

## مقایسه تیپ شخصیتی، جهت‌مندی زندگی و میزان امیدواری در بیماران کرونر قلب و افراد عادی

دکتر سیامک شیخی<sup>۱</sup>، دکتر علی عیسی زادگان<sup>۲\*</sup>، میررضا بنی‌هاشمی شیشوان<sup>۳</sup>، حجت محمودی<sup>۴</sup>، جواد امانی ساری به‌گلو<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت 1391/09/06 تاریخ پذیرش 1391/12/02

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** یکی از موضوعاتی که در سال‌های اخیر ذهن پژوهشگران روانشناسی تندرستی را به خود جلب کرده است تأثیرات عوامل روانشناختی در بیماری‌های جسمانی همچون اختلالات قلبی عروق است. بدین منظور پژوهش حاضر به بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی، جهت‌مندی به زندگی و میزان امید در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری و افراد عادی می‌پردازد.

**مواد و روش کار:** بدین منظور ۶۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های قلب سیدالشهدا، طالقانی و مطب‌های خصوصی شهر ارومیه با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و ۶۰ نفر از کارکنان اداری بیمارستان به روش تصادفی انتخاب شدند و آزمون‌های تیپ شخصیتی دولت، پرسشنامه تجدید نظر شده جهت‌مندی به زندگی کارور و شی رر و مقیاس امیدواری اسنایدر بر روی آن‌ها اجرا شد.

**یافته‌ها:** نتایج بدست آمده نشان داد که تیپ شخصیتی درمانده و عاطفه منفی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری بالا بوده و جهت‌مندی زندگی خوش‌بینانه در این افراد پایین است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌ها بیانگر آن است که افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری در مقایسه با افراد عادی از ویژگی شخصیتی درمانده، عاطفه منفی بالاتر و جهت‌مندی زندگی خوش‌بینی پایین‌تری برخوردارند.

**کلید واژه‌ها:** بیماری عروق کرونری، تیپ شخصیتی، جهت‌مندی زندگی، امیدواری

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره دوم، پی در پی 43، اردیبهشت 1392، 127-137

آدرس مکاتبه: دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه؛ صندوق پستی ۴۸۳۷۵ - ۵۷۱۹۸، تلفن: همراه ۰۹۱۴۴۴۱۶۶۴۱

Email: Ali \_ Issazadeg@Yahoo.com

## مقدمه

کشورهای صنعتی محسوب می‌شود (۲). شیوع بیماری قلبی به طور خیلی سریعی در بین کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است و انتظار بر این است که عمده علت مرگ و میر در دهه‌های آینده هم، این بیماری باشد (۳). امروزه متخصصان قلب و عروق، عوامل جسمانی شناخته شده‌ای را با بروز بیماری عروق کرونری مرتبط می‌دانند؛ از جمله این عوامل می‌توان به فشار خون بالا، سطح بالای کلسترول مضر، بیماری دیابت، کمبود فعالیت بدنی، چاقی و وراثت اشاره کرد.

بیماری عروق کرونر قلب یکی از اختلالات قلبی عروقی است که به دلیل ضایعه و انسداد شریان‌های کرونری قلب ایجاد می‌شود. در این اختلال، دیواره‌ی یک یا چند شریان کرونر قلب به دلیل رسوب موادی به نام پلاک (مواد چربی یا فیبری) به طور جزئی یا کلی مسدود و جریان خون به بخش‌های مختلف قلب به صورت دائم یا موقت متوقف می‌شود (۱). این بیماری جز سه علت اصلی مرگ و میر در کنار سرطان و سکته مغزی در اکثر

<sup>۱</sup> استادیار، گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روان شناسی، عضو هیات علمی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی

<sup>۵</sup> کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی

برآورد شده است مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی از حدود ۱۶/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۰۲ به ۲۳/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برسد (۴). مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی در ایران ۲۵ تا ۴۵ درصد و میزان شیوع بیماری‌های ایسکمیک قلب بالا گزارش شده است (۵). با این وجود، شواهد حاکی از آن است که عوامل جسمانی حداکثر ۵۰ درصد از بروز عروق کرونری را پیش بینی می‌کنند و به تنهایی قادر به تبیین بروز و نیز تداوم این بیماری نیستند. پیشرفت‌های نوین پزشکی رفتاری توجه متخصصان روان‌شناسی تندرستی را به نقش کلیدی عوامل غیرزیستی در بیماری عروق کرونری معطوف ساخته است و پژوهش درباره این بیماری مدتی است که متوجه عوامل روان‌شناختی و عوامل روانی - اجتماعی شده است (۶). در بیماری‌های قلبی عروقی، هیجان‌ها و بیان یا سرکوب آن‌ها از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر هستند که می‌توانند در بروز یا تشدید عروق کرونری سهم داشته باشند. فریدمن و روزمن نخستین کسانی بودند که متوجه نقش عوامل روان‌شناختی در بروز بیماری قلب شدند و حاصل کار آن‌ها به شناسایی تیپ شخصیتی A و B انجامید و مشخص شد تیپ شخصیتی A رابطه ویژه با بیماری عروق کرونری دارد (۷). عاملی که اخیراً به عنوان پیش‌بینی کننده عروق کرونری مطرح شده است تیپ شخصیتی درمانده<sup>۱</sup> یا « تیپ شخصیتی D<sup>۲</sup> » است. یک الگوی رفتاری که در آن افراد هیجان‌های منفی زیاد مثل افسردگی، خشم و خصومت، اضطراب را تجربه می‌کنند و در عین حال از ابراز آن خودداری می‌کنند (۸). نقش آسیب‌زایی این سنخ شخصیتی در ابعاد روان‌شناختی و فیزیولوژیکی مبتنی بر دو ویژگی کلی و ثابت شخصیتی است. این ویژگی‌ها شامل عواطف منفی<sup>۳</sup> و بازداری اجتماعی<sup>۴</sup> است. منظور از عواطف منفی تمایل فرد به تجربه احساسات منفی در اوقات و

