, 267-271.
KHANJARI, S., OSKOUIE, F. & LANGIUS-EKLOF, A. 2012. Lower sense of coherence, negative religious coping, and disease severity as indicators of a decrease in quality of life in Iranian family caregivers of relatives with breast cancer during the first 6 months after diagnosis. Cancer Nursing, 35, 148-156.
KOENIG, H. G. 2004. Spirituality, wellness, and quality of life. Sexuality, Reproduction and Menopause, 2, 76-82.
LESIO, C. A. 2007. Accountability for mental health counseling in schools, ProQuest.
MAHMODI, G., SHARIATI, A. & BEHNAMPOR, N. 2003. Relationship between quality of life and the methods used by dialysis patients. J Gorgan University of Medical Sciences, 5.
MARTIN, L. M., HOLMES, S. D., HENRY, L. L., SCHLAUCH, K. A., STONE, L. E., ROOTS, A., HUNT, S. L. & AD, N. 2012. Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting surgery and the role of gender. Cardiovascular Revascularization Medicine, 13, 321-327.
MAZAHERI, M. A. & SHAHABIZADEH, F. 2011. Perceived Childhood Attachment, Family Functioning and Religious Coping. Developmental Pschology: Iranian Psychologists, 8, 221-234.
MONTAZERI, A., GOSHTASEBI, A., VAHDANINIA, M. & GANDEK, B. 2005. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of life research, 14, 875-882.
MORGAN, P. D., GASTON-JOHANSSON, F. & MOCK, V. 2006. Spiritual well-being, religious coping, and the quality of life of African American breast cancer treatment: a pilot study. The ABNF journal: official journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education, Inc, 17, 73.
NEHRIR, B., RAHMANI, R., SADEGHI, M., EBADI, A., BABATABAR DARZI, H. & SADEGHI

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

SHERMEH, M. 2009. Quality of life of coronary artery disease patients treated with drug and surgical methods. International Journal of Critical Care Nursing, 2, 67-70.
NORRIS, C. M., MURRAY, J. W., TRIPLETT, L. S. & HEGADOREN, K. M. 2010. Gender roles in persistent sex differences in health-related quality-of-life outcomes of patients with coronary artery disease. Gender medicine, 7, 330-339.
PARGAMENT, K. I. & HAHN, J. 1986. God and the just world: Causal and coping attributions to God in health situations. Journal for the scientific study of religion, 193-207.
PARGAMENT, K. I., KOENIG, H. G. & PEREZ, L. M. 2000. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. Journal of clinical psychology, 56, 519-543.
PEARCE, M. J., COAN, A. D., HERNDON II, J. E., KOENIG, H. G. & ABERNETHY, A. P. 2012. Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. Supportive Care in Cancer, 20, 2269-2276.
PERIC, V., BORZANOVIC, M., STOLIC, R., JOVANOVIC, A., SOVTIC, S., DJIKIC, D., MARCETIC, Z. & DIMKOVIC, S. 2010. Quality of life in patients related to gender differences before and after coronary artery bypass surgery. Interactive cardiovascular and thoracic surgery, 10, 232-238.
THOMPSON, D. R., JENKINSON, C., ROEBUCK, A., LEWIN, R. J. P., BOYLE, R. M. & CHANDOLA, T. 2002. Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: the myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS). Quality of life research, 11, 535-543.
TILIOUINE, H., CUMMINS, R. A. & DAVERN, M. 2009. Islamic religiosity, subjective well-being, and health. Mental health, religion & culture, 12, 55-74.
TRANKLE, T. M. 2006. Psychological Well-Being, Religious Coping, and Religiosity in College Students. Journal of Lutheran Scholarship, Thought, and Opinion 5, 29-33.
TSAY, S.-L., CHANG, J.-Y., YATES, P., LIN, K.-C. & LIANG, S.-Y. 2013. Factors influencing quality of life in patients with benign primary brain tumors: prior to and following surgery. Supportive Care in Cancer, 20, 57-64.
VAHEDIAN AZIMI, A., ALHANI, F., AHMADI, F. & KAZEMNEZHAD, A. 2009. Assesing risk factors of coronary heart disease. 3th Iran- Arab Cardiovascular Congress. Middle East.
VALLURUPALLI, M., LAUDERDALE, K., BALBONI, M. J., PHELPS, A. C., BLOCK, S. D., NG, A. K., KACHNIC, L. A., VANDERWEELE, T. J. & BALBONI, T. A. 2010. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. The journal of supportive oncology, 10, 81-87.
VAN JAARSVELD, C. H. M., SANDERMAN, R., RANCHOR, A. V., ORMEL, J., VAN VELDHUISEN, D. J. & KEMPEN, G. 2002. Gender-specific changes in quality of life following cardiovascular disease: a prospective study. Journal of clinical epidemiology, 55, 1105-1112.
YAZDI, S.-M., HOSSEINIAN, S., ESLAMI, M. & FATHI-ASHTIANI, A. 2008. Quality of life and coping strategies in coronary heart disease patients. Journal of Applied Sciences, 8, 707-710.
YI, M. S., MRUS, J. M., WADE, T. J., HO, M. L., HORNUNG, R. W., COTTON, S., PETERMAN, A. H., PUCHALSKI, C. M. & TSEVAT, J. 2006. Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. Journal of General Internal Medicine, 21, S21-S27.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

Cardiovascular Nursing Journal
2(1), Spring 2013

نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره دوم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۲

www.journal .icns.org.ir

The relationship between religious coping styles and quality of life in patients with coronary artery disease

Zahra Taheri-Kharameh[1], MSc
***Yaser Saeid[2], BSc**
Abbas Ebadi[3], Ph.D

Abstract

Aim. This study was conducted to evaluate the relationship between religious coping style and quality of life in patients with coronary artery disease.

Background. Nowadays, beliefs and religious coping are considered as a significant factor in the development of psychological comfort and personal adaptation in patients with chronic diseases.

Methods. This descriptive-correlational study was conducted on 100 inpatients and outpatients with coronary artery disease in two selected teaching hospitals in Qom. Convenience sampling method was used to select patients. Short form 36 health survey questionnaire (SF-36) and Pargament religious coping styles were used for data collection.

Results. The mean and standard deviation Scores for positive and negative religious coping style were respectively 23.36 (3.88) and 10.80 (3.91).Among patients, 54.2% had high scores on positive religious coping strategies and 40.6% had high scores on negative religious coping **strategies.**Regarding to quality of life ,there was statistically significant relationship between positive religious coping styles and physical pain ($r=0.24$, $P<0.05$) and inverse significant relationship between negative religious coping styles and social functioning and mental health ($r=0.29$, $P<0.01$).

Conclusion. Accordingly, teaching of coping skills focusing on strengthening religious coping styles in routine care of coronary artery patients may improve the quality of life and health status in these patients.

Keywords: Religious coping styles, Quality of life, Coronary artery disease

1- Student of Master of Science in Nursing, Faculty of Paramedical, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
2- Student of Master of Science Nursing, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran Iran (*Corresponding Author) e-mail: yasernurse84@yahoo.com
3- Associate Professor of Nursing, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]