

بررسی روشهای کنترل و رویارویی با استرس بیماران

مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی مراجعه کننده به درمانگاه

قلب یکی از بیمارستانهای شهر رشت

پژوهش از: ربیع اله فرمانبر *

چکیده:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است و جنبه گذشته نگر دارد که با هدف «تعیین روشهای رویارویی با استرس بیماران ایسکمیک قلبی مراجعه کننده به درمانگاه قلب بیمارستان دکتر حشمت رشت در سال ۷۹-۱۳۷۸» انجام گرفته است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی مراجعه کننده به درمانگاه قلب یکی از بیمارستانهای شهر رشت می باشد، از این تعداد ۱۵۰ نفر با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابراز گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه ای شامل دو بخش سئوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک (۹ سؤال) و شیوه های رویارویی با استرس (۱۳ سؤال) بود. تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش با استفاده از عملیات آماری توصیفی و استنباطی و کامپیوتر و نرم افزار SPSS نشان داد که اکثریت (۴۸٪) واحدهای مورد پژوهش از شیوه کنترل استرس غیر مؤثر و غیر مفید جهت رویارویی با استرس و حداقل واحدهای مورد پژوهش (۲۰٪) از شیوه کنترل استرس مشکل مدار و همچنین ۳۲٪ آنها از شیوه کنترل استرس هیجان مدار استفاده می کرده اند. به عبارتی دیگر اکثریت واحدهای مورد پژوهش از روشهای کنترل استرس نامناسب استفاده می کرده اند که با متغیر سن، جنس، محل سکونت و شغل ارتباط معنی داری داشته اند. در نهایت می توان گفت که شیوه مقابله با استرس مشکل مدار همواره به عنوان روش مطلوب و مناسب می باشد و شیوه کنترل استرس متمرکز بر هیجان و غیر مؤثر و غیر مفید، باعث کاهش تلاش فرد جهت حل مشکل شده و بدین ترتیب مشکل فرد برطرف نگردیده و در مواردی به صورت مزمن و پیشرفته درمی آید.

مقدمه:

می میرند، ۲/۵ میلیون نفر دیگر ناتوان می شوند و هزینه سالانه آن از لحاظ اقتصادی بسیار زیاد و حدود دهها میلیون دلار است (فیپس، ۱۹۹۹)^۱. شاهقلیان (۱۳۷۳) بیان می دارد: بیماریهای قلب و عروق که به طور معمول به ممالک صنعتی جهان نسبت داده می شد اکنون در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش گذاشته و این افزایش با سرعت بسیار ادامه دارد. در کشور ما نیز آمار بیماری عروق کرونر سیر

بیماری ایسکمیک قلب از شایع ترین بیماریهای قلب و عروق است و آترواسکلروز هنوز به عنوان عامل منجر به مرگ در جهان صنعتی غرب تلقی می شود. بیشتر از ۴۰ میلیون آمریکایی به نوعی از بیماریهای قلبی و عروقی مبتلا هستند و هر ساله تقریباً یک میلیون نفر در اثر این بیماری

* کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت.

شیوه‌های مقابله‌ای معرفی می‌نماید، که البته شیوه مقابله مشکل مدار که شامل مقابله فعال، مقابله برنامه‌ریزی شده، مقابله متوقف کردن فعالیت‌های هم عرض، مقابله از طریق خویشن‌داری و مقابله جستجوی حمایت اجتماعی مؤثر می‌باشد، همیشه به عنوان مناسب‌ترین و سازگارترین شیوه مقابله محسوب شده و استفاده از آن با سلامت روانی افراد ارتباط مستقیم دارد.

گلدرو و همکاران^۲ (۱۹۹۶) نیز می‌گویند: شیوه مقابله هیجان مدار که شامل جستجوی حمایت اجتماعی - عاطفی، تفسیر مجدد مثبت، انکار، پذیرش و روی آوردن به مذهب، فقط در موقعیت‌های غیر قابل کنترل می‌تواند مناسب باشند. البته شیوه مقابله‌ای تحت عنوان کمتر مفید و غیر مؤثر نیز وجود دارد که شامل عدم درگیری ذهنی و رفتاری، تمرکز داشتن و بیرون ریختن هیجانات، استفاده از دارو، الکل و دخانیات، تکانشوری، تفکر خرافی، تفکر آرزومندانه و تفکر منفی می‌باشد کارآیی خوبی در تغییر منابع فشارزا نداشته‌گاه اثرات منفی هم در پی دارد. این شیوه‌ها پاسخ‌های هیجانی شخص را به موضوعات تنش‌زا در مدت زمان کوتاه کاهش می‌دهند ولی در مدت زمان طولانی مشکلات بزرگتری ایجاد می‌نمایند.