موقعیت‌های مختلف است. افراد با نمره بالا در این مؤلفه بیشتر احساس دل‌گرفتگی<sup>۵</sup>، اضطراب، تحریک پذیری را تجربه می‌کنند. این افراد نسبت به خود دارای دیدگاه منفی هستند و بیشتر به درسرها و گرفتاری‌های دنیا توجه دارند (۹). بازداری اجتماعی به تمایل فرد به اجتناب از ابراز این هیجانات منفی در تعاملات اجتماعی اشاره دارد. افراد با نمرات بالا در این ویژگی هنگام تعامل با دیگران احساس باز داشته شدن، تنش و عدم امنیت می‌کنند (۱۰، ۱۱). شیوع این سنخ شخصیتی در جمعیت بین ۱۳ تا ۲۲/۵ درصد و در بیماران قلبی عروقی بین ۲۶ تا ۵۳ درصد گزارش شده است (۱۲). یک مطالعه پیگیری ۶ تا ۱۰ ساله در خصوص افراد مبتلا به عروق کرونری نشان می‌دهد، تیپ شخصیتی درمانده مستقل از عوامل دیگر، پیش‌بینی کننده معنی‌دار حوادث قلبی و غیرقلبی مثل سکته قلبی، مرگ قلبی، سرطان، علائم خستگی حیاتی و عاطفه افسرده‌وار است (۶). افراد با تیپ شخصیتی درمانده غالباً مبتلا به افسردگی، تنش مزمن<sup>۶</sup>، خشم، بدبینی، حمایت اجتماعی ضعیف و دارای سطح پایینی از بهزیستی هستند (۱۳). به عنوان نمونه، بالا بودن فشار خون با بازداری اجتماعی و پایین بودن ضربان نبض با عاطفه منفی در بین مردان گزارش شده است (۱۴). همچنین ویژگی‌های بدبینی، نشانگان افسردگی، عاطفه منفی، فقدان حمایت اجتماعی درک شده در بین بیماران کرونری با تیپ شخصیتی درمانده بیشتر از بیماران تیپ شخصیتی غیر درمانده دیده شده است (۱۵). دو حالت مثبت ذهنی که در حوزه روان‌شناسی سلامت با بیماری عروق کرونری رابطه دارد "امید و خوش بینی"<sup>۷</sup> است. خوش بینی یک جهت‌مندی در زندگی است که در آن افراد با یک شیوه مثبت و انتظار پیامدهای مثبت تر به رویدادهای روزمره زندگی نگاه می‌کنند (۱۶). در خصوص سلامتی فیزیکی و رابطه آن با خوش بینی نتایج پژوهش‌ها حاکی

<sup>۵</sup>- dysphoria

<sup>۶</sup>- chronic tension

<sup>۷</sup>- hope and optimism

<sup>۱</sup>- type distress personality

<sup>۲</sup>- D - type personality

<sup>۳</sup>- negative affect

<sup>۴</sup>- social inhibition

از آن است که افراد خوش بین، سلول‌های ایمنی لنفوسیت‌های T بیشتری از افراد بدبین در پاسخ به محرک‌های تنش زا دارند (۱۷). نتایج همچنین حاکی از آن است که در ارتباط با سلامتی، خوش بین‌ها در پایین نگه داشتن سطوح چربی بدن که شاخص مهمی برای خطر بیماری عروق کرونری است موفق‌تر عمل می‌کنند (۱۸). ضخامت سرخرگ<sup>۱</sup> به عنوان شاخص تصلب شرایین<sup>۲</sup> و یک شاخص فیزیکی رشد بیماری قلبی در بین زنان میان‌سال با پس از سه سال پیگیری نشان می‌دهد افراد بدبین در مقایسه با خوش بین‌ها از افزایش بیشتری در ضخامت شریان برخوردار بودند (۱۹). در یک بررسی بر روی ۹۵۰۰۰ زن در طی یک دوره ۸ ساله بدون سابقه بیماری قلبی عروقی و سرطان نتایج نشان داد که افراد خوش بین بیماری عروق کرونری کمتر و مرگ و میر پایینی از افراد بدبین داشتند (۲۰). کلارک و همکاران در تحقیق خود به همبستگی منفی ابتلا به بیماری قلبی عروقی و تمایل به خندیدن در موقعیت‌های اجتماعی و همبستگی مثبت با میزان خصومت اشاره داشته‌اند (۲۱).

