

مقایسه تیپ شخصیتی D و فرسودگی حیاتی در افراد با و بدون بیماران قلبی

تورج هاشمی نصرت آباد^{***}، نعیمه ماشینیچی عباسی^{**}، لادن عدل نسب^{**}، جعفر بهادری خسروشاهی^{***}

*دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

**کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)^۱

***دانشجوی دکتری دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

Comparison of Type D personality and Vital Exhaustion in Coronary Heart Disease (CHD) and Normal

*T. Hashemi Nosrat abad, **N. Mashinchiabasi, ** L. Aadnasab, ***J. Bahadorikhosroshahi

*. Associate professor, Department of Psychology University of Tabriz, Tabriz, Iran

** Msc in Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

***. Ph.d, Student of Neuroscience, University of Tabriz, Tabriz, Iran

تاریخچه مقاله

دریافت مقاله: ۹۱/۷/۵

تجدیدنظر: ۹۱/۱۰/۱۰

پذیرش: ۹۱/۱۰/۱۰

Article History

Receipt: 2012.9.26

Revise: 2012.12.30

Acceptance: 2012.12.30

روانشناسی سلامت
فصلنامه علمی پژوهشی / شماره ۳ - پاییز ۱۳۹۱
Health Psychology/ Vol1. No3/ Autumn 2012

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 مقایسه تیپ شخصیتی D و فرسودگی حیاتی در بیماران قلبی و افراد عادی بود.

روش: طرح پژوهش حاضر یک طرح پس رویدادی یا علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز و بیماران کرونری قلب مراجعه‌کننده به مطب‌های تخصصی قلب بودند. نمونه پژوهش ۲۰۰ نفر فرد بهنجار و ۱۵۰ بیمار قلبی بودند از نظر متغیرهای گروه سنی، تأهل و سطح تحصیلات با گروه بیماران یکسان شده بودند، به شیوه تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تیپ شخصیتی دنولت، فرسودگی حیاتی ماستریخت و فرم مشخصات جمعیت‌شناختی استفاده شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون یو-من-ویتنی توسط نرم افزار SPSS.16 مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین بیماران قلبی و افراد عادی از نظر تیپ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن (عاطفه منفی و بازداری اجتماعی) و متغیر فرسودگی حیاتی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** این یافته‌ها نشان می‌دهند که تیپ شخصیتی D و فرسودگی حیاتی از متغیرهای تقریباً تأثیرگذار بر رفتارهای بهداشتی بیماران کرونری قلبی هستند. این نتایج، تلوپحات مهمی در زمینه آموزش و مداخلات درمانی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران کرونری قلبی دارد که در مقاله مورد توجه قرار گرفته‌اند.

کلیدواژه‌ها: تیپ شخصیتی D، عاطفه منفی، بازداری اجتماعی، فرسودگی حیاتی، بیماری کرونری قلب

Abstract

Objective: The aim of this study was compared the personality types D and vital exhaustion in coronary heart disease (CHD) and normal.

Method: The population of the study includes all the students Tabriz University and the patients with coronary heart disease who consulted heart specialists. The sample of the study includes normal people and patients with heart diseases who were selected randomly in certain steps. The instruments for gathering data were standardized scales: Questionnaire of Denollet type D personality (TDPQ), Maastricht vital exhaustion Questionnaire (MVEQ) and demographic characteristics. Data were analyzed by using of descriptive statistics and research hypothesis the U Mann Whitney test was analyzed in SPSS.16 software.

Results: Results showed that there are differences between coronary heart disease and normal individuals of type D personality and its components (negative affect and social inhibition) and vital exhaustion.

Conclusion: The findings of important implications is for future research, prevention, psychopathology and treatment of health behaviors in patients with coronary heart disease.