با توجه به وجود انواع روش‌های مقابله با تنش و با عنایت به این که روش‌های مختلف مقابله با استرس در انواع شیوه‌های زندگی متفاوت می‌باشند و با نظر به این که سبک زندگی در مناطق جغرافیایی و فرهنگ‌های مختلف تفاوت دارد، این پژوهش با هدف «تعیین روش‌های کنترل و رویارویی با استرس در بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی مراجعه کننده به درمانگاه قلب یکی از بیمارستانهای شهر رشت» انجام پذیرفت.

اهداف پژوهش:

هدف کلی:

تعیین روش‌های رویارویی با استرس بیماران مبتلا به

صعودی داشته و نکته مهمتر آن که در چند سال اخیر سن ابتلا به این بیماری کاهش نگران کننده‌ای پیدا کرده است، به طوری که تعداد قابل توجهی از قربانیان را افراد جوان و میانسال تشکیل می‌دهند که این امر علاوه بر اینکه برای خانواده‌ها فاجعه محسوب می‌شود فشار سنگینی نیز بر اقتصاد جامعه وارد می‌سازد.

متکلم^۱ (۱۳۶۹) می‌افزاید: این افزایش، حاصل تمایل به شهرنشینی و زندگی ماشینی، مصرف روزافزون دخانیات و استرس‌های حرفه‌ای، روانی و خانوادگی می‌باشد، که در این بین استرس و نحوه مقابله با آن در بروز یا تشدید آترواسکلروز کرونر مؤثر شناخته شده است و ارتباط معنی‌داری میان استرس بویژه شیوه رویارویی با آن و بیماری قلبی گزارش گردید. استرس فشار دردناک یا مخالفی است که در انسان تنش ایجاد می‌نماید. شیوه‌ای از زندگی که در آن رقابت، چشم و همچشمی، تلاش برای موفقیت، پرخاشگری و روحیه تهاجمی، عجله، بی‌صلبری، بی‌قراری، گوش‌به‌زنگی فوق‌العاده و احساس فشار وجود داشته باشد می‌تواند یکی از علل مهم بیماری‌های قلب و عروق محسوب گردد (قراچه داغی و شریعت‌زاده، ۱۳۷۳).

استرس علاوه بر تأثیر مستقل در ایجاد آترواسکلروز به طور غیر مستقیم بر برخی عوامل تسهیل‌کننده پیدایش آترواسکلروز نیز اثر می‌گذارد، به طور مثال میزان استعمال سیگار و الگوهای غذایی به طور قابل توجهی با میزان استرس شخص تغییر میکند (فیس، ۱۹۹۹). البته رابطه بین استرس و توسعه یا پیشرفت بیماری‌های ایسکمیک قلب، کاملاً ثابت نشده و نیاز به تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌باشد، هر چند که فشار خون فرد در پاسخ به استرس حاد بالا می‌رود، ولی این فرضیه در مورد استرس مزمن هنوز اثبات نگردیده است (کینی و دیگران، ۱۹۹۱).

تری^۲ (۱۹۹۴) می‌گوید: برای جلوگیری از ایجاد دوام رویدادهای تنش‌زا که باعث بیماری جسمی، روانی و عدم آرامش افراد میشود باید از شیوه مقابله‌ای مناسب استفاده شود.

کلینک^۳ (۱۹۹۸) در همین رابطه دو شیوه اصلی رویارویی متمرکز بر مسئله و متمرکز بر هیجان را به عنوان

1 - Kinney

2 - Terry

3 - kleinke

4 - Gelder, etal

البته معیار پذیرش استفاده از یک روش مقابله‌ای، اکتساب ۷۵٪ از کل امتیاز هر روش می‌باشد.

جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماریهای ایسکمیک قلبی مراجعه کننده به درمانگاه قلب یکی از بیمارستانهای شهر رشت می‌باشد.

