

## ارتباط تیپ شخصیتی D، خود - دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی

عباس ابوالقاسمی\*، مریم تقی پور\*\*، محمد نریمانی\*\*\*

\*دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

\*\*کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل

\*\*\*استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل

تجدیدنظر: ۱۳۹۱/۳/۲۰

پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۲۸

### چکیده

هدف: نظر به اهمیت و تأثیر روزافزون عوامل روانی - اجتماعی در سلامت جسمی و تأثیر سبک زندگی نادرست در بروز بیماری‌های قلبی - عروقی، هدف پژوهش حاضر ارتباط تیپ شخصیتی D، خود-دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی بیماران کرونر قلبی می-باشد.

### کلیدواژه‌ها:

تیپ شخصیتی ، خود-دلسوزی،  
حمایت اجتماعی، رفتار بهداشتی.

روش: در این مطالعه همبستگی، نمونه شامل پژوهش ۸۴ بیمار کرونر قلبی مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی شهید مدرس تهران در سال ۱۳۸۹ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تیپ شخصیتی D، مقیاس خود-دلسوزی، مقیاس حمایت اجتماعی و پرسشنامه وضعیت بهداشتی استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چند متغیری و تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تیپ شخصیتی D ( $r=0/52$ )، خود-دلسوزی ( $r=0/22$ ) و حمایت اجتماعی ( $r=0/19$ ) با رفتارهای بهداشتی همبستگی معنی‌داری دارند ( $P < 0/05$ ). نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که ۳۰ درصد از واریانس رفتارهای بهداشتی این بیماران توسط متغیرهای تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خود دلسوزی تبیین می‌شود.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها نشان می‌دهند که تیپ شخصیتی D، خود-دلسوزی و حمایت اجتماعی از متغیرهای تقریباً تأثیرگذار بر رفتارهای بهداشتی بیماران کرونر قلبی هستند. این نتایج، تلویحات مهمی در زمینه آموزش خود-دلسوزی و مداخلات درمانی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران کرونر قلبی دارد که در مقاله مورد توجه قرار گرفته‌اند.

abolphasemi-44@yahoo.com

۱. نشانی نویسنده مسؤل:

مشخصات مقاله:

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۱۶

# The Relationship of Type "D" Personality, Self-Compassion and Social Support With Health Behaviors in Patients With Coronary Heart Disease

\*A. Abolghasemi, \*\*M. Taghipour ,\*\*\* M. Narimani

\* Associate professor, Department of Psychology ,University of Mohaghegh Ardebili, Ardebil, Iran

\*\* Msc in Psychology, University of Mohaghegh Ardebili, Ardebil, Iran

\*\*\* Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardebili, Ardebil, Iran

## Abstract

**Aim:** The aim of this study is to relationship of type D personality, self compassion and social support with health behaviors in patients with coronary heart disease. This research is a correlation study.

**Method:** The research sample consisted 84 patients with CHD who were admitted in Moddaress Hospital in 1389 were study. follow questionnaires used, Demographic questionair, Type D Personality Scale, Self compassion Scale, Social support Scale and Health Survey- Short form 36. Analyzed data by, Pearson correlation coefficiene, multiple regression and MNOVA statistic methods.

**Results:** The results support Type D personality ( $r=-.52$ ), self-compassion ( $r=-.22$ ) and social support ( $r=-.19$ ) related by health behaviors in patients with coronary heart disease. The results of multiple regression showed type D personality, self compassion and social support 30% significant contribute in prediction of health behaviors.

**Conclusion:** The findings support variables of this study affect psychopathology and treatment of health behaviors in patients with coronary heart disease.

## Article Information:

### History:

Receipt: 2012/3/6

Revise: 2012/6/9

Acceptance: 2012/6/17

### Keywords:

type personality, self-compassion, social support, health behavior

## مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی به عنوان عمده‌ترین علل مرگ و میر در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه شناخته شده است (سل، واندر-گراف، گوئسنز و ویسرن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸) که از این میان، بیماری عروق کرونری به عنوان کشنده‌ترین بیماری قلبی - عروقی مطرح شده است و بیش از ۵۰ درصد مرگ‌های قلبی را به خود اختصاص می‌دهد (ریدکر، گنست و لیبای<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). بیماری کرونر قلبی از رسوب چربی در جداره سرخرگ‌های کرونر (سرخرگ‌هایی که به قلب خون‌رسانی می‌کنند) ایجاد می‌شود (مجلسی، محبی و مجلسی، ۱۳۷۷). این بیماری یکی از سه علت اصلی مرگ و میر در کنار سرطان و سکته مغزی در کشورهای صنعتی به شمار می‌رود (سازمان جهانی بهداشت، به نقل از سارافینو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). از طرفی بیماری کرونر قلبی اولین عامل مرگ در کشورهای مختلف است و در سال ۲۰۳۰ شایع‌ترین علت مرگ و میر در دنیا بیماری‌های قلب و عروق خواهد بود. علاوه بر مرگ و میر، این بیماری منجر به شیوع قابل توجه ناتوانی و کاهش تولید شده و علت عمده هزینه‌های بهداشتی بوده است (انجمن قلب آمریکا، ۲۰۰۲؛ به نقل از اسکرودر و اسکاورزر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

شیوه و سبک زندگی نامناسب و بی توجهی به رفتارهای بهداشتی از جمله عواملی هستند که می‌توانند زمینه بروز بیماری‌های قلبی - عروقی به ویژه کرونر قلبی را فراهم آورند. سبک زندگی از طریق اعمال عوامل خطر زا در بروز و شدت بخشیدن به این بیماری به عنوان یک عامل مهم و مؤثر به همراه عوامل دیگر در بیماری کرونر قلبی نقش دارد (بلاک و هواکس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی می‌تواند تحت تأثیر رفتارهای فردی مانند عادات تغذیه‌ای نامناسب، فقدان فعالیت جسمانی و ورزش، استرس‌های جسمی و روانی، وزن، استراحت و خواب، استفاده از سیگار، مصرف نوشیدنی‌های الکلی و دیگر رفتارهای خطرزا باشد

(گریگس و لوسکالزو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). با توجه به این که بیماری‌های قلبی - عروقی نیاز به کنترل مادام‌العمر عوامل خطر (فشارخون بالا، کلسترول بالا، دیابت) و نیاز به تغییر سبک زندگی (ترک سیگار، کاهش وزن، انتخاب غذای سالم، افزایش فعالیت جسمانی) دارند، و با توجه به این که خود تنظیمی عوامل خطر مانند پایداری به دارو درمانی و سبک زندگی سالم در عمل بسیار دشوار است، پرداختن به این موضوع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (فوسا و داهل<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲).