یکی دیگر از حالات ذهنی مثبت "امید" است که در حوادث تنیدگی‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند. نظر بر این است که امید مانند دارو نما دارای اثرات بیولوژیک بوده و می‌تواند روی کنترل درد و ناتوانی جسمی بیماران تأثیر مثبتی بگذارد. در مطالعه‌ای ارتباط امیدواری در روند بیماری نارسایی قلبی را مورد مطالعه قرار گرفته که تأثیر مثبت امیدواری در بیماران قلبی و عروقی را آشکار می‌سازد (۲۲). امید و انتظار باعث فعال شدن مدارهای مغزی و آزاد شدن آندورفین و انکفالین و در نتیجه موجب کاهش درد بدن می‌شود. با تشدید درمان‌دهی و ناامیدی کلوسیستیکونین بیشتری در بدن آزاد می‌شود. محققین معتقدند که بسیاری از بیماری‌های روانی و برخی از بیماری‌های جسمانی در واکنش به از دست دادن امید رخ می‌دهند (۲۳). پژوهش‌ها

نشان می‌دهند افرادی که نمرات بالاتری در مقیاس امید دارند سازگاری روان شناختی بالا، نشانگان افسردگی کمتر و مهارت‌های حل مسئله بهتر و مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری دارند (۲۴). پژوهش‌ها در حوزه روان شناسی مثبت و سایر علوم مرتبط نشان می‌دهد افرادی که هیجان‌ات مثبت و خوش بینی بیشتری را تجربه می‌کنند، عمر طولانی‌تری نیز دارند (۲۵). خوش بینی و امید با شاخص‌های آسیب شناسی روانی فعلی شخص به طور کلی و با افسردگی موجود وی به طور خاص، همبستگی منفی دارند (۲۶، ۲۷).

با توجه به اینکه تیپ شخصیتی درماننده که با دو ویژگی عاطفه منفی و بازداری اجتماعی در بین افراد مبتلا به عروق کرونری بالا گزارش شده است و این بیماری به عنوان عامل تهدیدکننده زندگی محسوب می‌شود و ایجاد آن باعث به خطر افتادن رفاه جسمانی و هیجانی بیماران می‌گردد پژوهش پیرامون عوامل روان شناختی مرتبط با آن در سلامت روانی و عاطفی بیماران ضروری است. اگرچه نتایج به دست آمده از پژوهش‌ها همواره یکسان نبوده است، در حال حاضر با توجه به ادبیات پژوهشی روان شناختی مرتبط با بیماری‌ها شواهد قابل توجهی رابطه بین شخصیت و استرس با انواع بیماری از جمله سرطان و بیماری قلبی را تایید می‌کند (۲۸).

با عنایت به این که پژوهش کمی در زمینه نقش عوامل روان شناختی موثر در ابتلا به عروق کرونری در داخل صورت گرفته است، پژوهش در این حیطه که ارتباط بین عوامل روان شناختی و بیماری عروق کرونری را مورد بررسی قرار دهد حائز اهمیت است. در راستای دستیابی به چنین اهدافی، پژوهش حاضر در صدد بررسی مقایسه‌ای تیپ شخصیتی، جهت‌مندی زندگی و امید در افراد مبتلا به عروق کرونری و افراد عادی است.

<sup>۱</sup>- carotid intima

<sup>۲</sup>- atherosclerosis

## مواد و روش کار

روش پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از کلیه بیماران عروق کرونری که در سال ۱۳۹۰ به منظور معاینات و درمان‌های مربوطه به درمانگاه تخصصی قلب بیمارستان‌های دولتی سیدالشهدا، طالقانی و مطب خصوصی در شهر ارومیه مراجعه کرده بودند. همچنین جامعه آماری غیر بیماران شامل کلیه کارکنان اداری بیمارستان طالقانی و سیدالشهدا بود. در این پژوهش با توجه به محدودیت جامعه آماری، از میان کلیه بیماران مراجعه کننده از طریق روش نمونه گیری در دسترس، نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. بیمارانی انتخاب گردیدند که حداقل ۳ سال دارای تشخیص قطعی در بیماری عروق کرونری از سوی متخصصین، حداقل سواد سیکل و دامنه سنی بین ۲۵ تا ۵۵ سال داشتند. بیماران دارای شرایط حاد مانند بیماران دارای نارسایی شدید قلبی، درد شدید قلبی و بیمارانی که قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند در نمونه پژوهش قرار نگرفتند. همچنین از میان کادر دو بیمارستان از طریق نمونه گیری تصادفی نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر انتخاب و جهت مقایسه با بیماران عروق کرونری مورد مطالعه قرار گرفتند.