نمونه پژوهش با توجه به مطالعات اولیه و فرمول حجم نمونه^۲ تعداد ۱۵۰ نفر تعیین شد و با روش نمونه گیری تصادفی ساده در فاصله زمانی مشخص، نمونه‌های پژوهش تا تکمیل حجم نمونه انتخاب شوند.

مشخصات واحدهای مورد پژوهش شامل:

- ۱ - تشخیص بیماری ایسکمیک قلبی توسط پزشک.
- ۲ - هوشیاری و عدم وخامت حال بیمار. ۳ - سکونت دائمی در استان گیلان بود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی توزیع فراوانی مطلق و نسبی برای متغیرهای دموگرافیک و برای ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و شیوه کنترل استرس از آزمون^۳ آماری^۲ انجام^۴ استفاده و عملیات آماری با استفاده از کامپیوتر و نرم افزار SPSS شد.

مروری بر مطالعات انجام شده:

تحقیقات زیادی در مورد عوامل خطر بیماریهای ایسکمیک قلبی انجام شده است که در این بین تحقیقاتی نیز به عامل استرس و شیوه مقابله با آن پرداختند. در تحقیقی توسط ویلیامز و دیگران^۴ (۱۹۹۴) در مورد عوامل خطر بیماری عروق کرونر در بین جمعیت انگلیسی (گلاسکو) و آسیای جنوبی (پنجاب) به طور مقایسه انجام شد که در این مطالعه مقطعی روی مردان و زنان آسیای جنوبی با میانگین سنی ۳۵ سال در مقایسه با جمعیت انگلیسی ۳۵ ساله اطلاعات در زمینه وضعیت اجتماعی اقتصادی، تغذیه، استرس‌های دریافتی و شیوه مقابله با آن، مصرف الکل، ورزش، سیگار کشیدن، قد و وزن جمع‌آوری شد.

بیماریهای ایسکمیک قلبی مراجعه کننده به درمانگاه قلب یکی از بیمارستانهای شهر رشت.

اهداف ویژه:

۱ - تعیین میزان استفاده از شیوه رویارویی با استرس مشکل مدار در بیماران مبتلا به ایسکمیک قلبی مراجعه کننده به درمانگاه قلب یکی از بیمارستانهای شهر رشت بر حسب برخی از متغیرهای دموگرافیک.

۲ - تعیین میزان استفاده از شیوه رویارویی با استرس هیجان مدار در بیماران مبتلا به بیماریهای ایسکمیک قلبی مراجعه کننده به درمانگاه قلب یکی از بیمارستانهای شهر رشت بر حسب برخی از متغیرهای دموگرافیک.

۳ - تعیین میزان استفاده از شیوه رویارویی با استرس غیر مؤثر و غیر مفید در بیماران مبتلا به بیماریهای ایسکمیک قلبی مراجعه کننده به درمانگاه قلب یکی از بیمارستانهای شهر رشت بر حسب برخی از متغیرهای دموگرافیک.

روش تحقیق:

در این مطالعه توصیفی (گذشته‌نگر) نحوه رویارویی بیماران مبتلا به بیماریهای ایسکمیک قلبی مراجعه کننده به درمانگاه قلب یکی از بیمارستانهای شهر رشت در برخورد با استرس (قبل از اولین مراجعه به پزشک یا مراکز درمانی به علت مشکل قلبی از طریق پرسشنامه‌ای شامل ۹ سؤال) دموگرافیک و ۱۳ سؤال در ارتباط با شیوه رویارویی با استرس مورد بررسی قرار گرفت. از ۱۳ سؤال شیوه‌های مقابله با استرس، ۴ سؤال مربوط به شیوه مقابله با استرس مشکل مدار، ۴ سؤال مربوط به شیوه مقابله با استرس هیجان مدار، و ۵ سؤال مربوط به شیوه مقاله غیر مؤثر و غیر مفید می‌باشد. امتیازبندی روش‌های مقابله‌ای براساس معیار درجه‌بندی لیکرت^۱ بوده و بر حسب میزان استفاده از این روشها، هیچ وقت (نمره ۰)، به ندرت (نمره ۱)، گاهی اوقات (نمره ۲)، اغلب اوقات (نمره ۳) و همیشه (نمره ۴) تعلق گرفت و در مجموع امتیاز مشکل مدار (۱۶ - ۰)، هیجان مدار (۱۶ - ۰) و غیر مؤثر و غیر مفید (۲۰ - ۰) می‌باشد که البته جهت آمار استنباطی امتیاز ۲۰ به ۱۶ تبدیل و در محاسبات اعمال شده است.