اخیراً نقش بالقوه تیپ شخصیتی D به عنوان عامل تعیین کننده آشفستگی‌های هیجانی در بیماران کرونر قلبی مورد تأیید قرار گرفته است. تیپ شخصیتی D دارای دو مؤلفه عاطفه منفی و بازداری اجتماعی می‌باشد. عاطفه منفی با تمایل به بیان هیجانات منفی مشخص می‌شود. افراد دارای عاطفه منفی بالا، بیشتر تمایل به تجارب عاطفه منفی در همه اوقات، صرف نظر از موقعیت دارند (دنولت، ۱۹۹۸). عاطفه منفی با درد قفسه سینه در غیاب بیماری کرونر قلبی مرتبط بوده است، اما با کرونر قلبی واقعی نیز ارتباط دارد. بنابراین عاطفه منفی ممکن است هم به عنوان یک متغیر مداخله‌گر و هم به عنوان یک عامل خطر واقعی عمل کند (دنولت، واس و برت سیرت<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰). بازداری اجتماعی با تمایل پایدار به بازداری تجربیات هیجانی و رفتاری در تعاملات اجتماعی مشخص می‌شود. افراد دارای بازداری اجتماعی بالا بیشتر تمایل دارند که از طریق کنترل بیش از حد خود بیانگری (عدم ابراز و تصریح عقاید و خصوصیات خود) از واکنش‌های منفی دیگران جلوگیری کنند (ایمونسا، مجیر و دنولت<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). دانی من، ماستچکی، اینسل و ماکر و همکاران<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی در خصوص تیپ شخصیتی D، ۱۲۶ بیمار قلبی با عمل بای پس عروق کرونر و عمل دریچه‌ای قلب را قبل و ۶ ماه پس از عمل مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که ۲۶ درصد بیماران قبل از عمل جراحی دارای تیپ D بودند

6. Grigs & Loskalzo
7. Fosa & Dahel
8. Denollet, Vaes & Brautsaert
9. Emonsa, Meijer & Denollet
10. Dannemann, Mastechky, Einsle, Smucker & etal.

1. Sol, Vander-Graf, Goessens & Visseren
2. Ridker, Genset & Libby
3. Sarafino
4. Schroder & Schwarzer
5. Black & Hawks

درحالی که ۱۱ درصد خصوصیات تیپ D را هم قبل و هم بعد از عمل نشان دادند. در مطالعه‌ای ویلیامز، استارک، شانون و فوستر<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۸) دریافتند که افراد تیپ D پایداری و ثبات کمتری در رفتارهای مربوط به تندرستی و سطوح حمایت اجتماعی پایین‌تری نسبت به افراد غیر تیپ شخصیتی D داشتند. نتایج این مطالعه نیز نشان داد که تیپ شخصیتی D پدیدآورنده عامل خطر برای بیماری قلبی - عروقی می‌باشد که با پیش آگهی بد، حالات تندرستی آسیب دیده و پریشانی هیجانی ارتباط دارد. پدرسون، دنولت، آنگ، سریوس، اردمن و وان دونبرگ<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند که ۱۸ درصد از بیماران تیپ شخصیتی D دارند. تیپ شخصیتی D نسبت به بیماران غیر تیپ D به صورت معنی‌داری نمرات زیاده‌تری در مقیاس وضعیت بهداشتی داشتند. در این مطالعه تیپ شخصیتی D با بیش از ۳ تا ۶ برابر افزایش خطر کیفیت زندگی آسیب دیده در بیماران قلبی ارتباط داشت. مطالعه ۱۰ ساله دنولت و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که تیپ شخصیتی D به عنوان پیش‌بینی کننده آسیب‌زای بالینی و پیامدهای روانی در بیماران قلبی می‌باشد. در این مطالعه، بیماران قلبی که در ابتدا به عنوان تیپ شخصیتی D طبقه‌بندی شده بودند، در مقایسه با بیماران غیر تیپ شخصیتی D بیشتر در معرض خطر مرگ و میر قرار داشتند.

عامل روانشناختی دیگری که در رابطه با بروز و پیشرفت بیماری قلبی ارتباط دارد، خود-دلسوزی است. به اعتقاد نف (۲۰۰۸) سازه خود دلسوزی نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند بوده و شامل سه عنصر اصلی می‌باشد. اول، هر زمان که فرد متوجه ناکارآمدی خود می‌شود و از آن رنج می‌برد، موجودیت (بودن) خود را دوست دارد و آن را درک می‌کند. دوم، حسی است از ویژگی مشترک انسانی، و تشخیص این امر که درد و شکست جنبه‌های غیرقابل اجتناب مشترک در تجربه همه انسان‌هاست. نهایتاً، خود-دلسوزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانات خود است و این شامل توانایی مواجهه با افکار و احساسات

رنج‌آور (به جای اجتناب از آنها) بدون بزرگ‌نمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود می‌شود (نف، رود و کیرک پاتریک<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۷). برودهید و همکاران<sup>۱۴</sup> (۱۹۸۳) در پژوهشی در زمینه تأثیر محافظتی خود-دلسوزی در پیشگیری از بیماری‌ها به این نتیجه رسیدند که فراهم بودن خود دلسوزی بیشتر ما را در برابر بیماری و حتی مرگ محافظت می‌کند. برومت و همکاران<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۱) در پژوهشی نتیجه گرفتند که بیماران قلبی - عروقی که دلسوزی بیشتری دریافت می‌نمایند، طول عمر طولانی‌تری دارند. تادیوس، پیس، نگی، آدام، کول و همکاران<sup>۱۶</sup> (۲۰۰۹) نیز در مطالعه‌ای تأثیر دلسوزی را بر پاسخ‌های رفتاری و عصبی- درون‌ریز در برابر استرس روانی- اجتماعی نشان دادند. پاولی و مک فرسن<sup>۱۷</sup> (۲۰۱۰) در بیماران دارای اختلال افسردگی یا اضطراب خود دلسوزی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که شرکت-کنندگان دلسوزی را با داشتن دو کیفیت اصلی همراه می‌دانند: یکی مهربانی و دیگری عمل. آنها گزارش کردند که فکر می‌کنند داشتن خود-دلسوزی در ارتباط با تجربیات آنها مهم بوده و برای کمک به درمان افسردگی و اضطراب آنها مفید است، اگرچه شرکت‌کنندگان معتقد بودند که داشتن خود-دلسوزی، برای آنها دشوار است. شاپیرا، لیه، مونگراین و مایریام<sup>۱۸</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی دریافتند افرادی که تمرینات خوددلسوزی را انجام دادند در پیگیری ۳ ماه بعد، احساس افسردگی کمتر و شادی بیشتر در ۶ ماه بعد داشتند. کوزلی، مک‌کوی، ساسلو و اپیل<sup>۱۹</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی نقش دلسوزی برای دیگران و حمایت اجتماعی در واکنش‌های فیزیولوژیک به استرسورها را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد افرادی که دلسوزی برای دیگران در آنها بالا بود در تعامل با حمایت اجتماعی در برابر استرس، واکنش فیزیولوژیکی متعادل‌تری داشتند. ورن، سمرز، وایت، گوئنز، لیری و همکاران<sup>۲۰</sup> (۲۰۱۲) در

13. Neff, Rude & Kirkpatrick
14. Broadhead & et al
15. Brummett & etal
16. Tadious, Paceg, Negi, Adame & Cole
17. Pauley & McPherson
18. Shapira, Leah, Mongrain & Myriam
19. Cosley, McCoy, Saslow & Epel
18. Wren, Somers, Wright, Goetz, Leary etal.

