

نقش سبک‌های دفاعی و ناگویی خلقی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب سمانه محمدپور^۱، دکتر اسحق رحیمیان بوگر^۲، دکتر علی محمد رضایی^۳

نویسنده‌ی مسوول: سمنان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی i_rahimian@semnan.ac.ir
دریافت: ۹۲/۱۱/۲۱ پذیرش: ۹۳/۷/۸

چکیده

زمینه و هدف: توجه به کیفیت زندگی در بیماری کرونری قلب به دلیل میزان آسیب و مرگ و میر در این بیماران بسیار مهم است. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سبک‌های دفاعی و ناگویی خلقی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب صورت گرفت. **روش بررسی:** پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی مقطعی بود. در این پژوهش، ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب مراجعه کننده به مرکز تخصصی قلب بیمارستان شهید آیت‌الله مدنی لرستان از تیر تا بهمن ماه سال ۹۲ به روش در دسترس انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DAS-40)، مقیاس ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20) و ابزار کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران قلبی مک‌نیو (HRQL) بود. برای تحلیل داده‌ها از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام با نرم افزار SPSS19 استفاده شد.

یافته‌ها: بین سبک‌های دفاعی رشدیافته و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود نداشت ($P=0/1$)، بین سبک‌های دفاعی روان‌آزرده و رشد نیافته با کیفیت زندگی همبستگی منفی معناداری وجود داشت ($P<0/01$)، بین مؤلفه‌های ناگویی خلقی و کیفیت زندگی همبستگی منفی معناداری وجود داشت ($P<0/05$)، نتایج حاصل از رگرسیون نشان داد که دشواری در تشخیص احساسات و سبک‌های دفاعی رشدنیافته می‌توانند کاهش کیفیت زندگی در بیماران کرونری قلب را پیش‌بینی کنند ($P<0/0005$).

نتیجه‌گیری: سبک‌های دفاعی رشدنیافته و دشواری در تشخیص احساسات در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب نقش مهمی دارند. بنابراین، به منظور بهبود کیفیت زندگی این بیماران توجه به این متغیرها طی کارآزمایی‌های بالینی با هدف طراحی مدل‌های مداخله مناسب یا اصلاح مداخله‌های موجود سودمند خواهد بود.

واژگان کلیدی: بیماری کرونری قلب، کیفیت زندگی، سبک‌های دفاعی، ناگویی خلقی

مقدمه

در سراسر جهان شده است (۲). این بیماری سبب کاهش توان جسمانی، اختلال در روابط فردی و اجتماعی، کاهش توانایی انجام وظایف شغلی و مشکلات اقتصادی می‌شود. همچنین، این بیماران با افزایش هزینه‌های درمانی نیز مواجه

در دهه‌های اخیر بیماری‌های قلبی عروقی مهم‌ترین علت مرگ و میر در سراسر جهان بوده، که یکی از پنهان‌ترین گونه‌های آن بیماری کرونری قلب است (۱). در سال ۲۰۰۸ بیماری کرونری قلب منجر به مرگ بیش از ۱۷/۳ میلیون نفر

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان

۲- دکترای تخصصی روانشناسی سلامت، استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان

۳- دکترای تخصصی روانشناسی تربیتی، استادیار دانشگاه سمنان

خواهند بود که این عوامل کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۳). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زیر مجموعه‌ای از کیفیت زندگی کلی است که شامل احساس رفاه ذهنی، عاطفی، اجتماعی و جسمانی بوده و منعکس کننده‌ی ارزیابی ذهنی بیماران و نحوه‌ی پاسخ آن‌ها به بیماری است (۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که میان سلامت و کیفیت زندگی رابطه‌ای متقابل و دوسویه وجود دارد (۳). کیفیت زندگی نامطلوب با تشدید وخامت بیماری، بقای کمتر، افزایش تعداد روزهای بستری و کاهش فعالیت‌های عملکردی بیماران قلبی همراه است (۵). از سوی دیگر، مطالعات صورت گرفته در مورد کیفیت زندگی وابسته به سلامت نشان می‌دهند که بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی، تاثیرات نامطلوب بسیاری بر عملکرد جسمانی، روانی و اجتماعی بیماران دارد (۶). در رابطه با نقش تعیین‌کننده‌ی عوامل روانی اجتماعی متعدد در کیفیت زندگی بیماران قلبی، اطلاعات اندکی وجود دارد و این زمینه نیازمند بررسی‌های بیشتر می‌باشد (۵). شناسایی تعیین‌کننده‌های مهم کیفیت زندگی به منظور ارزیابی دقیق شرایط مزمن ناشی از بیماری، بهبود ارتباط بیمار و پزشک، ارزیابی اثربخشی درمان‌های مختلف و بهبود سیاست‌گذاری‌های بهداشتی درمانی در این دسته از بیماری‌ها حایز اهمیت است (۶). همچنین، اهمیت ارتقای کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب، بررسی عوامل مهم موثر بر حالات این بیماری‌ها را ضروری می‌سازد (۳). طبق شواهد قبلی، ویژگی‌های شخصیتی نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی دارند (۷و۸). از جمله عوامل روان‌شناختی تعیین‌کننده در شخصیت افراد، سبک‌های دفاعی و ناگویی خلقی می‌باشد (۷و۸). مکانیسم‌های دفاعی، فرآیندهای روان‌شناختی ناخودآگاهی هستند که با کاستن تاثیر هیجانات ناخوشایند و به حداقل رساندن هیجانات خوشایند، از افراد در برابر اضطراب و خطرات درونی و بیرونی محافظت می‌کنند (۹). در بررسی‌های متعددی مشخص شده است که مکانیسم‌های