1 Likert $2 - n = \frac{pqz^2}{d}$

3- $(chi - square) x^2 = \frac{(O-E)^2}{E}$

4 - Williams, et al

زندگی به کار می‌بردند.

یافته‌های پژوهش:

یافته‌های پژوهش نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه سنی ۴۹ - ۴۰ سال (۳۹٪)، در مرد (۵۶٪)، متأهل (۸۸٪)، بیسواد (۶۰٪)، خانه‌دار (۳۳٪)، ساکن شهر (۶۰٪)، تعداد افراد خانوار ۸ - ۵ نفره (۶۶٪) و دارای شاخص توده نرمال^۱ (۵۲٪) بودند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۴۸٪) از شیوه کنترل استرس غیر مؤثر و غیر مفید استفاده می‌کردند و (۲۰٪) واحدهای مورد پژوهش از شیوه کنترل استرس مشکل مدار استفاده می‌نموده‌اند و همچنین ۳۲٪ واحدهای مورد پژوهش از شیوه کنترل استرس هیجان مدار استفاده می‌کرده‌اند که متغیر سن ($P < ۰/۰۰۰۱$)، جنس ($P = ۰/۰۰۰۷$)، محل سکونت ($P < ۰/۰۳$) و شغل ($P < ۰/۰۰۵$) ارتباط معنی‌داری با شیوه‌های کنترل استرس نشان داد و بین متغیرهای وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، تعداد افراد خانواده و شاخص توده بدن با شیوه‌های کنترل استرس ارتباط معنی‌داری نشان داده نشد (جدول ۳ و ۴ و ۵ و ۶).

بحث و نتیجه‌گیری:

یافته‌های پژوهش نشان داد که حداقل واحدهای مورد پژوهش (۲۰٪) از شیوه کنترل استرس مشکل مدار استفاده کرده‌اند. برای جلوگیری از رویدادهای تنش‌زا که باعث بیماری جسمی و روانی و عدم آرامش افراد می‌شود باید از شیوه‌های کنترل استرس مناسب استفاده شود.

کلینک (۱۹۹۸) در همین رابطه می‌نویسد: شیوه حل مشکل یا متمرکز بر مشکل به عنوان مناسب‌ترین و سازگارترین شیوه کنترل استرس محسوب شده و استفاده از آن با سلامتی روانی افراد ارتباط مستقیم دارد.

گلدن و همکاران (۱۹۹۶) بیان می‌دارند: شیوه‌های هیجان مدار می‌توانند باعث کاهش تلاش فرد جهت حل مشکل شوند و بدین ترتیب مشکل فرد برطرف نشده و در

در جمعیت آسیای جنوبی عوامل تنش‌زا از قبیل کار زیاد روزانه، درآمد کم، جمعیت زیاد در منزل بدهی‌های ناگهانی و حمایت اجتماعی کم (بخصوص در مورد زنان) به وفور دیده می‌شد و علاقه به ورزش، کشیدن سیگار، و استفاده از الکل شایع نبود و فشار خون دیاستولی مردان آسیای جنوبی بیشتر از مردان انگلیسی و همچنین علائم آثرین صدی در بین گروه آسیای جنوبی شایع‌تر بود.

این تحقیق شیوع بالای بیماری عروق کرونر قلب را در جمعیت آسیای جنوبی در محرومیت اجتماعی اقتصادی و عدم استفاده از روش مناسب مقابله با رویدادهای تنش‌زا می‌داند.

تحقیقات زیادی نیز در مورد استفاده از شیوه‌های مقابله با استرس انجام گرفته است. سالاری و همکاران (۱۳۷۷) با هدف "تعیین شیوه‌های مقابله‌ای سالمندان بازنشسته تأمین اجتماعی شهر یاسوج" تحقیقی انجام دادند.

در این پژوهش توصیفی مقطعی، شیوه‌های مقابله‌ای تعداد ۹۷ نفر از بازنشستگان تأمین اجتماعی شهر یاسوج با استفاده از پرسشنامه تعیین گردید.