11. Williams, Stark, Shannon & Foster
12. Pedersen, Denollet, Ong, Serruys, Erdman & Van-donburg

شواهد پژوهشی نیز حاکی است که کمبود حمایت اجتماعی یک عامل خطر مستقل در شدت و گسترش آرترواسکلروز در زنان میانسال تحت آنژیوگرافی می‌باشد. این ارتباط از عوامل خطر طبی و سبک زندگی مانند سیگار کشیدن، رژیم غذایی و سبک زندگی بی‌تحرک مستقل بود (انگ، برگمن و بیس کانتی<sup>۲۶</sup>، ۲۰۰۶). حمایت اجتماعی ضعیف هم به‌عنوان عامل خطر در عود مجدد وقایع بالینی در زنان شناسایی شده است (هورستن، میتل‌من، و امالا، اسچنک، گوستافسون و ارث گومر<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۰).

با توجه به نقش تیپ شخصیتی D در بیماری کرونر قلبی، نقش محافظتی خود-دلسوزی و حمایت اجتماعی در این بیماری، نتایج متفاوت در این مورد وجود تحقیقات معدود در مورد خود دلسوزی به ویژه در کشور، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط تیپ شخصیتی D، خود دلسوزی حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی بیماران کرونر قلبی است.

### روش

این پژوهش یک مطالعه همبستگی است. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران کرونر قلبی مراجعه کننده به بیمارستان شهید مدرس شهر تهران در ۶ ماهه اول (اول فروردین تا پایان مهر ماه) سال ۱۳۸۹ بود. نمونه پژوهش شامل ۸۴ بیمار کرونر قلبی مراجعه کننده به بیمارستان شهید مدرس شهر تهران بودند که به صورت داوطلبانه در این پژوهش شرکت کردند [۴۰ بیمار دارای سابقه جراحی پیوند عروق کرونر و ۴۴ بیمار دارای سابقه درمان آنژیوپلاستی (ترمیم تنگی عروق به روش بدون جراحی)]. لازم به ذکر است که ۱۲۰ پرسشنامه در گروه بیماران توزیع شد که ۸۴ نفر آنان پرسشنامه‌ها را تکمیل و عودت دادند. علل عمده ریزش در گروه بیمار ترخیص، عدم رعایت سطح تحصیلات (۱۰ مورد زیر دیپلم) و یا عدم تمایل بیماران به پاسخگویی در مواجهه با نوع سؤالات علی‌رغم رضایت اولیه بود. در مطالعات همبستگی حداقل تعداد

پژوهشی بر روی بیماران دارای نشانه‌های اسکلتی - عضلانی به این نتیجه رسیدند که بعد از کنترل متغیرهای جمعیت شناختی، خود-دلسوزی پیش‌بینی کننده مهمی برای عاطفه منفی، عاطفه مثبت، فاجعه‌سازی درد و ناتوانی درد بود.

متغیر مرتبط دیگر با رفتارهای بهداشتی، حمایت اجتماعی است. منظور از حمایت اجتماعی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع مورد نیاز فراهم می‌کند. نتایج پژوهش‌ها حاکی است که میزان آسیب‌پذیری روانشناختی افراد دارای حمایت اجتماعی بالا در مقایسه با افراد دارای حمایت اجتماعی پایین کمتر است (علیپور، ۱۳۸۵). در بیماران کرونر قلبی و سایر بیماری‌های مزمن، خود کنترلی وابسته به حمایت اجتماعی است (دیماتو<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۴). در برخی مطالعات نشان داده شده است که حمایت اجتماعی مستقیماً بر فرایندهای فیزیولوژیک مرتبط با آرترواسکلروز تأثیر دارد. مردان با فشار خون بالا که حمایت اجتماعی سطح بالایی داشتند، سطح اپی نفرین خونشان مانند افراد گروه کنترل بود در حالی که در مردان مبتلا به فشارخون بالا، با حمایت اجتماعی پایین سطح اپی نفرین بالاتر بود (سل و همکاران، ۲۰۰۸). کینگ<sup>۲۲</sup> و همکاران (۲۰۰۱) نتیجه‌گیری کرده‌اند که حمایت اجتماعی با شدت و نتایج حمله قلبی و پذیرش و مشارکت در برنامه بازتوانی قلبی رابطه مستقیم دارد. شواهدی وجود دارد که انزوای اجتماعی و یا نقصان حمایت اجتماعی یک عامل خطر ساز مستقل در بیماری‌های کرونر قلبی است (بونکر، اسلر، هیکی، هانت و همکاران<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۳؛ روزانسکی، بلامنتال، دیدیسون، ساب و کابزانسکی و کاپلان<sup>۲۴</sup>، ۱۹۹۹). حمایت اجتماعی با بروز بیماری کرونر قلبی و میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری ارتباط دارد. اثرات مفید حمایت اجتماعی نیز در پیش آگهی بیماران کرونر قلبی مورد توجه قرار گرفته است (رزنگرن، اُرت-گومر، و ویلمم سن<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۳) که این چالش نیاز به بررسی دارد.

21. Dimatteo
22. King & et al
22. Bunker, Esler, Hickie, Hunt & etal.
23. Rozanski, Blumental, Davidson, Saab & Kubzansky
24. Rosengren, Orth-Gomer & Wilhelmsen

25. Ong, Bergeman & Bisconti
27. Horsten, Mittleman, Wamala, Schenck-Gustafsson & Orth-Gomer

۲- مقیاس خود-دلسوزی<sup>۳۰</sup>: این مقیاس ۲۶ آیتم دارد که به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) پاسخ داده می‌شود. این مقیاس ۶ خرده مقیاس (مهربانی با خود، خودداوری، ویژگی مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی، بیش همانندسازی) دارد. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس خود دلسوزی ۰/۹۳ است (نف<sup>۳۱</sup>، ۲۰۰۳). در مطالعه نف و همکاران<sup>۳۲</sup> (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در تایلند و تایوان ۰/۸۶ و در آمریکا ۰/۹۵ گزارش شده است. همچنین در مطالعه نیلی، اسکالرت، ساروجانی، روبرتر و چان<sup>۳۳</sup> (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۲ به دست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۸۱ می‌باشد.