دفاعی از عوامل مهم مرتبط با سلامت روانی و جسمی افراد می‌باشند (۱۰). به عنوان مثال، نتایج مطالعه‌ی هیفاتیس و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که مکانیسم‌های دفاعی با شدت بیماری‌های جسمانی رابطه دارند (۱۱). مالون و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند که ابعاد شخصیتی و عملیات دفاعی با تحمل نشانه‌ها و ناراحتی‌های جسمانی مرتبط هستند (۱۰). مارتینز و همکاران (۲۰۱۰) عنوان کردند که بیماران قلبی به خاطر فقدان سبک‌های دفاعی سازگارانه، برای مقابله و محافظت از خودشان بیشتر در معرض وقایع استرس‌زا قرار می‌گیرند و سبک‌های دفاعی ناسازگارانه‌ی آنها اثرات آسیب‌زای اضطراب را تسهیل می‌سازد (۱۲). با وجود اهمیت بالای سبک‌های دفاعی در سلامت جسمانی، طی بررسی پیشینه‌ی پژوهش‌های انجام گرفته در ایران، در زمینه‌های دیگر مرتبط با این بیماری پژوهش‌های متعددی انجام گرفته است، اما پژوهش‌های اندکی در رابطه با سبک‌های دفاعی در بیماران کرونری قلبی صورت گرفته است. از طرفی، دو متغیر سبک‌های دفاعی و ناگویی خلقی به طور همزمان در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب در ایران بررسی نشده‌اند و لذا تلاش در جهت رفع این خلا بر ضرورت مطالعه‌ی حاضر می‌افزاید. در کنار سبک‌های دفاعی، ناگویی خلقی نیز می‌تواند عملکرد بدنی را تحت تاثیر قرار دهد (۱۱). ناگویی خلقی به توانایی محدود فرد برای درک، پردازش و یا توصیف احساسات خود اشاره دارد (۱۳) و از چهار عامل عمده‌ی دشواری در تشخیص احساسات و تمایز آن‌ها از برانگیختگی‌های بدنی و هیجانی، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، فرآیندهای تجسمی محدود همراه با کاهش خیال‌پردازی‌ها و سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی تشکیل شده است (۱۴). ناگویی خلقی، با شاخص‌های سلامت و مشکلات جسمانی نظیر ناراحتی قلبی ارتباط دارد (۱۵). نتایج مطالعه‌ی گرب و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که بین ناگویی خلقی با فشارخون

بالا و تصلب شرایین کاروتید در جمعیت عمومی رابطه وجود دارد و در بیماران کرونری قلب باعث درک علایم بیشتر می‌شود (۱۵). در این زمینه برخی شواهد به عدم ارتباط بین ناگویی خلقی و بیماری‌های قلبی اشاره دارند. نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان داد که در زیر نمونه‌های بیماران کرونر قلب، ناگویی خلقی ارتباطی با شیوع بیشتر بیماری ایسکمیک قلب ندارد (۱۶). لذا چنین تناقضاتی مطالعات بیشتری را به منظور فهم دقیق‌تر موضوع ضروری می‌سازد. از طرفی، در بررسی پیشینه‌ی پژوهش‌های انجام شده در ایران، مطالعه‌ای یافت نشد که به بررسی نقش ناگویی خلقی در کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب پرداخته باشد. بنابراین، به منظور رفع این خلایک پژوهشی در ایران و نیز نیاز به ارتقای کیفیت زندگی این بیماران انجام چنین مطالعه‌ای ضرورت می‌یابد. بررسی نقش این عوامل مهم روان‌شناختی در کیفیت زندگی این بیماران دانش نوینی را در این زمینه فراهم می‌سازد که می‌تواند در زمینه‌ی طراحی کارآزمایی‌های بالینی مناسب و یا اصلاح مداخله‌های موجود برای بیماران کرونری قلب مورد استفاده قرار بگیرد. همچنین، فهم سازوکارهای مهم در کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی دارای پیامدهای کاربردی در ارتقای کیفیت زندگی این بیماران است. بنابراین، با توجه به آنچه گفته شد هدف پژوهش حاضر بررسی نقش سبک‌های دفاعی و ناگویی خلقی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب است.

روش بررسی

در این مطالعه که از نوع توصیفی مقطعی بود. جامعه‌ی آماری از بین افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب که به مرکز تخصصی قلب بیمارستان شهید آیت‌الله مدنی لرستان از تیرماه تا بهمن ماه سال ۱۳۹۲ مراجعه کرده بودند انتخاب شد. برای محاسبه‌ی حجم نمونه از نرم‌افزار G.POWER استفاده شد که با در نظر گرفتن توان ۸۰، حجم نمونه حداقل ۲۷۰ نفر

محاسبه شد. سپس، به منظور افزایش توان آماری و مدیریت افت احتمالی شرکت‌کنندگان نمونه‌ای به اندازه ۳۰۰ نفر به شیوه‌ی در دسترس از این جامعه آماری انتخاب شد. نمونه‌گیری به طور مداوم از بین بیماران با تشخیص کرونری قلب مراجعه‌کننده به بیمارستان مذکور صورت گرفت. معیارهای انتخاب نمونه شامل رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در مطالعه، تمایل به همکاری در تکمیل ابزارها، ثبات جسمی و روانی (از جمله نداشتن تنگی نفس) و دامنه‌ی سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال بود. همچنین، در صورتی که بیمار به علت یک بیماری جسمی یا روان‌شناختی دیگر تحت درمان بود یا در صورت وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی، وجود علایم حاد و شدید بیماری به گونه‌ای که مشارکت بیمار در مطالعه را دشوار می‌کرد از مطالعه حذف می‌شد. بنابراین، بیماران بستری شده مبتلا به کرونری قلب و دارای اختلالات شناختی توأم یا بیمارانی که در مرحله‌ی حاد بیماری بودند جزء نمونه‌ی مورد بررسی در این پژوهش نبودند. این ملاک خروج به منظور کنترل عوامل مخدوش‌کننده‌ی نتیجه مطالعه انجام گرفته است، زیرا با وجود اختلالات همبود یا در حالات بسیار شدید بیماری سنجش دقیق عوامل مورد بررسی دشوار است. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی، ابزار کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مکنیو (HRQL)، پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی (DSQ-40) و مقیاس ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20) بود.

پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، میزان درآمد ماهانه، نوع بیمه، سابقه بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی، سابقه‌ی بستری در بیمارستان، سابقه خانوادگی بیماری قلبی و حمایت خانوادگی بیمار بود. این پرسشنامه توسط پژوهشگران در این مطالعه تهیه و مورد ارزیابی قرار گرفت. پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران قلبی

نمونه‌ی دانشجویی برای کل آزمودنی‌ها به‌ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ گزارش شده است (۲۰). همچنین، توافق نظر بالای متخصصان در مورد ارتباط ماده‌های پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی با تعاریف ارایه شده در مورد مکانیسم‌های دفاعی در منابع معتبر (حداقل ۲/۴۶ و حداکثر ۴/۵۳ بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای که ۵ نشانه ارتباط کامل و ۱ نشانه عدم ارتباط بوده است) نشانه روایی قابل قبول این پرسشنامه می‌باشد (۲۱).

پرسشنامه‌ی ناگویی خلقی تورنتو: یک مقیاس ۲۰ ماده‌ای می‌باشد که توسط بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) ساخته شده است و ناگویی خلقی را در سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساس و تفکر با جهت‌گیری خارجی ارزیابی می‌کند. دامنه‌ی پاسخ به هر ماده پنج درجه و از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) متغیر است، روش نمره‌گذاری آن به شیوه‌ی لیکرت است. در نمونه‌ای شامل ۴۰۱ دانشجوی کارشناسی آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰ و برای سه مولفه آن به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۶۶ به دست آمده است (۲۲). قربانی، بینگ، واتسون، دویسون و ماک (۲۰۰۲) آلفای این مقیاس را در نمونه‌ی ایرانی، برای دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر با جهت‌گیری بیرونی ۰/۵۰ به دست آوردند (۲۳). در نمره‌گذاری مقیاس ناگویی خلقی تورنتو، مدستین، فیرو و مالتی (۲۰۰۴) نمرات ۶۰ به بالا را به عنوان ناگویی خلقی و نمرات ۵۲ به پایین را به عنوان غیرناگویی خلقی در نظر گرفته‌اند (۲۴). روش اجرای پژوهش این‌گونه بود که پس از تایید این مطالعه توسط واحد تحصیلات تکمیلی دانشکده‌ی روانشناسی دانشگاه سمنان با دریافت کد ثبت ۹۸/۹۲/۶۲۶ و معرفی‌نامه، به بیمارستان تخصصی قلب در استان لرستان مراجعه شد و با کسب مجوز از آن‌جا و هماهنگی با متخصصین قلب در این بیمارستان، به مطالعه‌ی پرونده‌ی

مک‌نیو: این پرسشنامه که توسط نیل اولدریج و لیت لیم (۱۹۹۴) در آمریکا به زبان انگلیسی ساخته شد؛ شامل ۲۷ سوال است که کیفیت زندگی را در ۳ حیطه‌ی هیجانی، جسمانی و اجتماعی می‌سنجد. هر سوال در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (از همیشه تا هرگز) است و متوسط زمان پاسخگویی به آن ۱۰ دقیقه می‌باشد. نحوه‌ی تقسیم‌بندی سوالات در مقیاس به گونه‌ای است که هر سوال می‌تواند در یک، دو و یا سه حوزه قرار بگیرد (۱۷). این ابزار دارای اعتبار، روایی و پاسخگو به تغییرات بالینی است. در مطالعه‌ی اسدی-لاری، جوادی، ملوی و اولدریج (۲۰۰۳)، پایایی پرسشنامه‌ی مک‌نیو در جمعیت ایرانی از طریق آلفای کرونباخ در بعد هیجانی ۰/۹۲، در بعد جسمانی ۰/۹۲، در بعد اجتماعی ۰/۹۵ و برای نمره کل آن ۰/۹۵ بوده است. ضریب همبستگی آن در بعد هیجانی ۰/۴۲، در بعد جسمانی ۰/۳۸، در بعد اجتماعی ۰/۳۱ و برای نمره کل آن ۰/۵۰ بوده است. ضریب همبستگی درون‌گروهی در بعد هیجانی ۰/۹۲، در بعد جسمانی ۰/۹۲، در بعد اجتماعی ۰/۹۳ و برای نمره کل آن ۰/۹۵ بوده است. همچنین روایی این پرسشنامه از طریق اعتبار سازه برای بعد هیجانی، جسمانی و اجتماعی در طیف ۰/۶۳ تا ۰/۶۶/۵ بوده است (۱۸).

پرسشنامه سبک‌های دفاعی: این پرسشنامه که توسط اندروز، سینگ و بوند (۱۹۹۳) ساخته شد؛ یک ابزار ۴۰ سووالی است که، ۲۰ سبک دفاعی را در سه سطح رشدیافته (سووال‌های ۲، ۳، ۵، ۷، ۲۱، ۲۴، ۲۹ و ۳۵)، روان آزوده (سووال‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۷، ۲۸، ۳۳، ۳۴ و ۴۰) و رشد نایافته (سایر سووال‌ها) در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (نمره ۹) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. آلفای کرونباخ هر یک از سبک‌های دفاعی رضایت‌بخش توصیف شده‌اند (۱۹). ضریب آلفای کرونباخ نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی برای سووال‌ات هر یک از سبک‌های رشدیافته، رشدنایافته و نوروپیک در یک