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای کمتر مفید و غیر مؤثر ۷۰/۵ درصد، شیوه هیجان مدار ۴۳/۶ درصد و شیوه مشکل مدار ۳۴/۹۴ درصد بوده است. به عبارت دیگر در این پژوهش استفاده از شیوه مقابله‌ای کمتر مفید و غیر مؤثر بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده بودند.

تحقیق دیگر توسط یزدی و همکاران در سال (۱۳۷۷) باهدف تعیین شیوه‌های مقابله‌ای والدین کودکان مبتلا به تالاسمی مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمانی کودکان تبریز انجام گرفت. این پژوهش یک مطالعه توصیفی بود نمونه مورد پژوهش را ۵۰ نفر کودکان مبتلا به تالاسمی تشکیل می‌دادند. نتایج نشان داد که ۱۰۰٪ واحدهای مورد پژوهش شیوه مقابله ایمان به خدا و توکل به او را در حل مشکلات همیشه بکار می‌بردند. به عبارت دیگر شیوه مقابله حمایت معنوی با ۵۴٪ پاسخ اغلب و ۴۴٪ پاسخ همیشه، عمده‌ترین روشی بود که والدین برای مقابله با مشکلات

۱ - $Body\ Mass\ Index\ (BMI) = \frac{وزن\ (کیلوگرم)}{قد^2\ (متر)}$

مشکلات زیادی برای آنان از جمله بیماری ایسکمی قلبی را ایجاد می‌نماید بطوری که تحقیق مقدسی (۱۳۷۰) نیز در مورد شیوع عوامل خطر آترواسکلروز مؤید همین مطلب است.

همچنین بررسی در مورد ارتباط معنی‌دار شغل و شیوه کنترل استرس ($X^2 = 21/9$ و $P < 0/05$) نشان داده است که خانم‌های خانه‌دار از روش غیر مؤثر و غیر مفید و افراد کارمند از شیوه مشکل مداری استفاده بیشتری نموده‌اند که با توجه به جنس و تحصیلات آنها قابل توجیه است، البته تحقیق سالاری و همکاران (۱۳۷۷) نیز همین نتیجه را نشان می‌دهد.

در نهایت می‌توان گفت شیوه مقابله با استرس مشکل مدار (متمرکز بر مشکل) همواره به عنوان روش مطلوب و مناسب محسوب می‌گردد و شیوه کنترل استرس متمرکز بر هیجان و غیر مؤثر و غیر مفید باعث کاهش تلاش فرد جهت حل مشکل شده و بدین ترتیب مشکل فرد برطرف نشده و در مواردی بصورت مزمن و پیشرفته درمی‌آید بنابراین شیوه‌های هیجان مدار فقط در موقعیت‌های غیر قابل کنترل می‌تواند تا حدودی مناسب باشند. همانطور که گلدر و همکاران (۱۹۹۶) نیز در این زمینه می‌نویسند: شیوه‌های کنترل استرس نامناسب پاسخهای هیجانی شخص را به موضوعات تیدگی‌زا در مدت زمان کوتاه کاهش می‌دهند ولی در زمان طولانی مشکلات بزرگتری ایجاد می‌کنند. پژوهشگر با توجه به موارد پیشگفت، بر این باور است که افزایش استفاده از شیوه‌های مشکل مدار و تا حدودی هیجان مدار از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی برای دانشجویان، پرستاران خصوصاً پرستاران شاغل در بخش‌های با بیماران مزمن از جمله بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی، کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی و افراد و خانواده‌های دارای بیمار مزمن و همچنین تمام افراد جامعه که در موقعیت‌های مختلف از جمله مراکز بهداشتی - درمانی و آموزشی و مدارس و ... در ارتباط با کارکنان بهداشتی - درمانی و آموزشی هستند، می‌تواند در کاستن شیوه‌های کنترل استرس غیر مفید و غیر مؤثر مفید واقع گردد.

مواردی به صورت مزمن و پیشرفته درمی‌آید بنابراین شیوه کنترل استرس هیجان مدار همیشه مناسب نبوده و فقط در موقعیت‌های غیر قابل کنترل می‌توانند مناسب باشند.