۳- مقیاس حمایت اجتماعی: مقیاس حمایت اجتماعی<sup>۳۴</sup> توسط تامتی (۱۳۷۶) براساس تحلیل عوامل ساخت و اعتباریابی شده است. این مقیاس ۲۸ آیتم دارد که از سوی آزمودنی به صورت دوگزینه‌ای (نادرست و درست) پاسخ داده می‌شود. ضریب پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس (پس از یک ماه) ۰/۷۳ به دست آمده است. ضریب اعتبار سازه‌ای این آزمون ۰/۶۱ می‌باشد. ۴- پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ سؤالی وضعیت بهداشتی<sup>۳۵</sup>: پرسشنامه وضعیت بهداشتی توسط لوگ و کاسا<sup>۳۶</sup> (۱۹۹۸) ساخته شده است. این پرسشنامه ابزاری استاندارد شده برای سنجش کارکردی و بهتر شدن مراقبت‌های اولیه افراد در بیماری‌های مزمن توسعه یافته است. این پرسشنامه ۳۶ آیتم دارد که فعالیت‌های جسمانی و رفتارهای بهداشتی را اندازه‌گیری می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است (فوسا و دوهل، ۲۰۰۲). ضریب همبستگی پرسشنامه وضعیت بهداشتی با مقیاس اضطراب-افسردگی بیمارستانی ۰/۸۰- و با مقیاس شکایت جسمانی

نمونه ۳۰ نفر می‌باشد (دلاور، ۱۳۸۷) بنابراین برای افزایش اعتبار بیرونی، نمونه ۸۴ نفر انتخاب شد. ملاک‌های ورود برای بیماران عبارت بودند از: ۱- تشخیص بیماری عروق کرونر (بیماران فاقد مشکلات دریچه‌ای و نارسایی قلبی و بیماری‌های مادرزادی قلب)؛ ۲- سطح تحصیلات آنها از دیپلم کمتر نباشد؛ ۳- از نظر بالینی در شرایط مطلوب باشند (تحت تأثیر داروهای بیهوشی نباشند، درد نداشته نباشند) تا بتوانند با هوشیاری به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند و ۴- با رضایت کامل، داوطلب شرکت در طرح باشند. ملاک‌های ورود برای افراد سالم عبارت بودند از: ۱- بررسی و تأیید سلامتی فرد توسط پزشک معتمد مرکز تحقیقات قلب و عروق بیمارستان تخصصی شهید مدرس؛ ۲- موجود بودن جواب آزمایش‌های خون (لیپو پروتئین‌های خون و قند خون در این طرح اندازه گیری می‌شد) و نداشتن سایر عوامل خطر ساز بیماری قلبی عروقی (فشارخون بالا، درد قفسه سینه، چاقی و غیره) که از پرونده هر فرد استخراج می‌شد؛ ۳- سطح تحصیلات آنها از دیپلم کمتر نباشد و ۴- با رضایت کامل، داوطلب شرکت در طرح باشند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- مقیاس تیپ شخصیتی D<sup>۲۸</sup>: مقیاس تیپ شخصیتی D توسط دنولت تدوین شده است و ۱۴ آیتم دارد و مؤلفه‌های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را می‌سنجد. هر آزمودنی به این مقیاس به صورت "هرگز"، "بندرت"، "گاهی اوقات"، "اغلب اوقات" و "همیشه" پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های عاطفه منفی بازداری اجتماعی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶ به دست آمده است. ضریب اعتبار همزمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A<sup>۳۳</sup> ۰/۶۳ گزارش شده است (جونگ، دنولت، وان مله، کای پر و همکاران<sup>۲۹</sup>، ۲۰۰۷). در مطالعه‌ای که توسط ذولجناحی و وفایی (۱۳۸۵) در ایران انجام شد همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۷ و همسانی درونی خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۶۹ به دست آمده است. در مطالعه ابوالقاسمی، زاهد و نریمانی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شده است.

30. Self-compassion Scale

31. Neff

32. Neff, Pisitsungkagarn &amp; Hsieh Ya-Ping

33. Neely, Schallert, Sarojanni, Roberts &amp; Chen

34. Social Support Scale

35. Short form 36 Health survey

36. Loge &amp; Kassa

28. Type D Personality

29. Jonge, Denollet, Vanmelle, Kuyper &amp; etal

۰/۵۱ می‌باشد. در مطالعه ابوالقاسمی، زاهد و نریمانی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شده است.

روش اجرا: پس از کسب مجوز از معاونت آموزشی بیمارستان و مدیریت مرکز تحقیقات قلب و عروق، برای ورود به بخش‌ها از نظر ساعات و روز مراجعه به منظور عدم تداخل در فرایند درمانی بیماران و فعالیت‌های پرسنل هماهنگی شد. پس از معرفی و آگاه کردن بیماران از اهداف تحقیق و توضیح لازم که این اقدام پژوهشی ارتباطی با سیر درمان بیمار ندارد، پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۲۰ بیمار قرار داده شد و از آنان خواسته شد که به دقت به سؤالات پرسشنامه‌های تحقیق پاسخ دهند. جمعاً از ۱۲۰ پرسشنامه، ۸۴ پرسشنامه عودت داده شدند. جهت تشکر از شرکت‌کنندگان هنگام تحویل پرسشنامه‌ها هدیه‌ای کوچک به آنان داده می‌شد. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چند

**یافته‌ها**  
میانگین سنی گروه بیماران کرونر قلبی  $53/70 \pm 11/03$  سال و گروه سالم  $36/07 \pm 11/72$  می‌باشد. ۷۹ درصد (۶۷ نفر) بیماران مرد و ۳۲/۲ درصد (۱۷ نفر) زن می‌باشند. جهت بررسی فراوانی تیپ شخصیتی D در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی مانند مطالعه دانی‌من و همکاران (۲۰۱۰) نقطه برش ۲۰ در نظر گرفته شد. نتایج جدول فوق حاکی از آن است که میزان شیوع تیپ شخصیتی D در گروه بیماران کرونر قلبی  $38/1$  درصد (۳۲ نفر) و در گروه سالم ۲۵ درصد (۱۱ نفر) می‌باشد.  
در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در بیماران کرونر قلبی ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای مختلف در بیماران کرونر قلبی و افراد سالم

متغیرها	X	SD
تیپ شخصیتی D	۱۰/۶۳	۶/۲۳
بازداری اجتماعی	۱۰/۶۱	۴/۸۵
کل	۲۱/۲۴	۹/۲۶
مهربانی باخود	۲/۴۶	۱/۰۶
خود داوری	۳/۵۸	۰/۷۵
ویژگی مشترک انسانی	۲/۴۹	۱/۰۲
خود-دلسوزی	۳/۳۴	۰/۷۹
انزوا	۲/۵۸	۱/۱۱
ذهن آگاهی	۳/۴۶	۰/۹۴
بیش آگاهی	۱۷/۹۲	۲/۵۸
کل	۴/۷۱	۱/۹۷
حمایت خانواده	۵/۰۴	۲/۰۶
حمایت دوستان	۴/۲۰	۱/۵۸
حمایت اجتماعی	۳/۵۸	۰/۷۵
حمایت اجتماعی عمومی	۱۷/۲۷	۴/۷۹
کل	۸۱/۶۳	۱۸/۲۷
رفتارهای بهداشتی		

ضرایب همبستگی مؤلفه‌های تیپ شخصیتی D، خود-دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی بیماران کرونر قلبی در جدول ۲ آمده است ( $P < 0/001$ ).