پزشکی بیماران پرداخته شد. بعد از کسب اطمینان از داشتن تشخیص بیماری کرونری قلب و همچنین دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج به بیمار مورد نظر مراجعه نموده، ابتدا درباره‌ی این مطالعه و پرسشنامه‌های پژوهش توضیحاتی به بیماران ارایه می‌شد. سپس در صورت موافقت بیمار به شرکت در پژوهش، به گردآوری اطلاعات اقدام می‌شد. با توجه به طولانی بودن پرسشنامه‌ها، پژوهشگر به بیماران در خواندن پرسشنامه‌ها کمک می‌کرد. همچنین برای افرادی که به دلیل سواد پایین احتمال درک پرسشنامه‌ها ضعیف بود، پژوهشگر به ترتیب سوال‌ها و گزینه‌های موجود در هر پرسشنامه را می‌خواند و در صورت لزوم برای آن‌ها توضیح داده می‌شد و سپس داوطلب پاسخ می‌داد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا از طریق آگاه ساختن بیماران از هدف پژوهش و تاثیر انجام چنین پژوهش‌هایی در شناسایی و بهبود وضعیت این بیماران، اقدام به اخذ رضایت آگاهانه از تمامی بیماران شد. سپس، کلیه‌ی اطلاعات شرکت‌کنندگان در پژوهش توسط پژوهشگر جمع‌آوری گردید و به آن‌ها اطمینان داده شد که این داده‌ها نزد پژوهشگر محرمانه باقی می‌ماند. در نهایت اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS-19، شاخص‌های آمار توصیفی از جمله میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی و شاخص‌های آمار استنباطی مانند همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن پاسخ‌دهندگان در پژوهش حاضر، $46/71 \pm 9/78$ بود. تعداد بیماران زن ۱۶۵ (۵۵ درصد) نفر و تعداد بیماران مرد ۱۳۵ (۴۵ درصد) بود. از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی ۱۹۰ (۶۳/۳ درصد) نفر، مربوط به سطح تحصیلات زیر دیپلم و کمترین فراوانی

۱۰ (۳/۳ درصد) نفر مربوط به سطح تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر بود. از نظر وضعیت تاهل بیشترین فراوانی ۲۴۲ (۸۰/۷ درصد) نفر مربوط به افراد متاهل و کمترین فراوانی ۲ (۰/۷ درصد) نفر مربوط به افراد مطلقه بود. از نظر وضعیت شغلی بیشترین فراوانی ۱۳۹ نفر (۴۶/۳ درصد) مربوط به افراد خانه‌دار و کمترین فراوانی ۱۷ نفر (۳/۹ درصد) مربوط به افراد بیکار بود. از نظر میزان درآمد بیشترین فراوانی ۱۴۰ (۴۶/۷ درصد) نفر در طبقه بین هفت میلیون ریال تا پانزده میلیون ریال و کمترین فراوانی ۸ (۲/۷ درصد) نفر در طبقه بالاتر از بیست و پنج میلیون ریال قرار داشت. از نظر سابقه خانوادگی بیماری‌های قلبی، ۱۶۵ نفر (۵۵ درصد) بیماران بدون سابقه‌ی خانوادگی بیماری قلبی و ۱۳۵ نفر (۴۵ درصد) بیماران با سابقه‌ی خانوادگی بیماری قلبی بودند. از نظر سابقه‌ی بستری در بیمارستان، ۱۵۹ نفر (۵۳ درصد) بیماران با سابقه‌ی بستری در بیمارستان و ۱۴۱ نفر (۴۷ درصد) بیماران بدون سابقه‌ی بستری در بیمارستان بودند. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین، انحراف معیار و همبستگی پیرسون و در جداول ۲ و ۳ یافته‌های مربوط به نتایج تحلیل رگرسیون ارایه شده است. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، بین سبک‌های دفاعی رشد یافته و کیفیت زندگی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد ($r=0/076$ - $P=0/189$)؛ بین سبک‌های دفاعی روان‌آورده ($r=-0/166$)، سبک‌های دفاعی رشد نیافته ($r=-0/385$)، دشواری در تشخیص احساسات ($r=-0/484$) و دشواری در توصیف احساسات ($r=-0/370$) در سطح ($P<0/01$) و تفکر با جهت‌گیری بیرونی با کیفیت زندگی ($r=-0/120$ - $P<0/05$)، همبستگی منفی معناداری وجود دارد.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پیش بین و ملاک ($n=300$)

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶
سبک‌های دفاعی پخته	۵۰/۶۷	۸/۸۱						
سبک‌های دفاعی روان‌آزوده	۵۴/۸۸	۸/۷۱	۰/۳۷۸**					
سبک‌های دفاعی ناپخته	۱۳۷/۱۲	۲۵/۷۳	-۰/۲۷۹**	۰/۳۷۸**				
دشواری در تشخیص احساسات	۲۴/۵۰	۵/۲۲	۰/۰۳۲	۰/۲۳۱**	۰/۴۸۲**			
دشواری در توصیف احساسات	۱۶/۳۳	۳/۶۶	۰/۰۱۹	۰/۱۶۹**	۰/۴۳۱**	۰/۵۳۷**		
تفکر با جهت‌گیری بیرونی	۲۲/۳۵	۳/۰۲	۰/۰۱۸	۰/۱۱۰	۰/۲۵۹**	۰/۲۴۷**	۰/۴۲۷**	
کیفیت زندگی	۱۰۶/۱۶	۲۴/۰۶	۰/۰۷۶	-۰/۱۶۶**	-۰/۳۸۵**	-۰/۴۸۴**	-۰/۳۷۰**	-۰/۱۲۰*

تعریف متغیرها: M = میانگین SD = انحراف معیار
 ۱ = سبک‌های دفاعی رشد یافته ۲ = سبک‌های دفاعی روان‌آزوده ۳ = سبک‌های دفاعی رشد نایافته
 ۴ = دشواری در توصیف احساسات ۵ = تفکر با جهت‌گیری بیرونی ۶ = کیفیت زندگی

جدول ۲: خلاصه مدل رگرسیون سلسله مراتبی و آماره‌های تحلیل واریانس

مدل	متغیرها	منابع	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig	R	مجذور R
۱	دشواری در شناسایی احساسات	رگرسیون خطا کل	۴۰۵۹۹/۹۸۵ ۱۳۲۵۹۱/۰۱۲ ۱۷۳۱۹۰/۹۹۷	۱ ۲۹۸ ۲۹۹	۴۰۵۹۹/۹۸۵ ۴۴۴/۹۳۶	۹۱/۲۴۹	۰/۰۰۰۵	۰/۴۸۴	۰/۲۳۴
۲	دشواری در شناسایی احساسات، سبک‌های دفاعی رشد نایافته	رگرسیون خطا کل	۴۵۷۸۴/۲۲۶ ۱۲۷۴۰۶/۷۷۱ ۱۷۳۱۹۰/۹۹۷	۲ ۲۹۷ ۲۹۹	۲۲۸۹۲/۱۱۳ ۴۲۸/۹۷۹	۵۳/۳۶۴	۰/۰۰۰۵	۰/۵۱۴	۰/۲۶۴