همین نویسنده می‌افزاید شیوه کنترل استرس غیر مؤثر و غیر مفید از شیوه‌های نامناسب به شمار می‌آید زیرا کارآئی خوبی در تغییر منابع فشارزا نداشته، اثرات منفی هم در پی دارد که پاسخ‌های هیجانی شخص را نسبت به موضوعات تنش‌زا در مدت زمان کوتاه کاهش می‌دهد ولی در مدت زمان طولانی مشکلات بزرگتری ایجاد می‌نماید. قراچه‌داغی و شریعت‌زاده (۱۳۷۳) نیز اذعان می‌دارند، ارتباط معنی‌داری میان استرس بویژه شیوه کنترل آن و بیماری قلبی وجود دارد.

یافته‌های پژوهش نشان داد ارتباط معنی‌داری بین و سن و شیوه کنترل استرس وجود دارد ($X^2 = 22/6$ و $P < 0/0001$) هر چه سن انسان بالاتر رود در مقابله با عوامل تنش‌زا قدرت بیشتری می‌یابد، زیرا شناخت و اطلاعات و تجربه او راجع به انواع استرس‌ها افزایش می‌یابد و باعث تکامل پاسخهای بعدی به استرس شده و از اثرات زیانبار آن می‌کاهد (مصطفوی، ۱۳۷۰).

این پژوهش همچنین نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین و جنس و شیوه کنترل استرس وجود دارد ($X^2 = 14/3$ و $P < 0/0007$) و به طور معنی‌داری مردان بیشتر از زنان از مشکل مدار استفاده می‌کرده‌اند، که این امر بدلیل عاطفی بودن بیشتر خانمها و تخلیه هیجانات در بین آنها قابل توجیه است بطوری که کافی (۱۳۷۵) در این زمینه می‌نویسد، افرادی که احساس خود را کنترل می‌نمایند و از مقاومت بیشتری برخوردارند از شیوه مشکل مدار استفاده بیشتری می‌نمایند.

پژوهشگر در مورد ارتباط معنی‌دار بین محل سکونت و شیوه کنترل استرس ($X^2 = 6/45$ و $P < 0/03$) بر این باور است که افراد در مناطق شهری به علت مسائل و مشکلات خاص شهرنشینی، فشار روحی بیشتری را متحمل می‌شوند و چون در موارد زیادی این فشارها غیر قابل کنترل می‌باشند به ناچار از روش‌های غیر مؤثر و غیر مفید و هیجان مدار برای کنترل استرس استفاده می‌نمایند که در درازمدت

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب برخی متغیرهای دموگرافیک

درصد	تعداد	وضعیت مشخصه	خصوصیات دموگرافیک
۸	۱۲	< ۴۰	سن (سال)
۳۹	۵۹	۴۰-۴۹	
۲۶	۳۹	۵۰-۵۹	
۲۷	۴۰	> ۶۰	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۵۶	۸۴	مرد	جنس
۴۴	۶۶	زن	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۱۲	۱۸	مجرد	وضعیت تأهل
۸۸	۱۳۲	متاهل	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۶۰	۹۰	بیسواد	میزان تحصیلات
۳۰	۴۵	زیر دیپلم	
۱۰	۱۵	دیپلم و بالاتر	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۱۸	۲۷	کارمند	شغل
۱۰	۱۵	کارگر	
۲۴	۳۶	کشاورز	
۳۲	۴۸	خانه‌دار	
۱۶	۲۴	آزاد	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب برخی متغیرهای دموگرافیک

درصد	تعداد	وضعیت مشخصه	خصوصیات دموگرافیک
۶۰	۹۰	شهر	محل سکونت
۴۰	۶۰	روستا	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۲۲	۳۳	< ۵	تعداد افراد خانوار
۶۶	۹۹	۵-۸	
۱۲	۱۸	> ۹	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	
۵۲	۷۸	ایده آل (۲۵-۲۰)	شاخص توده بدن (BMI)
۴۸	۷۲	بیشتر از ایده آل (> ۲۵)	
۱۰۰	۱۵۰	جمع	

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب انواع روشهای کنترل استرس

روشهای کنترل استرس	تعداد	درصد
مشکل مدار	۳۰	۲۰
هیجان مدار	۴۸	۲۲
غیرمؤثر و غیرمفید	۷۲	۴۸
جمع	۱۵۰	۱۰۰

(۴) جدول توافقی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن، جنس، وضعیت تأهل و محل سکونت با روشهای کنترل استرس