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تیپ شخصیتی D ( $r = -0/52$ )، خود - دلسوزی ( $r = 0/22$ ) و حمایت اجتماعی ( $r = 0/19$ ) با رفتارهای بهداشتی همبستگی معنی‌داری دارند ( $P < 0/001$ ). همچنین

جدول ۲: ضریب همبستگی بین تیپ شخصیتی D، خود-دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی

متغیرها	r	متغیرها	r
مهربانی باخود	***/۰/۴۳۲	عواطف منفی	***/-۰/۵۵۱
خود داوری	**/-۰/۳۶۹	بازداری اجتماعی	**/-۰/۳۰۱
صفت مشترک انسانی	***/۰/۵۷۱	کل	***/-۰/۵۲۴
انزوا	**/-۰/۳۰۰	حمایت خانواده	*۰/۱۷
ذهن آگاهی	***/۰/۴۴۱	حمایت دوستان	۰/۱۰
پیش همانندسازی	*-۰/۲۲۰	حمایت اجتماعی	***/۰/۲۳۲
		حمایت اجتماعی عمومی	۰/۰۳
کل	*۰/۲۲۰	کل	*۰/۱۸۶

برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای تیپ شخصیت D، حمایت اجتماعی و خود-دلسوزی در بیماران کرونر قلبی به عنوان متغیرهای پیش‌بینی و رفتارهای بهداشتی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون چندمتغیری تحلیل شدند. در جدول ۳ میزان F مشاهده شده معنی‌دار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و ۳۰ درصد از واریانس رفتار

بهداشتی توسط متغیرهای تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خود-دلسوزی تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا تیپ شخصیتی D ( $Beta = -۰/۵۲۴$ ) و خود دلسوزی ( $Beta = ۰/۱۷۷$ ) می‌تواند تغییرات مربوط به رفتارهای بهداشتی را در بیماران کرونر قلبی به صورت معنی‌داری پیش‌بینی کنند.

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری به روش ورود در بیماران کرونر قلبی

متغیرها	R	R2	ARS	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد	t
				SE	B	Beta
Constant	-	-	-	۱۱/۴۳۵	۷۷/۸۷۸	۶/۸۱۰
تیپ D	۰/۵۲۴	۰/۲۷۴	۰/۲۶۸	۰/۱۵۲	-۱/۰۵۱	-۶/۸۹۹
حمایت- اجتماعی	۰/۵۳۳	۰/۲۸۴	۰/۲۷۲	۰/۳۱۱	۰/۴۰۵	۱/۳۰۱
خود دلسوزی	۰/۵۶۱	۰/۳۱۵	۰/۲۹۹	۰/۵۰۰	۱/۱۸۸	۲/۳۷۷

برای تعیین قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های رفتار بهداشتی از طریق مؤلفه‌های تیپ شخصیتی D، خود-دلسوزی و حمایت اجتماعی از تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد که به ترتیب ویژگی مشترک انسانی ( $Beta = ۰/۵۷۱$ )، عاطفه منفی ( $Beta = -۰/۳۹۷$ ) =

حمایت اجتماعی و خود داوری ( $Beta = -۰/۱۸۲$ ) و حمایت خانواده ( $Beta = ۰/۱۷۴$ ) می‌تواند تغییرات مربوط به رفتارهای بهداشتی را در بیماران کرونر قلبی به صورت معنی‌داری پیش‌بینی کنند.



جدول ۴: خلاصه نتایج رگرسیون چندمتغیری برای پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی

از طریق مؤلفه‌های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خود-دلسوزی

t (P)	ضرایب استاندارد Beta	ضرایب غیر استاندارد B SE	ARS	R2	R	متغیرهای پیش‌بین
۱۰/۸۷۷ (۰/۰۰۰)		۸۱/۴۵۹ ۷/۴۸۹				Constant
۷/۸۰۵ (۰/۰۰۰)	۰/۵۷۱	۱۰/۵۵۸ ۱/۳۵۳	۰/۳۲۱	۰/۳۲۶	۰/۵۷۱	ویژگی مشترک انسانی
-۵/۶۶۱ (۰/۰۰۰)	-۰/۳۹۷	-۱/۲۰۴ ۰/۲۱۳	۰/۴۵۵	۰/۴۶۳	۰/۶۸۱	عاطفه منفی
۲/۷۱۰ (۰/۰۰۸)	۰/۱۷۴	۱/۶۲۹ ۰/۶۰۱	۰/۴۸۱	۰/۴۹۳	۰/۷۰۲	حمایت خانواده
-۲/۶۸۸ (۰/۰۰۸)	-۰/۱۸۲	-۳/۴۳۲ ۱/۲۷۷	۰/۵۰۶	۰/۵۲۲	۰/۷۲۲	خود داوری

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط تیپ شخصیتی D، خود-دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی بود. نتایج نشان داد که تیپ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی همبستگی منفی معنی‌داری دارند. این نتایج در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر (برای مثال دنولت و همکاران، ۲۰۰۰؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۸؛ دیماتو، ۲۰۰۴؛ پله و همکاران، ۲۰۰۹) قرار دارد. این نتایج نشان می‌دهند که تنش‌های ناشی از تیپ شخصیتی D از طریق تغییرات رفتاری و فیزیولوژیکی بر سلامتی اثر می‌گذارند. افراد دارای تنش بالا تمایل افراطی به انجام رفتارهایی دارند که امکان بیمار شدن و آسیب دیدن آنها را افزایش می‌دهد (مجلسی و محبی، ۱۳۷۷). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که بیماران کرونر قلبی با تمایل پایدار به تجربه هیجانات منفی در موقعیت‌های مختلف، اضطراب و دلواپسی، هراس و تحریک‌پذیری بیشتری را تجربه می‌کنند و این حالات به نوبه خود فراوانی تیپ شخصیتی D را در این بیماران افزایش می‌دهد. این نتیجه نیز با این یافته ویلیامز و همکاران (۲۰۰۸)