Sig = معناداری شاخص آماری

F = ارزش آماری مورد بررسی

R = مجذور همبستگی چندگانه

R = همبستگی چندگانه (بین متغیرهای پیش بین و ملاک)

بررسی خطی است و توزیع باقیمانده‌ها نرمال است. همچنین، نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نیز نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است، نمودار باقیمانده‌ها حاکی از یکسانی واریانس‌ها بود و آماره دوربین واتسون نیز نشان داد که مفروضه‌ی استقلال برقرار است ($DW=1/54$). بررسی مفروضه همخطی چندگانه (Multi Collinearity) از طریق آماره تولرانس و نیز تورم واریانس (VIF) نشان داد که

به منظور تعیین سهم هر کدام از متغیرهای ذکر شده در پیش‌بینی کیفیت زندگی از رگرسیون چندگانه‌ی خطی استفاده شد. قبل از انجام تحلیل رگرسیون، بررسی داده‌های پرت (outlier) با استفاده از نمودار مستطیلی (Box Plot) نشان داد که هیچ‌گونه داده‌ی پرتی (انتهاپی) وجود ندارد. بررسی خطی بودن رابطه متغیرها با استفاده از نمودار پراکنش (Scatter plot) نشان داد که رابطه‌ی بین متغیرهای مورد

شاخص تولرانس در دامنه ۰/۶۹۸ تا ۱/۴۳۲ حاکی از عدم همخطی چندگانه بین متغیرهای مستقل بود. لذا با توجه به برقرار بودن مفروضه‌ها از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد (جدول ۲). نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در مدل اول، متغیر دشواری در شناسایی احساسات وارد تحلیل شده و ۲۳ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین نموده است. در گام دوم با اضافه شدن

سبک‌های دفاعی رشد نایافته، میزان واریانس تبیین شده از ۲۳ درصد به ۲۶ درصد افزایش یافته است. بنابراین مجموعاً ۲۶ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی توسط متغیرهای دشواری در شناسایی احساسات و سبک‌های دفاعی رشد نایافته تبیین شده است ($P < ۰/۰۰۰۵$). در جدول ۳ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد رگرسیون در مدل نهایی تحلیل ارایه شده است.

جدول ۳. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد مدل نهایی رگرسیون برای پیش بینی کیفیت زندگی از

طریق متغیرهای مستقل

متغیرها	B	خطای B	Beta	T	P
ثابت	۱۵۸/۰۹۵	۸/۹۹۱		۱۷/۵۸۳	۰/۰۰۱
دشواری در شناسایی احساسات	-۱/۶۹۴	۰/۲۶۰	-۰/۳۶۸	-۶/۵۱۸	۰/۰۰۱
سبک‌های دفاعی رشد نایافته	-۰/۲۳۵	۰/۰۵۵	-۰/۲۵۲	-۴/۲۸۴	۰/۰۰۱

B = ضرایب غیر استاندارد رگرسیون

B = خطای ضرایب خطای غیر استاندارد رگرسیون

Beta رگرسیون ضرایب استاندارد

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، ضرایب B برای متغیرهای دشواری در شناسایی احساسات و سبک‌های دفاعی رشد نایافته با کیفیت زندگی منفی می‌باشد که نشان می‌دهد بین دشواری در شناسایی احساسات و سبک‌های دفاعی رشد نایافته با کیفیت زندگی رابطه‌ی معکوس وجود دارد، بدین معنی که با افزایش دشواری در شناسایی احساسات و سبک‌های دفاعی رشد نایافته، کیفیت زندگی کاهش پیدا می‌کند ($P < ۰/۰۰۱$).

بحث

براساس هدف پژوهش حاضر مبنی بر بررسی نقش سبک‌های دفاعی و ناگویی خلقی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب، نتایج نشان داد که سبک‌های دفاعی

رشد نایافته به گونه‌ای معکوس کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات هیفانتیس و همکاران (۲۰۱۳)، کاروالهو و همکاران (۲۰۱۳)، البوکیورکو و همکاران (۲۰۱۱)، گولیا و همکاران (۲۰۱۰)، هیفانتیس و همکاران (۲۰۱۰)، مارتینز و همکاران (۲۰۱۰) در بین گروه‌های مختلف همخوان است (۲۵-۲۷ و ۱۲ و ۱۱ و ۷). مارتینز و همکاران (۲۰۱۰) در تبیین یافته‌های پژوهش خود عنوان می‌کنند، بیماران قلبی به خاطر فقدان سبک‌های دفاعی سازگارانه برای مقابله و محافظت از خودشان بیشتر در معرض وقایع استرس‌زا قرار می‌گیرند و استفاده از سبک‌های دفاعی ناسازگارانه اثرات آسیب‌زای اضطراب را برای آنها تسهیل می‌سازد (۱۲). نتایج مطالعه‌ی گولیا و همکاران (۲۰۱۰) در مقایسه مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به روماتیسم با