مقیاس تیپ شخصیتی درمانده (D): این مقیاس توسط دنولت تدوین شده است. ۱۴ آیتم دارد که دو ویژگی کلی را که شامل عاطفه منفی و بازداری اجتماعی است ارزیابی می‌کند (۲۹). هر آزمودنی بر اساس یک مقیاس ۵ گزینه‌ای به هر ماده پاسخ می‌گوید. این گزینه‌ها بر اساس مقادیر ۴، ۳، ۲، ۱ و ۰ نمره گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس به ترتیب ۱۴ و ۵۶ است. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۸ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۶ و ضریب اعتبار همزمان این مقیاس با تیپ شخصیتی A، ۰/۶۳ گزارش شده است (۳۰). در

پژوهش‌های داخلی همسانی درونی برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۷ و بازداری اجتماعی ۰/۶۹ گزارش شده است (۳۱). مقیاس امید<sup>۱</sup> (HS): این مقیاس جهت تعیین میزان امید بزرگسالان توسط اسنایدر تدوین شده است. دارای ۱۲ آیتم است که ۸ آیتم آن مورد استفاده قرار می‌گیرد. از این هشت آیتم، شش آیتم آن مربوط به مؤلفه کارگزار و چهار آیتم نیز مربوط به مؤلفه گذرگاه است. شیوه نمره گذاری آن به این صورت است که آزمودنی با استفاده از یک مقیاس پنج درجه ای لیکرتی توافق خود را با هر یک از آیت‌ها نشان می‌دهد. اسنایدر (۳۲)، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۶ و برای بعد کارگزار ۰/۸۲ و بعد گذرگاه ۰/۸۴ گزارش کرده است. کاشدن و همکاران (۳۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برای کل مقیاس گزارش کرده است.

پرسشنامه تجدیدنظر شده جهت‌مندی زندگی<sup>۲</sup> (R - LOT): توسط شیرر و کارور<sup>۳</sup> تهیه شده است. آزمون شش سؤالی است که در مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از یک تا ۵ نمره گذاری می‌شود و انتظارات مثبت نسبت به آینده را اندازه گیری می‌کند. حداقل نمره در این مقیاس شش و حداکثر آن برابر با ۳۰ می‌باشد. نمره بالا حاکی از خوش بینی بالاست. اعتبار این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ به دست آمده است (۳۴). آلفای کرونباخ ۰/۶۵، ۰/۸۰ و ۰/۷۶ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۷۹ نیز در خصوص این آزمون گزارش شده است (۳۵، ۳۶).

برای جمع‌آوری اطلاعات، به درمانگاه‌های قلب و عروق بیمارستان‌های طالقانی و سیدالشهدا و سه مطب خصوصی در شهر ارومیه مراجعه و بعد از هماهنگی، نمونه‌ها از میان مراجعه‌کنندگان انتخاب شدند. پس از بیان اهداف تحقیق برای هر یک از شرکت کننده‌ها، سه مقیاس، تیپ شخصیتی D، جهت‌مندی زندگی و امید به ترتیب در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و از آن‌ها خواسته

<sup>۱</sup>Hope scale

<sup>۲</sup>Revised life – orientation test

## یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه (عادی و عروق کرونری) ارائه شده است.

شد که به دقت سؤالات را مطالعه نموده و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و هیچ سؤالی را تا حد امکان بی جواب نگذارند. انجام این پژوهش چهار ماه طول کشید و تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی در محل درمانگاه و مطب بود.

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

شاخص متغیر	سالم (۶۰ نفر)		بیمار (۶۰ نفر)		کل (۱۲۰ نفر)	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عاطفه منفی	۱۱/۲۰	۵/۲۹	۱۵/۶۰	۵/۲۵	۱۳/۴۰	۵/۷۰
بازداری اجتماعی	۱۱/۳۵	۴/۸۰	۱۲/۸۸	۴/۷۷	۱۲/۱۲	۴/۸۲
D	۲۲/۵۵	۸/۶۸	۲۸/۴۸	۸/۳۴	۲۵/۵۲	۸/۹۸
کارگذار	۲۵/۵۰	۳/۷۸	۲۴/۸۳	۳/۹۸	۲۵/۱۷	۳/۸۸
گذرگاه	۲۶/۹۰	۳/۸۹	۲۵/۶۲	۳/۹۵	۲۵/۱۷	۳/۸۸
امید	۲۵/۴۰	۷/۲۸	۵۰/۴۵	۷/۰۰	۵۱/۴۳	۷/۱۸
خوش‌بینی	۲۰/۴۲	۲/۲۲	۱۳/۴۳	۲/۶۴	۱۶/۹۳	۴/۲۶

تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد که در جدول ۲ ارائه شده است.

به منظور بررسی تأثیر گروه (عادی و عروق کرونری) بر متغیرهای تیپ شخصیتی D، امید و خوش‌بینی از آزمون تجزیه و

جدول شماره (۲): نتایج تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری

منبع	شاخص	ارزش	F	Df <sub>۱</sub>	Df <sub>۲</sub>	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلای	۰/۷۰	۵۲/۸۰	۵	۱۱۴	۰/۰۰۰	۰/۷۰
	لامبدای ویلکز	۰/۳۰	۵۲/۸۰	۵	۱۱۴	۰/۰۰۰	۰/۷۰
	اثر هنتلیتگ	۲/۳۲	۵۲/۸۰	۵	۱۱۴	۰/۰۰۰	۰/۷۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۳۲	۵۲/۸۰	۵	۱۱۴	۰/۰۰۰	۰/۷۰

چنانکه از جدول ۲ مشاهده می‌شود، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی‌دار می‌باشد ( $p < ۰/۰۰۱$ )، گروه ۷۰ درصد از گروه واریانس خطی متغیرهای وابسته را

مجذور ضریب ای‌تا بیانگر این است که متغیر  $F(۵, ۱۱۴) = ۵۲/۸۰$ . مجذور ضریب ای‌تا بیانگر این است که متغیر