همخوانی دارد که بیماران دارای تیپ شخصیتی D به انجام رفتارهای بهداشتی ناسازگارانه نظیر سیگار کشیدن، ورزش نکردن و داشتن یک رژیم غذایی بد تمایل بیشتری دارند. تیپ شخصیتی D پدیدآورنده عامل خطر برای بیماری قلبی-عروقی می‌باشد که با پیش‌آگهی بد، حالات تندرستی آسیب دیده و پریشانی هیجانی ارتباط دارد. نتیجه مطالعه دنولت و همکاران (۲۰۰۰) نیز حاکی است که تیپ شخصیتی D به عنوان پیش‌بینی کننده آسیب‌زای بالینی و پیامدهای روانی در بیماران قلبی تلقی می‌شود. همچنین می‌توان بیان کرد که شرایط استرس‌زا موجب ترشح آدرنالین شده و ضربان قلب را افزایش می‌دهد و این امر سبب ناراحتی قلبی-عروقی می‌گردد (کونانات<sup>۳۷</sup>، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر، در نتیجه تغییراتی مانند افزایش ضربان قلب و بالا رفتن فشار خون، نیاز قلب به اکسیژن افزایش می‌یابد و این خود می‌تواند در افرادی که بیماری قلبی دارند، سبب حمله قلبی شود. به علاوه، تیپ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن در بلندمدت می‌توانند به دیواره شریان کرونری صدمه بزنند و بیماری کرونر قلبی را تسریع و تشدید نمایند.

پاسخ استرس با رهاسازی کاتکولامین‌ها 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 (رستمی، رحیمیان و بشارت، ۱۳۸۷). تبیین دیگر این است که متغیرهای روانشناختی و شخصیتی نیز ممکن است بیماری کرونر قلبی را از طریق مسیرهای رفتاری از جمله اختلال در عملکرد رفتار یا شکست در رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت تحت تأثیر قرار دهند. همچنین نتایج پژوهش حاضر با این نتیجه‌گیری که عوامل روانشناختی به ویژه تیپ شخصیتی D نقش مهمی در بیماری‌های کرونر قلبی دارند، همسویی دارد (کودیلاکا<sup>۳۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

نتایج پژوهش نشان داد که خود-دلسوزی و برخی از مؤلفه‌های آن با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی همبستگی معنی‌داری دارد. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی انجام گرفته در زمینه تأثیر دریافت دلسوزی بر سلامت جسمی و روانی، کنترل استرس، کنترل رفتارهای پرخطر منتهی به بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی بیماران کرونر قلبی است. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به مطالعات کوزلی و همکاران (۲۰۱۰)، برودهید و همکاران (۱۹۸۳)، برومت و همکاران (۲۰۰۱)، ویلیامز و همکاران (۲۰۰۸)، نف و همکاران (۲۰۰۸) و شاپیرا و همکاران (۲۰۱۰) اشاره نمود. در این پژوهش‌ها نتیجه‌گیری شده است که خود دلسوزی در بیماران کرونر قلبی بیشتر است. کوزلی و همکاران (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیده‌اند که با توجه به اینکه استرس یکی از اصلی‌ترین عوامل خطر ساز ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی به شمار می‌رود، می‌توان از نقش دلسوزی در کاهش استرس به عنوان یکی از عوامل مهم در پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی یاد نمود. می‌توان بیان کرد که دلسوزی برای

دیگران در تعامل با حمایت اجتماعی در برابر استرس، واکنش‌های فیزیولوژیکی را متعادل‌تر می‌سازد. همچنین دلسوزی بالاتر می‌تواند به فشار خون و کورتیزول پایین‌تر و ضربان قلب بهنجار منجر گردد. دلسوزی برای دیگران احتمالاً توانایی دریافت حمایت اجتماعی را افزایش می‌دهد و می‌تواند منجر به رفتارهای سازگاران و انطباقی بیشتر در برابر واکنش‌های استرس گردد و نهایتاً رفتارهای سازگاران و انطباقی در برابر واکنش‌های استرسی به کاهش بیماری‌های قلبی - عروقی منتهی می‌شود.

بخش دیگری از نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی و وضعیت رفتارهای بهداشتی بیماران قلبی و عروقی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد، اما این رابطه تقریباً ضعیف بود. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی دیگر از جمله وروزانسکی و کاپلان (۱۹۹۹)، کینگ و همکاران (۲۰۰۱)، وانگ و همکاران (۲۰۰۰)، بونکر و همکاران (۲۰۰۳)، اونگ و همکاران (۲۰۰۶)، گلس، فلوری، هانکین، کلووس و تروسکی<sup>۳۹</sup> (۲۰۰۹) و شین و هان و کیم<sup>۴۰</sup> (۲۰۰۷) قرار دارد. این تحقیقات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی نقش تعدیل‌کننده‌ای در بیماران قلبی - عروقی داشته و در کاهش میزان مرگ و میر این بیماران تأثیر چشمگیری دارد. وانگ و همکاران (۲۰۰۶) نتیجه‌گیری کردند که پیشرفت آرترواسکلروز کرونر به ترتیب در زنان دارای حمایت عاطفی کمتر، انزوای اجتماعی و اشکال در روابط بین فردی اجتماعی بیشتر بوده است. در مقابل در زنانی که حمایت اجتماعی بالا داشتند پیشرفت آرترواسکلروز کرونر کمتر بود. این ارتباط از عوامل بالینی و عواملی همچون سبک زندگی، سن، سابقه مصرف سیگار و سایر موارد هنگام سکت قلبی حاد مستقل بود. در تبیین این نتیجه نیز می‌توان گفت که افراد برخوردار از حمایت اجتماعی مناسب، تشویق و

39. Giass, Flory, Hankin, Kloos &amp; Turecki

40. Shin, Han &amp; Kim

38. Kudielka

۳۰ درصد از واریانس رفتارهای بهداشتی را تبیین کرده و از این میان تیپ شخصیتی D و خود-دلسوزی برای رفتارهای بهداشتی دارای توان پیش‌بین معناداری بودند. این نتیجه نشان می‌دهد که ۷۰ درصد واریانس و عوامل باقیمانده توسط متغیرهای دیگر مؤثر بر رفتارهای بهداشتی (نظیر عوامل فیزیولوژیکی، زیست شیمیایی، شناختی و انگیزشی) تبیین می‌شود. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که مؤلفه‌های صفت مشترک انسانی، عواطف منفی، خود داوری و حمایت از سوی خانواده به عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتارهای بهداشتی بیماران کرونر قلبی می‌باشند و این مؤلفه‌ها ۵۲ درصد از واریانس رفتارهای بهداشتی را تبیین می‌کند ( $P < 0/001$ ). این نتیجه نشان می‌دهد که ۴۸ درصد واریانس و عوامل باقیمانده توسط متغیرهای دیگر مؤثر بر رفتارهای بهداشتی (نظیر عوامل فیزیولوژیکی، زیست شیمیایی، شناختی و انگیزشی) تبیین می‌شود. با توجه به عدم وجود یافته‌های متناظر در پیشینه، از این یافته می‌توان استنباط کرد که تیپ شخصیتی D، خود - دلسوزی و حمایت اجتماعی و به ویژه برخی از مؤلفه‌های آنها تأثیرشان بر رفتارهای بهداشتی تقریباً قابل ملاحظه بوده است. لذا برای روش شدن این نکته لازم است که تحقیقات بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