افراد سالم نیز نشان داد که این بیماران از سبک های دفاعی ناسازگارانه و ناکارآمدتری نسبت به افراد سالم استفاده می کنند و همین امر منجر به شیوع میزان بالاتری از پریشانی های روان شناختی می شود (۲۶). هیفانتیس و همکاران (۲۰۱۳) نیز در پژوهش خود به نتایج مشابهی دست یافتند و در تبیین آن بیان می کنند که استفاده از مکانیسم های ناسازگارانه به عنوان سبک دفاعی در برابر مسایل زندگی با میزان آسیب های روان شناختی و جسمانی رابطه ی مستقیمی دارد (۱۱). از آنجا که ناراحتی های روان شناختی یک متغیر اساسی همبسته با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می باشد (۲۷)؛ به نظر می رسد که یکی از راه هایی که سبک های دفاعی بر سلامت جسمی و به دنبال آن بر کیفیت زندگی افراد تاثیر می گذارد، از طریق ایجاد علایم و ناراحتی های روان شناختی باشد. به این ترتیب که، سبک های دفاعی رشد نیافته و روان آزرده، اگرچه به طور موقت منجر به کاهش اضطراب می گردند اما مشکل را حل نمی کنند و شیوه ی مناسبی برای کنار آمدن و پذیرش مشکل نیز ارایه نمی دهند. در نتیجه، در صورت استفاده ی مداوم نه تنها به سازگاری شخص با مشکل کمکی نمی کنند، بلکه سبب افزایش مشکلات هیجانی و اثرات منفی بر وضعیت سلامتی فرد می گردند که خود به عاملی برای تشدید بیماری زمینه ای تبدیل می شود (۲۷ و ۲۵). در پژوهشی در ایران نیز خسروانی، و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجان مدار در بیماران کرونری قلب، کیفیت زندگی آن ها را کاهش می دهد و در تبیین آن بیان نمودند که نشانه های مربوط به بیماری قلبی بر کارکرد جسمانی، روانی و اجتماعی فرد اثر گذاشته و کیفیت زندگی آن ها را کاهش می دهد اما آنچه که در تعیین کیفیت زندگی از اهمیت بالایی برخوردار است تطابق بیمار از نظر روان شناختی با نشانه های بیماری است؛ چنانچه بیمار از راهبردهای مقابله ای ناموفق در کاهش استرس استفاده نماید؛ سلامت جسمی و روانی و در نتیجه کیفیت زندگی آن ها

کاهش می یابد (۲۸). علی اکبری دهکردی، صالحی و رضایی نیز نشان دادند که بیماران کرونری قلب نسبت به افراد سالم از سبک های دفاعی غیرانطباقی و ناسالم استفاده می کنند (۲۹). همچنین، طبق نتایج این مطالعه، از بین زیرمقیاس های ناگویی خلقی، دشواری در شناسایی احساسات به طور معکوس کیفیت زندگی را پیش بینی می کند. نتایج این پژوهش با مطالعه ی ماتیلا و همکاران (۲۰۰۹) که نشان دادند ناگویی خلقی با سطوح پایین تر کیفیت زندگی در جمعیت عمومی ارتباط دارد (۳۰)، نتایج مطالعه ی ناردلی و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داد که ناگویی خلقی به شدت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به سیروز را مختل می کند (۸)، در پژوهش تسلیز و همکاران (۲۰۱۰) مشخص شد که در بیماران مبتلا به انسداد ریه مزمن که به ناگویی خلقی نیز مبتلا هستند، تمام حوزه های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مختل می باشد (۳۱) و این نتیجه با نتایج پژوهش های ویریا و همکاران (۲۰۱۳) و نیز وان ریمشا و همکاران (۲۰۱۳)، (۳۲-۳۴) همخوان می باشد. نتایج مطالعات متعددی که به بررسی رابطه ی ناگویی خلقی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماری های جسمی مختلف پرداخته اند، نشان داده است که ابتلا به ناگویی خلقی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ضعیف تر مرتبط بوده است (۳۳-۳۱ و ۱۵ و ۱۳). از بین ابعاد ناگویی خلقی، دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات دو بعد اساسی مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران قلبی هستند که در پژوهش های گوناگون مورد تاکید بوده است و در این میان، بعد دشواری در شناسایی احساسات نقش مهم تری دارد.

در تبیین این یافته باید در ابتدا عنوان کرد که افراد مبتلا به ناگویی خلقی عواطف مختلف را تجربه و احساس می کنند، اما نمی توانند احساس ها و عواطف خود را بشناسند و از این رو نمی توانند آن ها را ابراز کنند. به نظر می رسد افرادی که در شناسایی احساساتشان با دشواری مواجه هستند مستعد تفسیر

غلط نشانه‌های بدنی‌شان می‌باشند. به این صورت که نشانه‌های بدنی مرتبط با برانگیختگی هیجانی را به اشتباه به عنوان نشانه‌ای از بیماری جسمانی تعبیر کنند. علاوه بر این، آن‌ها سلامتی خود را نسبت به کسانی که این خصیصه را ندارند، به صورت ضعیف‌تر تخمین می‌زنند (۳۲). به عبارت دیگر، از آنجا که ناگویی خلقی منعکس کننده‌ی نقص در پردازش شناختی هیجانات می‌باشد، می‌تواند زمینه‌ی ابتلای فرد به علایم روان‌شناختی و جسمانی را فراهم سازد و از این طریق منجر به کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این بیماران گردد (۳۵). کم‌کی (۲۰۱۳) نیز عنوان کرد که وجود ناگویی خلقی با جسمانی کردن، اختلالات جسمانی‌سازی و ادراک سلامتی پایین‌تر مرتبط می‌باشد (۱۳). همچنین، ویریا و همکاران (۲۰۱۳) نمره‌ی بالا در زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات را به عنوان یک عامل بسیار مهم در پیش‌بینی جسمانی‌سازی می‌دانند (۳۲). بنابراین، به نظر می‌رسد که ناگویی خلقی از طریق جسمانی‌سازی ناراحتی‌های روان‌شناختی یا تشدید علایم بیماری جسمی فرد، کیفیت زندگی بیماران قلبی را به شکل منفی تحت تاثیر قرار می‌دهد. وزیکو و همکاران (۲۰۱۰) نیز نتایج مشابه پژوهش خود را به این واقعیت نسبت می‌دهند که افراد با نمره‌ی بالا در دشواری در شناسایی احساسات، چون نمی‌توانند احساسات خود را بشناسند در نتیجه نمی‌توانند به توصیف احساسات خود بپردازند. بنابراین، موفق به برقراری ارتباط درست با پزشکان نمی‌شوند و همین امر منجر به کنترل نامطلوب بیماران بر شرایط خود می‌گردد. در نهایت دشواری در شناسایی احساسات با کنترل ضعیف‌تر بیماری و در نتیجه کیفیت زندگی بدتر همراه خواهد بود (۳۴). این مطالعه واجد محدودیت‌هایی بوده است که در تعمیم نتایج توجه به آن‌ها مهم است. محدودیت‌های پژوهش حاضر، عبارت بودند از عدم کنترل شدت بیماری، به کارگیری روش نمونه‌گیری در دسترس، طولانی بودن سوالات ابزارهای پژوهش، عدم