تیبین می‌کند ( $\eta^2=0/70$ ). به منظور بررسی این که تأثیر گروه بر کدام یک از متغیرهای وابسته معنی‌دار است از تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

**جدول شماره (۳):** نتایج تحلیل واریانس چند متغیره متغیرهای مورد پژوهش دو گروه عادی و بیمار

شاخص متغیرها	Ss	DF	Ms	F	P	مجذوراتا
عاطفه منفی	۵۸۰/۸۰	۱	۵۸۰/۸۰	۲۰/۹۰	۰/۰۰۰	۰/۱۵
بازداری اجتماعی	۷۰/۵۳	۱	۷۰/۵۳	۳/۰۸	۰/۰۸۲	۰/۰۳
D	۱۰۵۶/۱۳	۱	۱۰۵۶/۱۳	۱۴/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۱۱
کارگذار	۱۳/۳۳	۱	۱۳/۳۳	۰/۸۸	۰/۳۴۹	۰/۰۱
گذرگاه	۴۹/۴۱	۱	۴۹/۴۱	۳/۲۱	۰/۰۷۶	۰/۰۳
امید	۱۱۴/۰۸	۱	۱۱۴/۰۸	۲/۲۴	۰/۱۳۷	۰/۰۲
خوش‌بینی	۱۴۶۲/۰۱	۱	۱۴۶۲/۰۱	۲۴۶/۱۶	۰/۰۰۰	۰/۶۸

### بحث و نتیجه گیری

بحث: هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه عوامل شخصیتی، جهت‌مندی زندگی و میزان امید در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری و افراد عادی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین تیپ شخصیتی درمانده در افراد مبتلا به عروق کرونری رابطه وجود دارد. به این معنی که میانگین نمره تیپ شخصیتی درمانده افراد مبتلا به عروق کرونری به طور معنا داری بالاتر از افراد عادی است. یافته‌های فوق با نتایج پژوهش سعید و همکاران، کوپر و همکاران، اکبری و همکاران، شفر و همکاران، هابرا و همکاران، دنولت همسو است (۱۴-۱۱، ۶، ۳). بنابراین تیپ شخصیتی درمانده یک عامل تأثیرگذار در ابتلا به بیماری عروق کرونری است. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از این است که تیپ شخصیتی درمانده مستقل از عوامل دیگر، پیش‌بینی کننده معنی‌دار حوادث قلبی و غیرقلبی است. در سنخ شخصیتی درمانده دو ویژگی تجربه‌ی عواطف منفی و بازداری اجتماعی می‌تواند موجبات آسیب‌پذیری روان‌شناختی و جسمی را فراهم سازد. مدل نظری استرس - استعداد مزاجی

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود تأثیر گروه بر تیپ شخصیتی D معنی‌دار است ( $F=14/68, P<0/001$ ). به این صورت که میانگین نمره تیپ شخصیتی D افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری به طور معنی‌داری بالاتر از افراد عادی است. متغیر گروه ۱۱ درصد از واریانس متغیر تیپ شخصیتی D را تبیین می‌کند ( $\eta^2=0/11$ ). همچنین تأثیر گروه بر نمرات عاطفه منفی نیز معنی‌دار است ( $F=20/90, P<0/001$ ). به این صورت که میانگین افراد مبتلا به عروق کرونری به طور معنی‌داری بیشتر از افراد عادی است و به عبارتی افراد مبتلا به عروق کرونری به طور معنی‌داری عاطفه منفی بیشتری احساس می‌کنند. متغیر گروه تأثیر معنی‌داری بر نمرات خوش‌بینی نیز دارد ( $F=246/16, P<0/001$ ). به این صورت که میانگین خوش‌بینی افراد مبتلا به عروق کرونری کمتر از افراد عادی است. متغیر گروه ۶۸ درصد از واریانس متغیر خوش‌بینی را تبیین می‌کند ( $\eta^2=0/68$ ). ولی در متغیرهای بازداری اجتماعی، کارگذار، گذرگاه و امید بین دو گروه سالم و بیمار تفاوت معناداری مشاهده نشد.

می‌تواند برای تبیین رابطه این سنخ شخصیتی و بروز پیامدهای روان‌شناختی و جسمی به کار رود. این مدل به نقش میانجی استعداد مزاجی در بروز پیامدهای متعاقب رویارویی با استرس اشاره دارد. به عنوان مثال شواهد نشان می‌دهد که افسردگی پس از سکت قلبی اغلب در افرادی بروز نموده است که دارای استعداد یا سابقه قبلی بوده‌اند.