در مجموع نتایج نشان داد که تیپ شخصیتی D، خود - دلسوزی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی نقش معنی‌داری دارند. این نتایج حاکی است که تیپ شخصیتی D در بیماری کرونر قلبی نقش بسزایی داشته و افراد را در معرض خطر قرار می‌دهد. همچنین خود - دلسوزی و حمایت اجتماعی با ایجاد اثر حفاظتی می‌تواند افراد را در جهت سلامت هرچه بیشتر سوق دهند. با توجه به نقش این متغیرها در رفتارهای بهداشتی می‌توان در زمینه پیشگیری و درمان و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی

توصیه‌های بیشتری را درباره رفتارهای بهداشتی خوب و مناسب دریافت می‌کند، احساس قوی‌تری از کنترل شخصی دارند و در مقابل، از اثرات زیان‌آور استرس محافظت می‌شوند. حمایت اجتماعی بر عوامل خطر ساز روانی - اجتماعی (نظیر استرس) تأثیر گذاشته و از طریق کاهش این عوامل، زمینه را برای بهبود بیماری فراهم می‌سازد. یکی از اصلی‌ترین دلایلی که در زمینه ضعیف بودن رابطه بین حمایت اجتماعی و رفتارهای بهداشتی در این پژوهش می‌توان مطرح نمود، بحث مسائل فرهنگی است. اکثر پژوهش‌های انجام گرفته در کشورهایی است که فرهنگ برقراری ارتباطات عاطفی قوی و ریشه‌دار کم‌رنگ است و میزان همبستگی اجتماعی در افراد جامعه، دوستان و اعضای خانواده پایین می‌باشد و وجود یک ارتباط عاطفی قوی منجر به بهبود بیماری و افزایش کیفیت رفتارهای خود مراقبتی بیمار و افزایش میزان امید به زندگی در فرد می‌شود. در کشور ما که ساختار فرهنگی - اجتماعی آن در مناطقی کاملاً سنتی بوده و در حال گذر به سمت ساختار مدرن است، خانواده هنوز هم بسیاری از کارکردهای قدیمی خود را حفظ نموده است. زمانی که مباحث مربوط به حمایت اجتماعی و تأثیر آن در رفتارهای بهداشتی در نظر گرفته می‌شود، درمی‌یابیم که فرهنگ ایرانی هنوز هم کارکردهای محافظت و عاطفه و همراهی خود را حفظ نموده است و این امر در هنگام وقوع اتفاقات پیش‌بینی نشده نظیر بیماری افزایش پیدا می‌کند. در جامعه ما حمایت اجتماعی اطرافیان در هنگام بروز بیماری به شدت افزایش پیدا می‌کند تا حدی که از شکل حمایت مورد نیاز فراتر رفته و به مرز تلقین بیماری و ناتوانی می‌رسد که این امر خود، زمینه‌ساز کاهش رفتارهای خودیاری و بهداشتی در بیمار می‌شود.

نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری نشان داد که تیپ شخصیتی D، خود-دلسوزی و حمایت اجتماعی

بیماران کرونر قلبی گام برداشت. همچنین شناسایی دقیق‌تر تیپ شخصیتی D و آموزش خود - دلسوزی از نظر مداخلات درمانی می‌تواند کمک‌کننده باشد؛ زیرا تمرکز بر این عناصر می‌تواند به نتایج درمانی بهتر و پایدارتر منجر شود.

انجام تحقیق فقط بر روی بیماران کرونر قلبی، عدم کنترل برخی از متغیرها به طور دقیق (مانند سن و جنس ...)، تحت نظر متخصص بودن و امکان اثرگذاری داروها بر روی بیماران و انتخاب بیماران بالای دیپلم از محدودیت‌هایی بود که در این تحقیق پژوهشگر با آن مواجه بوده است، لذا می‌بایست در تعمیم نتایج به سایر بیماران احتیاط کرد.

### سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه مسئولین و کارکنان محترم بیمارستان شهید مدرس تهران که در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

### منابع

ابوالقاسمی، ع. زاهد، ف. نریمانی، م. (۱۳۸۸). " بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر". *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۴۳(۳)، ۲۲۲-۲۱۳.

ثامتی، ن. (۱۳۷۵). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش حمایت اجتماعی در دانشجویان. *پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.*

دلاور، ع. (۱۳۸۷). احتمالات و آمار کاربردی در روان شناسی و علوم تربیتی. چاپ چهاردهم، تهران، انتشارات رشد.

ذولجناحی، ا. اگیلار، وفایی م. (۱۳۸۳). شیوع تیپ D شخصیتی در جامعه دانشجویان و ارزیابی بنیادهای

زیستی- رفتاری شخصیت در مستعد بودن با بیماری کرونر قلبی". *دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.*

رستمی، ر. رحیمیان، ا. بشارت، م. (۱۳۸۷). "مقایسه استرس زناشویی بیماران مبتلا به اختلال کرونری قلب و افراد سالم". *مجله علوم روانشناختی*، ۲۵، ۲۳-۲۵.

علی‌پور، ا. (۱۳۸۳). ارتباط منابع حمایت اجتماعی با شاخص های ایمنی بدن در افراد سالم. *فصلنامه اندیشه و رفتار. سال ۱۲(۲): ۱۳۹-۱۳۴.*

گریگس آ. لوسکالزو، ک. (۲۰۰۵). مبانی داخلی طب سیسیل، ترجمه گروه مترجمین انتشارات تیمورزاده. تهران، نشر طبیب. ۱۳۸۶.

مجلسی، م. محبی، ع. (۱۳۷۷). کتاب چهارم قلب. تهران، نشر ارجمند.