تفاوت	نتیجه آزمون	جمع		مشکل مدار		هیجان مدار		غیرمؤثر و غیرمفید		روشهای کنترل استرس		مشخصه دموگرافیک
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد			
$P < 0.0001$ معنی دار است	$\chi^2 = 22.6$ df = 2	۴۸	۷۲	۱۳/۹	۱۰	۱۸	۱۳	۶۸	۴۹	< 0.05		سن (سال)
		۵۲	۷۸	۲۵/۶	۲۰	۴۴/۹	۳۵	۲۹/۵	۲۳			
		۱۰۰	۱۵۰	۲۰	۳۰	۳۲	۴۸	۴۸	۷۲			
$P < 0.0007$ معنی دار است	$\chi^2 = 14.3$ df = 2	۵۶	۸۴	۳۰/۹	۲۶	۳۷/۴	۲۳	۴۱/۷	۳۵	جمع		جنس
		۴۴	۶۶	۶	۴	۳۷/۹	۲۵	۵۶	۳۷			
		۱۰۰	۱۵۰	۲۰	۳۰	۳۲	۴۸	۴۸	۷۲			
معنی دار نیست	$\chi^2 = 5.5$ df = 2	۱۲	۱۸	۰	۰	۳۳/۳	۶	۶۶/۷	۱۲	مجرد		وضعیت تأهل
		۸۸	۱۳۲	۲۲/۷	۳۰	۳۱/۸	۴۲	۴۵/۵	۶۰			
		۱۰۰	۱۵۰	۲۰	۳۰	۳۲	۴۸	۴۸	۷۲			
$P < 0.003$ معنی دار است	$\chi^2 = 6.45$ df = 2	۶۰	۹۰	۱۳/۳	۱۲	۳۳/۳	۳۰	۵۳/۳	۴۸	شهر		محل سکونت
		۴۰	۶۰	۳۰	۱۸	۳۰	۱۸	۴۰	۲۴			
		۱۰۰	۱۵۰	۲۰	۳۰	۳۲	۴۸	۴۸	۷۲			

(۵) جدول توافقی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان تحصیلات و شغل با روشهای کنترل استرس

تفاوت	نتیجه آزمون	جمع		مشکل مدار		هیجان مدار		غیر مؤثر و غیر مفید		روشهای کنترل استرس		میزان تحصیلات
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	وضعیت مشخصه	مشخصه	
معنی دار نیست	$\chi^2 = 3.3$ df = 4	۶۰	۹۰	۲۴/۵	۲۲	۳۰	۲۷	۴۵/۵	۴۱	بیسواد	شغل	
		۳۰	۴۵	۱۱/۱	۵	۳۵/۵	۱۶	۵۲/۳	۲۴	زیر دیپلم		
		۱۰	۱۵	۲	۳	۲۲/۳	۵	۴۶/۷	۷	دیپلم و بالاتر		
		۱۰۰	۱۵۰	۲۰	۳۰	۲۲	۴۸	۴۸	۷۲	جمع		
		۱۸	۲۷	۴۰/۷	۱۱	۲۲/۲	۶	۳۷	۱۰	کارمند		
$P < ۰/۰۰۵$ معنی دار است	$\chi^2 = 21.9$ df = 8	۱۰	۱۵	۳۲/۳	۵	۲۰	۳	۴۶/۷	۷	کارگر	شغل	
		۲۴	۳۶	۱۱/۱	۴	۲۶/۱	۱۳	۵۲/۸	۱۹	کشاورز		
		۳۲	۴۸	۸/۳	۴	۲۹/۱	۱۴	۶۲/۵	۳۰	خانه دار		
		۱۶	۲۴	۲۵	۶	۵۰	۱۲	۲۵	۶	آزاد		
		۱۰۰	۱۵۰	۲۰	۳۰	۲۲	۴۸	۴۸	۷۲	جمع		

(۶) جدول توافقی واحدهای مورد پژوهش بر حسب تعداد افراد خانواده و شاخص توده بدن با روشهای کنترل استرس