استفاده از طرح مطالعه کیفی، عدم بررسی نقش متغیرهای جمعیت‌شناختی در کیفیت زندگی بیماران و محدود بودن جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر به بیماران کرونری قلب استان لرستان که در تعمیم یافته‌ها به بیماران کرونری سایر شهرها و نیز سایر انواع بیماری‌های قلبی باید احتیاط شود. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد نقش سبک‌های دفاعی و ناگویی خلقی در نمونه‌های کرونری سایر شهرها و انواع دیگر بیماری‌های قلبی مورد مطالعه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود، نقش عوامل جمعیت‌شناختی به‌طور جامع در کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب بررسی گردد و در پژوهش‌های بعدی از روش‌های طولی و طرح‌های پژوهشی آمیخته (کمی-کیفی) با در نظر گرفتن نقش سایر ویژگی‌های شخصیتی زمینه‌ای در کیفیت زندگی بیماران قلبی استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی این پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب بیشتر از سبک‌های دفاعی رشد نیافته استفاده می‌کنند و در تشخیص احساسات و هیجانات خود با دشواری مواجه هستند. این یافته از نقش مهم سبک‌های دفاعی رشد نیافته و دشواری در تشخیص احساسات در پیش‌بینی کیفیت زندگی پایین‌تر بیماران کرونری قلب حمایت می‌کند. در این میان، دشواری در شناسایی احساسات، نقش مهم‌تری در کاهش کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب دارد. این یافته‌ها در درجه‌ی اول نیاز به برنامه‌های مداخله‌ای در بهبود مدیریت هیجان‌ها به منظور تعدیل ویژگی‌های ناگویی خلقی در بیماران کرونری قلب را برجسته می‌سازد. همچنین، با توجه به نتایج پژوهش حاضر در زمینه‌ی سبک‌های دفاعی، طراحی مداخلات پرورش مهارت‌های سازگاری با حوادث استرس‌زا برای بیماران مبتلا به کرونری قلب از اهمیت بالایی برخوردار است. از آنجا که سبک‌های مقابله و نوع واکنش افراد در برابر عوامل استرس‌زا بیش از

تربیتی دانشگاه سمنان با کد ثبت ۹۸/۹۲/۶۲۶ می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی آن دانشکده تقدیر و تشکر می‌نمایند. همچنین، نویسندگان از مساعدت‌های مسؤولین محترم مرکز تخصصی قلب بیمارستان شهید آیت الله مدنی لرستان و تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

- 1- Polikandrioti M, Babatsikou F. Information to coronary disease patients. *Health Sci J*. 2013; 7: 3-10.
- 2- Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization. 2011.
- 3- Foxwell R, Morley C, Frizelle D. Illness perceptions, mood and quality of life: a systematic review of coronary heart disease patients. *J Psychosom Res*. 2013; 75: 211-22.
- 4- Loughlin C, Murphy N, Conlon C. Quality of life predicts outcome in a heart failure disease management program. *Int J Cardiol*. 2010; 139: 60-7.
- 5- Rassart J, Luyckx K, Goossens E, Apers S, Klimstra TA, Moons P. Personality traits, quality of life and perceived health in adolescents with congenital heart disease. *Psychol Health*. 2013; 28: 319-35.
- 6- Ghasemi E, Mohammad Aliha J, Bastani F, Haghani H, Samiei N. Quality of life in women with coronary artery disease. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16:e10188.

خود استرس و شدت آن اهمیت دارد، پیشنهاد می‌گردد که این بیماران از درمان‌های حمایتی مانند آموزش مهارت‌های مقابله‌ای موثر با استرس در این بیماران بهره‌مند گردند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی در دانشکده‌ی روانشناسی و علوم

- 7- Carvalho A, Ramirez S, Macedo D. The psychological defensive profile of hemodialysis patients and its relationship to health-related quality of life. *J Nerv Ment Dis*. 2013; 201: 621-28.
- 8- Nardelli S, Pentassuglio I, Pasquale C. Depression, anxiety and alexithymia symptoms are major determinants of health related quality of life (HRQoL) in cirrhotic patients. *Metab Brain Dis*. 2013; 28: 239-43.
- 9- Brady S, Carson C. Brief report: self-harm is associated with immature defense mechanisms but not substance use in a nonclinical Scottish adolescent sample. *J Adolesc*. 2012; 35: 765-7.
- 10- Malone J, Cohen S, Liu S, Vaillant G, Waldinger R. Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Pers Individ Dif*. 2013; 55: 85-9.
- 11- Hyphantis T, Goulia P, Carvalho A. Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. *J Psychosom Res*. 2013; 75: 362-69.
- 12- Martinez BPR, Leon EC, Rodriguez GAR,