### References

- Black, J.M., Hawks, J.H.(2005). *Medical Surgical Nursing, 7th edition*, Saunders, p24
- Broadhead, W.E., Kaplan, B.H., James, S.A., Wagner, E.H., Schoenbach, V.J., Grimson, R., et al.(1983). The epidemiological evidence for a relationship between social support and health". *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Brummett, B.H., Barefoot, J.C., Siegler, I.C., Clapp-Channing, N.E., Lytle, B.L., Bosworth, H.B., et al.(2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*, 63, 267-272.
- Bunker, S., Colquhoun, D., Esler, M., Hickie, I., Hunt, D., Jelinek, V., Oldenburg, B., Peach, H., Ruth, D.,

- Tennant, C. & Tonkin A. (2003). Stress and coronary heart disease: Psychosocial risk factors". *Medical Journal of Australia*, 178(6), 272-276.
- Cosley, J. Shannon, K., McCoy, Saslow ,R, Elissa, S. (2010). Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, xxx (2010) xxx-xxx
- Dannemann S., Mastechky K., Einsle F., Smucker M R., Zimmermann K., Joraschky P., Weidner K., Kollner V.(2010). Is type-D a stable construct? An examination of type-D personality in patients before and after cardiac surger. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 101-109.
- Dimatteo, M.R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis". *Health Psychology*, 23, 207-18.
- Denollet, J. (1998). "Personality and coronary heart disease: the Type-D Scale DS-16" . *Annual Behavior Medicin*, 20(2), 209-215
- Denollet, J., Vaes ,J., Brautsaert, D.L. (2000). Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of Type D personality and younger age on 5 year prognosis and quality of life. *Circulation*, 102, 630-5
- Emons, W., Meijer, R., Denollet, J. (2007). "Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease: Evaluating type-D personality and its assessment using item response theory". *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 27-39
- Fossa S.D, Dahel A.A. (2002). Short from 36 and hospital anxiety and depression scale a comparison based on patients with testicular cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(1), 79-87.
- Glass, K.; Flory, K.; Hankin, B. L.; Kloos, B. & Turecki, G. (2009). Are coping strategies, social support, and hope associated with psychological distress among Hurricane Katrina survivors? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 779-795.
- Jonge, P., Denollet, J., Vanmelle, J., Kuyper, A., Honig, A., Hschange, A., Ormet, J. (2007). "Association of type-D personality and depression with somatic health in myocardial infarction patients". *Journal of Psychosomatic Research*, 63(5), 477-489.
- Horsten, M., Mittleman, M.A., Wamala, S.P.(2000).— Schenck-Gustafsson K. & Orth-Gomer K. Depressive symptoms and lack of social integration in relation to prognosis of CHD in middle-aged women: The Stockholm female coronary risk stud. *European Heart Journal*, 21(13), 1072-1080.
- King, KM, et al.(2001). Psychosocial components of cardiac recovery and rehabilitation attendance. *Heart*, 85, 290-294.
- Kunnanatt, J.T. (2003). "Type A behavior pattern and managerial performance: A study among bank executives" India. *International journal of Manpower* , 24(6), 720-734.
- Kudielka, B.M., Van Kane, R., Gander ,M.L., Fischer, J.E. (2004). The interrelationship of Psycholosocial risk factors for coronary artery disease in a

- working populatin". *Behavior medicin*, 30(1), 35-4.
- Loge JH. & Kassa, S., (1998). Short form 36 (SF-36)Health survey:normative data from the general. Norwegian population. *Scand. Journal Social. Medicine*, 26, 250-8.
- Neff, K.D. (2003). "Development and validation of a scale to measure self-compassion". *Self and Identity*, 2,223-250.
- Neff, K.D., Rude, S.S., Kirkpatrick, K.L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality trait. *Journal of Research in Personality*, 41, 908–916.
- Neff K, D., Pisitsungkagarn, K.,Hsieh Ya-Ping. (2008). Self-Compassion and Self-Constual in the United States, Thailand, and Taiwa. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267-285.
- Neely, E.M., Schallert, L.D., Sarojanni, M.S., Roberts, M.R., Chen, Y.J. .(2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-bein. *Motivation & Emotion*, 33, 88–97.
- Ong, A.D., Bergeman, C.S., Bisconti, T.L., et al .(2006).Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later lif. *Journal Personallity Sociopsychology*, 91, 730–749.
- Pedersen, S.S., Denollet, J. Ong, A., Serruys, W., Erdman, R., Van-donburg, R. (2007). "Impaired health status in type-D patients following PCI in the drug-eluting stent era. *International Journal Cardiology*, 114, 358-65.
- Pelle, A.J., Denollet, J., Zwisler, A., Pedersen, S.S. (2009). Overlap and distinctiveness of psychological risk factors in patients with ischemic heart disease and chronic heart failure: Are we there yet?. *Journal of Affective Disorders*, 113(1-2), 150-156.
- Pauley, G, McPherson, S.(2010). The experience and meaning of compassion and self compassion for individuals with depression or anxiety Psychology and Psychotherapy: *Theor. Research and Practice*, 83, 129–143.
- Ridker P.M., Genest J., Libby P. (2001). Risk factors atheroscleotic diseas. In: Braunwald, E. Zipes, D.P., Libby, P, editors, Braunwald heart disease - A text book of cardiovascular medicin, *the edition, Vol: 1, W.B. Saunders Co, Philadelphia: 1010-1039.*
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A, Davidson, K.W, Saab, P.G, Kubzansky, L. (2005).The epidemiology, pathohphysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practic. *Journal American College*, 45(4), 637-651.
- Rosengren, A., Orth-Gomer ,K. & Wilhelmsen, L. (1998).Socioeconomic differences in health indices, social networks and mortality among Swedish men. A study of men born in 1933. *Scandinavian Journal of the Society of Medicine*, 26(4), 272–280.
- Sarafino E.P.( 2002). Health Psychology 4th . John Wiley and Sons, Inc.
- Schroder , K.E., Scharzer, R.(2005). Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. *Social Science & Medicine*, 60(4), 859-875.

Shapira, B., Leah, Mongrain & Myriam. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5 (5), 377-389.

Shin, H.S., Han, H.R., & Kim, M.T. (2007). Predictors of psychological well-being amongst Korean immigrants to the United States: A structured interview survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44: 415-426.

Sol, G.M, Vander-Graaf, Y., Goessens, M.B, Visseren, L.J. (2008). Social support and change in vascular risk factors in patients with clinical manifestations of vascular diseases. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 137-143.

Thaddeus, W.W. Pace, Adame, D.D., Cole, P.S., Sivilli, T.I., Brown, D.T., Issa, M.J., Raison LC. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 87-98.

Wang, Hui-Xin, Murray, A., Mittleman, K. Orth-Gomer, H. (2005). Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science & Medicine*, 60: 599-607.

Williams, G., Stark, J. K., Shannon, S., Foster, E.E., (2008). The Relationships Among Self-compassion, Motivation, and Procrastination. *American Journal of Psychological Research*, 4(1), 37-4

روان‌شناسی سلامت

فصلنامه علمی پژوهشی / شماره ۱ - بهار ۱۳۹۱

Health Psychology/ Vol.1. No1/ Spring 2012