امروزه شخصیت سنخ درمانده به عنوان یک عامل خطر مستقل در بروز آشفتگی‌های روان‌شناختی، بیماری‌های قلبی، پیش‌آگهی در بیماران قلبی و افزایش مرگ و میر در این بیماران در نظر گرفته می‌شود. برخی شواهد، ارتباط این سنخ شخصیتی با بی‌نظمی در سیستم هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال<sup>1</sup> (HPA) را و به دنبال آن افزایش سطح کورتیزول و تغییرات در سیستم ایمنی را تأیید نموده است. احتمال می‌رود این فرآیند مکانیزم واسطه‌ای بین شخصیت سنخ D و بروز پاتوفیزیولوژی بیماری‌های قلبی باشد. این محور HPA در متابولیسم، تعادل حیاتی، تولید انرژی و تنظیم پاسخ‌های فیزیولوژیکی به استرس نقش دارد (۱۲). هر دو بعد سنخ شخصیتی درمانده (عاطفه منفی و بازداری اجتماعی) با افزایش سطح کورتیزول در پاسخ به استرس ارتباط دارد و سطح بالای کورتیزول می‌تواند یک عامل واسطه‌ای بین سنخ شخصیتی درمانده و افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی باشد. تیپ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن در دراز مدت می‌توانند به دیواره‌ی شریان کرونری صدمه زده و بیماری عروقی کرونری را تسریع و تشدید نمایند. پاسخ تنش با رهاسازی کاته‌کولامین‌ها و کورتیکواستروئیدها می‌تواند تراکم پلاکت‌های خونی و انقباض رگ‌های خونی شریان کرونر را افزایش دهند و در نتیجه خطر لخته شدن خون درون شریان افزایش می‌یابد (۳۶). تبیین دیگر این است که متغیرهای روان‌شناختی و شخصیتی نیز ممکن است بیماری عروقی کرونری را از طریق مسیرهای رفتاری از

جمله اختلال در عملکرد رفتار یا شکست در رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت تحت تأثیر قرار دهند.

یافته دیگر پژوهش حاضر این است که بین عاطفه منفی و ابتلا به بیماری عروقی کرونری رابطه وجود دارد. به این صورت که میزان عاطفه منفی در افراد مبتلا به عروقی کرونری به طور معناداری بالاتر از افراد عادی است. این یافته با یافته‌های دنولت، رمبوتس و سالیس (۸)، پیدرسون و دنولت (۹، ۱۰) و دنولت (۱۰) هم‌خوانی دارد. در افراد سنخ شخصیتی درمانده دو مؤلفه‌ی عاطفه منفی و کناره‌گیری اجتماعی و عدم جرأت در مقابله با رویدادها منجر به این می‌شود که گذرگاه‌های کمی پیش روی این افراد برای رسیدن به اهداف وجود داشته باشد و این منجر به کاهش امید در این افراد شده و منجر به افسردگی و عاطفه منفی می‌شود؛ پژوهش‌ها در این خصوص نشان می‌دهند که افسردگی در بین سنخ شخصیتی درمانده بیشتر از افراد عادی است با عاطفه منفی آشفتگی بیشتر، اضطراب، تحریک‌پذیری، نگرانی و دید منفی نسبت به خود، دنیا و دیگران داشته و بیشتر بدبین هستند. این عاطفه منفی با نشانگان هیجانی و خشم نیز همراه است. اغلب مشکلات تندرستی در بین بدبین‌ها قلبی است (۳۴). افراد تیپ شخصیتی درمانده چون برخوردار از دو ویژگی عاطفه منفی و بازداری اجتماعی هستند، حمایت‌های اجتماعی از دست می‌دهند مثل حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی و حمایت ایزاری. تحقیقات نشان می‌دهد اساس امیدواری بر پایه حمایت اجتماعی اطرافیان و بستگان شکل می‌گیرد (۳۸). از سوی دیگر این یافته پژوهش ارتباط تنگاتنگی با مفهوم روان‌نژند خوبی دارد. در مدل پنج عاملی بزرگ شخصیت<sup>۲</sup> عواطف منفی با روان‌نژند خوبی در مدل مذکور همبستگی مثبت دارد و همان‌گونه که پیش‌تر اشاره شد این ویژگی به تمایل فرد به تجربه هیجان‌ات منفی در موقعیت‌ها و زمان‌های مختلف اشاره دارد. افراد با نمره

<sup>2</sup> Big five

<sup>1</sup> Hypothalamus – pituitary – Adrenal Axis

بالا در این مؤلفه بیشتر احساس دل‌گرفتگی<sup>۱</sup> اضطراب و تحریک‌پذیری را تجربه می‌کنند. این افراد نسبت به خود، دارای دیدگاه منفی بوده و بیشتر به دردها و گرفتاری‌های دنیا توجه دارند.

یکی دیگر از یافته‌های دیگر این پژوهش این است که خوش‌بینی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری به طور معناداری پایین‌تر از افراد عادی است. این یافته با یافته‌های سکرستروم و همکاران (۱۷)، کارور و شی (۱۸)، ماتیزو و همکاران (۱۹)، تیندل و همکاران (۲۰) هم‌خوانی دارد. بسیاری از پژوهش‌های صورت گرفته درباره خوش‌بینی در حوزه سلامت روان است اما بعضی از این پژوهش‌ها رابطه خوش‌بینی و سلامت جسمی را نیز مورد توجه قرار داده‌اند. با توجه به اینکه افراد خوش‌بین نسبت به استرس‌های زندگی کمتر حساس‌اند، پاسخ‌های فیزیولوژیکی کمتر به استرس (در طول سال‌های زندگی) ممکن است منجر به استهلاک کمتر بدن، و نهایتاً منجر به سلامت جسمانی بهتر و حتی طولانی شدن عمر شود. همچنین، به نظر می‌رسد در پیش‌بینی سلامت جسمانی و روانی تعاملی بین راهبردهای کنترل هیجان و خوش‌بینی نیز وجود داشته باشد. افرادی که از راهبرد تنظیم هیجان ارزیابی استفاده می‌کنند خوش‌بین‌تر بوده و افراد دارای راهبرد تنظیم هیجان بازداری، نگرش خوش‌بینانه کمتری درباره آینده دارند. شی‌یر و کارور در مروری که بر نوشته‌های پژوهشی به عمل آوردند، نشان دادند که مهارت‌های مقابله‌ی یکی از سازوکارهای اصلی است که موجب بروز آثار خوش‌بینی می‌شود. افراد خوش‌بین در مقابل رویداد تنش‌زا بیشتر از طرح و برنامه، و افراد بدبین بیشتر از افکار و تدابیر گریز از واقعیت استفاده می‌کنند. افراد خوش‌بین شرایط بد را برای دیدن جنبه‌های مثبت تغییر می‌دهند و کمتر از واقع