تفاوت	نتیجه آزمون	جمع		مشکل مدار		هیجان مدار		غیر مؤثر و غیر مفید		روشهای کنترل استرس		مشخصه
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	وضعیت مشخصه	تعداد افراد	
معنی دار نیست	$\chi^2 = 5.3$ df = 4	۲۲	۳۳	۳۰/۳	۱۰	۳۰/۳	۱۰	۳۹/۴	۱۳	< 5	خانواده	
		۶۶	۹۹	۱۹/۲	۱۹	۳۰/۳	۲۰	۵۰/۵	۵۰	۵-۸		
		۱۲	۱۸	۵/۵	۱	۴۴/۴	۸	۵۰	۹	≥ 9		
		۱۰۰	۱۵۰	۲۰	۳۰	۲۲	۴۸	۴۸	۷۲	جمع		
معنی دار نیست	$\chi^2 = 3.18$ df = 2	۵۲	۷۸	۲۳/۱	۱۸	۳۵/۹	۲۸	۴۱	۳۲	ایده آل (۲۵ - ۲۰)	شاخص توده بدن (BMI)	
		۴۸	۷۲	۱۶/۷	۱۲	۲۷/۸	۲۰	۵۵/۵	۴۰	بیشتر از ایده آل (۲۵)		
		۱۰۰	۱۵۰	۲۰	۳۰	۲۲	۴۸	۴۸	۷۲	جمع		

منابع:

- سالاری، محمد و همکاران. "بررسی شیوه‌های مقابله‌ای سالمندان بازنشسته تأمین اجتماعی شهر یاسوج پاییز ۱۳۷۷." خلاصه مقالات سمینار سراسری مراقبت‌های پرستاری از سالمندان ۱۲ و ۱۳ اسفندماه ۱۳۷۷. زنجان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۷۷.
- شاهقلیان، ناهید. "بررسی و مقایسه مشخصات فردی، خانوادگی و رفتارهای بهداشتی و نوع داروهای مصرفی مبتلایان به هیپرلیپیدمی مراجعه کننده به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد" خلاصه مقالات سمینار سراسری پرستاری قلب و عروق ۱۱ و ۱۲ آبانماه سال ۱۳۷۳. همدان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی همدان ۱۳۷۳.
- کافی، سیدموسی. بررسی شیوه‌های رویارویی با تنیدگی (استرس) و ارتباط آن با سلامت روانی در نوجوانان مدارس عادی و خاص شهر تهران. پایان‌نامه دکترای روانشناسی. دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۵.
- کوپر، کاری ال. فشار روانی و راههای شناسایی و مقابله با آن. ترجمه مهدی قراچه‌داغی و ناهید شریعت‌زاده، تهران: انتشارات ریشه، ۱۳۷۳.
- متکلم، محمدحسین. دارو و درمان، شماره ۷۸، سال هفتم، تیرماه ۱۳۶۹، ص ۳-۴.
- مصطفوی، حمید. اثر عوامل گوناگون بر نحوه پاسخ به استرس. دارو و درمان. سال هشتم، شماره ۹۶، ۱۳۷۰، ص ۲۶-۲۳.
- مقدسی، جعفر. "بررسی میزان شیوع عوامل خطر آتروسکلروز در بیماران مبتلا به سکته قلبی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی". پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری شهید بهشتی تهران، ۱۳۷۰.
- یزدی، خدیجه و همکاران. "شیوه مقابله والدین مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی کودکان تبریز". خلاصه مقالات سمینار سراسری مفاهیم و نظریه‌های پرستاری. زنجان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۱۳۷۹.
- Gelder, M., et al., Oxford textbook of psychiatry. New York: Melbourn. Oxford university Press, 1996.
- Kinney, Marguerite, R. and others. *Comprehensive cardiac care*. seventh edition. St Louis. Mosby year book, Inc, 1991.
- Kleinke, Ch. i: *coping with life challenge*, 2nd ed, USA, New York: Books/co Publishing Co, 1998.
- Phipps, W.B. et al. *Medical Surgical Nursing*. St Louis: C.V, Mosby Co, 1999.
- Smith, M, Claudia and Maure. A Frances. *community health nursing*. 2nd edition. Philadelphia: W.B. Saunders Co/2000.
- Tery, D.J. "Determinants of coping: the role of state and situational factors", *Journal of personality & Social psychology*, 66, (1994). pp: 895 - 910
- Williams, R. et al. "coronary risk in British panjabi population: comparative profile of non biochemical factors". *int. Journal Epidemiology*. vol, 23. No, 1. Feb, 1994. PP: 28 - 37.