- Moctezuma LGP. Defense mechanisms in cardiovascular disease patients with and without panic disorder. *Salud Mental*. 2010; 33: 219-27.
- 13- Komaki G. somatization and psychosomatic symptoms. New York: Sperliger. 2013.
- 14- Preti A, Sancassiani F, Cadoni F, Carta M. Alexithymia affects pre-hospital delay of patients with acute myocardial infarction: Meta-analysis of existing studies. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2013; 9: 69-73.
- 15- Grabe HJ, Schwahn C, Barnow S, et al. Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. *J Psychosom Res*. 2010; 68: 139-47.
- 16- Valkamo M, Hintikka J, Honkalampi K, Niskanen L, Koivumaa-Honkanen H, ViinamaÈki H. Alexithymia in patients with coronary heart disease. *J Psychosom Res*. 2001; 50: 125-30.
- 17- Hofer S, Saleem A, Stone J, Thomas R, Tulloch H, Oldridge N. The macnew heart disease health-related quality of life questionnaire in patients with angina and patients with ischemic heart failure. *Value Health*. 2012; 15: 143-50.
- 18- Asadi-Lari M, Javadi HR, Melville M, Oldrige N, Gray D. Adaptation of the Macnew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population . *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1: 23.
- 19- Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. *J Nerv Ment Dis*. 1993; 181: 246-56.
- 20- Besharat MA. Reliability and factorial validity of farsi version of the ego mechanisms of defense scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep*. 2007; 101: 209-22. [In Persian]
- 21- Heidarinasab I, Mansoor M, Azadfalsh P, Shaery, MR. The Validity and reliability of the defense style questionnaire in Iranian sample. *Daneshvar*. 2007; 14: 11-27. [In Persian]
- 22- Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto alexithymia scale-I: item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994; 38: 23-32.
- 23- Ghorbani N, Bing MN, Watson PJ, Davison HK, Mack DA. Self-reported emotional intelligence: construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and United-States. *Int J Psychol*, 2002; 37: 297-308.
- 24- Modestin J, Furrer RM, Malti T. Study on alexithymia in adult non-patients. *J Psychosom Res*. 2004; 56: 707-9.
- 25- Albuquerque SA, Carvalho AR, Lopes RS, et al. Ego defense mechanisms in COPD: impact on health-related quality of life and dyspnoea severity. *Qual Life Res*. 2011; 20: 1401-10.
- 26- Goulia P, Voulgari PV, Tsifetaki N, Drosos AA, Hyphantis T. Comparison of health-related quality of life and associated psychological factors between younger and older patients with established rheumatic disorders. *Aging Ment Health*. 2010; 14: 819-27.
- 27- Hyphantis TN, Tomenso B, Bai M, Tsianos E, Mavreas V, Creed F. Psychological distress, somatization, and defense mechanisms associated

with quality of life in inflammatory bowel disease patients. *Dig Dis Sci*. 2010; 55: 724-32.

28- Khosravani E, Mahmoodi-Rad GH, Dastjerdi R. The investigation of the relation of coping styles with quality of life and psychological well-being among cardiovascular patients. Fourth International Congress on Psychosomatic. Esfahan: Islamic Azad University of Khorasgan, 2012.

29- Ali-Akbari Dehkordi M, Salehi S, Rezaee A. The comparison of illogical beliefs and defensive styles among heart coronary patients and healthy individuals. *Health Psychol*. 2013; 2: 18-32. [In Persian]

30- Mattila AK, Saarni SI, Salminen JK, Huhtala H, Sintonen H, Joukamaa M. Alexithymia and health-related quality of life in a general population. *Psychosomatics*. 2009; 50: 59-68.

31- Tselebis A, Kosmas E, Bratis A, et al. Prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary disease (COPD) outpatients. *Ann Gen Psychiatry*. 2010; 9: 16.

32- Vieira RV, Vieira DC, Gomes WB, Gauer G. Alexithymia and its impact on quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura. *J Headache Pain*. 2013; 14: 18.

33- von Rimscha SV, Moergeli H, Weidt S, Straumann D, Hegemann S, Rufer M. Alexithymia and health-related quality of life in patients with dizziness. *Psychopathology*. 2013; 46: 377-83.

34- Vazquez I, Sández E, González-Freire B, Romero-Frais E, Blanco-Aparicio, Vereas-Hernando. The role of alexithymia in quality of life and health care use in asthma. *J Asthma*. 2010; 47: 797-804.

35- Steptoe A, Wikman A, Molloy G J, Messerli-Burgy N, Kaski JC. Inflammation and symptoms of depression and anxiety in patients with acute coronary heart disease. *Brain Behav Immun*. 2013; 31: 183-88.

The Role of Defense Styles and Alexithymia on Predicting Quality of Life in Patients with Coronary Heart Disease

Mohamadpoor S¹, Rahimian Boogar I¹, Rezaei AM²

¹Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology & Education Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

²Dept. of Educational Psychology, Faculty of Psychology & Education Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

Corresponding Author: Rahimian Boogar I, Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology & Education Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

E-mail: i_rahimian@semnan.ac.ir

Received: 10 Feb 2014 **Accepted:** 30 Aug 2014

Background and Objective: Paying attention to quality of life in patients with coronary heart disease due to the extent of damage and mortality is of importance. The present study investigated the role of defense styles and alexithymia on predicting quality of life in patients with coronary heart disease.

Materials and Methods: In this cross-sectional descriptive study, 300 patients with coronary heart disease who attended Heart Center of Shahid Ayatollah Madani Hospital in Lorestan, Iran, were selected by convenience sampling method from May to October, 2013. Data was collected using Demographic Questionnaire, Defense Style Questionnaire (DSQ-40), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and The MacNew Heart Disease Health Related Quality of Life (HRQL) instruments. A stepwise multiple regression procedure was used for data analysis with SPSS version 19.

Results: There was no significant correlation between mature defense styles and quality of life ($P=0.198$). In addition, a significant (negative) correlation was found between neurotic and immature defense styles and quality of life ($p<0.01$). Meanwhile, a significant (negative) correlation was found between alexithymia components and quality of life ($p<0.05$). The results of multiple regression analysis showed that immature defense styles and difficulty in identifying feelings are able to predict a reduction in quality of life in patients with coronary heart disease ($p<0.0005$).

Conclusion: Immature defense styles and difficulty in identifying feelings play an important role in predicting quality of life in patients with coronary heart disease. Therefore, in order to improve the quality of life in these patients, attention to the aforementioned variables during clinical trials with the goal of appropriate intervention will be beneficial.

Keywords: Coronary heart disease, Quality of life, Defense styles, Alexithymia