گریزی و خودانتقادی استفاده می‌کنند حتی از راهبردهای مقابله متمرکز بر هیجان نیز به طور انطباقی مثل شوخی استفاده می‌کنند (۳۹). به طور خلاصه پژوهش‌های انجام شده اشاره می‌کنند که خوش‌بینی با پیامدهای بیولوژیکی ارتباط دارد. حتی یکی از مطالعات نشان داد که خوش‌بینی طول عمر بیشتری را پیش‌بینی می‌کند. در بین ۹۰۰ نفر هلندی، افرادی که سطوح بالایی از خوش‌بینی را قبل از آزمایش گزارش داده بودند، احتمال کمتری می‌دادند که در ۱۰ سال آینده بمیرند (۴۰). هر چند که شواهد دال بر نتایج بیولوژیکی نسبت به خود-گزارش‌ها درباره سلامت از ثبات کمتری برخوردار است اما ارتباط بین خوش‌بینی و سلامت جسمی در مطالعات انجام شده کاملاً مشخص است (۴۱). بنابراین با توجه به مطالعات انجام شده و پژوهش حاضر، می‌توان خاطر نشان کرد که عوامل روان‌شناختی و به طور ویژه هیجان‌های منفی، یک همراهی‌کننده معنی‌دار بیماری‌های کرونری قلب می‌باشد و در کنار مداخلات طبی، مداخلات روان‌شناختی ویژه هم برای پیشگیری و هم برای بازتوانی بیماران مبتلا الزامی است. از جمله در این زمینه به آموزش مهارت‌های مقابله‌های اجتماعی، حمایت هیجانی، روان‌درمانی بین‌فردی و سایر فنون کاهش تنیدگی می‌توان اشاره کرد. با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش به دو بیمارستان دولتی و سه مطب خصوصی و بررسی بیماران در مقطعی از زمان می‌بایست در تعمیم یافته‌ها احتیاط کرد. همچنین از آن‌جا که این بررسی فقط بر روی بیماران عروق کرونری بوده است، نمی‌توان نتایج را به کل بیماران قلبی عروقی تعمیم داد. استفاده بیماران از داروها نیز احتمال نتایج را تحت تأثیر قرار داده است که می‌بایست مورد توجه قرار گیرد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش گردآوری داده‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس است که از توان تعمیم دهی نتایج می‌کاهد.

<sup>۱</sup> Dysphoria



## تقدیر و تشکر

از آقایان دکتر سقط فروش، دکتر خادم وطن و دکتر حسین زاده متخصصین محترم قلب و عروق استان که در این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

در پایان از کلیه بیماران قلبی عروقی، پرستاران و کادر بیمارستان‌های تخصصی قلب سیدالشهدا، و بیمارستان طالقانی و

## References:

1. Schroder KE, Schwaezer R. Habitual self-control and management of health behavior among heart patients. *Soc Sci Med* 2005;60(4): 859-75.
2. Khoosfi H, Monirpoor N, Birashk B, Peighambari M. A comparative study of personality factors, stress - full life events, and social support in coronary heart patients and non-patient. *Contemporary Psychology* 2007; 3: 41-8. (Persian)
3. Saeed T, Niazi G, Almas, S. Type-D personality: a predictor of quality of life and coronary heart disease. *Estern Mediteranean Health J* 2011; 17: 46-50.
4. Paikonen K. Psychological aspects of cardiovascular disease. *Int J Behav Med* 2009; 16: 195-6.
5. Saeed M. The efficacy reconstruction and relaxation techniques on anxiety and depression heart rehabilitation patients. (Dissertation). Tehran: Iran University of Medical sciences; 2004. (Persian)
6. Akbari M, Mahmood Aliloo M, Aslanabadi N. Effects of negative emotions, social inhibition and role of gender factor on development of coronary heart disease. *Psychological studies* 2008; 4(1): 71-86. (Persian)
7. Friedman M, Rosenman RH. Type A behavior and your heart. New Yourk: Knopf; 1975.
8. Denollet J, Rombouts H, SysSU. Negative affectivity and social inhibition: pervasive influence on self-reported mood, health and coronary-prone behavior. *Psychosom Med* 2001; 53: 538-56.
9. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005; 67(1): 89-97.
10. Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J cardiovasc Prev Rehabi* 2003; 10(4): 241-8.
11. Denollet J. Negative affectivity and repressive coping: pervasive influence on self-reported mood, health, and coronary-prone behavior. *Psychosom Med* 1991; 53(5): 538-56.
12. Kupper N, Denollet J, DE Geus EJ, Boomsma DI, Willemsen G. Heritability of type-D personality. *Psychosom Med* 2007; 69(7): 75-81.
13. Schiffer AA, Pavan A, Pedersen SS, Gremigni P, Sommaruga M, Denollet J. Type D personality and cardiovascular disease: evidence and clinical implication. *Minerva Psychiatria* 2006; 47: 79-87.
14. Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res* 2003;55(3): 235-45.
15. Denollet J. Type D personality A potential risk factor refined. *J Psychosom Res* 2000; 49(4): 255-66.
16. Kivimaki M, Elovainio M, Singh-Manoux A, Vahtera Y, Helenius H, Pentti Y. Optimism and pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family. *Health Psychology* 2005; 24(4): 413-21.
17. Segerstrom CS, Taylor ES, Kemeny EM, Fahey CY. Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *J Pers Soc Psychol* 1998; 6: 1642-55.

18. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clin Psychol Rev* 2010;30(7): 879-89
19. Matthews KA, Raikkonen K, Sutton-Tyrvell, Kuller CH. Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women. *Psychosom Med* 2004;66(5): 640-4.
20. Tindale HA, Chang Y, Kuller LH, Manson JE, Robinson JG, Rosal MC. Optimism, cynical hostility, and incident coronary heart disease and mortality in the women's health initiative. *Circulation* 2009; 120(8): 656-62.
21. Clark A, Seidler A, Miller M. Inverse association between sense of humor and coronary heart disease. *Int J Cardiol* 2001;80(1): 87-8.
22. Hoseinyan E, Soudani M, Mehrabzadeh Honarmand M. Efficacy of group logotherapy on cancer patient's life expectation. *J Behav Sci* 2009; 3(4): 287-92. (Persian)
23. Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust HT, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. Comparison of effectiveness of two methods of hope therapy and drug therapy on the quality of life in the patients with essential hypertension. *J Clin Psychol* 2010; 1(5): 27-34. (Persian)
24. Geiger KA, Kwon P. Rumination and depression symptoms: Evidence for moderating role of hope. *Pers Individ Dif* 2010;49: 391-5.
25. Giltay EJ, Geleijnse JM, Zitman FG, Hoekstra T, Schouten EG. Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(11): 1126-35.
26. Snyder CR. *Handbook of hope*. Orlando FL: Academic Press; 2000.
27. Peterson C. The future of optimism. *Am Psychol* 2000;55(1): 44-55.
28. Jafari E, Sohrabi F, Jomehri F, Najafi M. The relationship between type C personality, locus of control and hardiness in patients suffering from cancer and normal subjects. *J Clin Psychol* 2009;1(1): 57-66. (Persian)
29. Denollet J. Personality and coronary of heart disease: the type-D scale CDS(6). *Ann Beh Med* 1998;20(2): 209-15.
30. Hosoi M, Molton IR, Jensen MP, Ehde DM, Amtmann S, O'Brien S, et al. Relationships among alexithymia and pain intensity, pain interference, and vitality in persons with neuromuscular disease: Considering the effect of negative affectivity. *Pain* 2010;149(2): 273-7.
31. Zooljanhe A, Vafai M. Relationships between type D personality with behavioral inhibition/activation systems. *J Psychol* 2004, 2(3): 113-33. (Persian)
32. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol* 1991;60(4): 570-85.
33. Kashdan TB, Pelham WE, Long AR, Hoza B, Jacob RG, Jennings JR, et al. Hope and optimism as human strengths in parents of children with externalizing disorders: stress is in the eye of the beholder. *J Soc Clin Psychol* 2002; 21: 441-68.
34. Babapour Kheiroddin J. Relationship between emotional intelligence and feeling of fatigue among university students, mediated by optimism, self-efficacy, anxiety, and depression. *J Psychol* 2010; 14: 131-41. (Persian)
35. Kivimaki M, Singh-Manoux A, Vahtera Y, Helenius H, Pentti Y. Optimism and pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family. *Health Psychol* 2005; 24: 413-21.
36. O'Connor CR, Cassidy C. Predicting hopelessness: the interaction between optimism / pessimism and specific future expectancies. *Cognition and Emotion* 2007; 21: 596-613.

37. Muller JE, Tofler GH, Stone PH. Circadian variation and triggers of onset of acute cardiovascular disease. *Circulation* 1989;19(5): 733-43.
38. Khodapanahi MK, Sedghpoor BS, ASghari A, Harrirchi I, Katibaei J. The structural relationships between social support and hope in patients with cancer. *J psychol* 2010;14: 284-98. (persian)
39. Wrosch C, Scheier MF. Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. *Qual Life Res* 2003; 12(1): 59-72.
40. Giltay EJ, Geleijnse JM, Zitman FG, Hoekstra T, Schouten EG. Dispositional optimism and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Archives of general psychiatry* 2004; 61: 1126-35.
41. Rasmussen HN, Scheier MF, Greenhaus JB. Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annuals behav Med* 2009;37: 230-256