Keywords: Type D personalities, negative affect, social inhibition, vital exhaustion, coronary heart disease

مقدمه

قلبی کمتر شناخته شده است (دنولت^۶، ۲۰۰۵). متغیر شخصیت، تعیینکننده مهمی در تجربه استرس است. اگرچه صفات عمده و ثابت شخصیتی میتوانند به خوبی اثر استرسها را تبیین نمایند، اما طی سالهای اخیر مطالعات انجام شده به منظور اکتشاف رابطه حوزه روانشناسی و حوزه کاردیولوژی که شامل عوامل شخصیتی نیز باشند، کاهش یافته است. این موضوع شاید به دلیل بحث انگیز شدن الگوی رفتاری مستعد کننده بیماری قلبی تحت عنوان الگوی رفتاری سنخ A باشد. مناقشات در مورد الگوی رفتاری سنخ A موجب شد متغیرهای شخصیتی در مطالعات قلبی موضوعیت خود را از دست بدهد. با این وجود در چند سال اخیر نظریه سنخ شخصیتی D در زمینه بیماریهای قلبی توسط دنولت مطرح شده است که به نظر میرسد این سنخ شخصیتی عامل مهمی در تبیین تفاوتهای فردی در پاسخ به استرسها، همبودیها، عوارض قلبی، پیامدهای روانشناختی و خطر مرگ و میر به دنبال بیماریهای قلبی باشد (پدرسون^۷ و دنولت، ۲۰۰۳). بنابراین یکی از متغیرهای مهم اثرگذار دیگر بر بیماری عروق کرونری، تیپ شخصیتی D است. مفهوم تیپ شخصیتی D بیانگر تعامل صفات ویژه‌ای است که ممکن است روی سلامتی اثرات زیانباری داشته باشد. تیپ شخصیتی D دارای دو مؤلفه است: ۱- عاطفه منفی^۸ که به تمایل تجربه عواطف منفی در طول زمان و موقعیتهای مختلف اشاره میکند؛ ۲- بازداری اجتماعی^۹ که تمایل برای بازداری از بیان این هیجانات در تعامل اجتماعی است (دنولت، کوناردس، بروتسارت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۳). دنولت و همکاران به این نتیجه رسیدند که تیپ شخصیتی D مستقل از

بیماری عروق قلبی از شایعترین علل مرگ و میر و ناتوانی در کشورهای صنعتی و در حال توسعه به شمار می‌رود (فونگ^۱، ۲۰۰۰). در ایران نیز شیوع بیماریهای عروق کرونر و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش می‌باشد، به گونه‌ای که این بیماری ۰/۴۶ از علل مرگ و میر را به خود اختصاص میدهد و میزان بروز آن در ۱۰۰ هزار نفر، ۱۸۱/۴ میباشد. طبق برآورد به عمل آمده در سال ۱۳۸۰، روزانه ۳۱۷ نفر و سالیانه ۱۱۶ هزار نفر به علت این بیماری جان می‌سپزند (نقوی، ۱۳۸۰). به دنبال بیماری عروق کرونر معمولاً بیماران مشکلات متعددی مانند درد؛ تغییر در جریان خون بافتی؛ عدم تحمل فعالیت، سازگاری غیر مؤثر با بیماری، اضطراب و افسردگی (اسمتزر و بار^۲، ۲۰۰۴) تظاهرات روانی شدید، از بین رفتن امنیت کاری، کاهش فعالیتهای تفریحی، آینده نامطمئن و اختلال در روابط بین فردی و ایفای نقشهای خانوادگی را تجربه میکنند، که به شدت بر کیفیت زندگی آنان مؤثر است (مولینس^۳، ۱۹۹۵).

مرگ ناشی از بیماریهای قلبی در ایران ۲۵ تا ۴۵ درصد و میزان شیوع بیماریهای ایسکمیک قلب در کشور بالا گزارش شده است. علاوه بر مرگ و میر، این بیماری منجر به شیوع قابل توجه ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی، تندرستی و بارآوری شده و علت عمده هزینههای بهداشتی را تشکیل می‌دهد (گریگز^۴، ۲۰۰۵). استرسهای حاد و مزمن روانشناختی با آسیبشناسی بیماریهای قلبی - عروقی ارتباط دارد (روزانسکی، بلومنتال و کاپلان^۵، ۱۹۹۹). اما متغیرهای تعیینکننده تجربه این استرسها به عنوان عامل خطر

- 6 . Denollet
- 7 . Pedersen
- 8 . Negative affect
- 9 . Social inhibition
- 10 . Conraads & Brutsaert

- 1 . internet addiction
- 2 . Smeltzer & Bare
- 3 . Mulinac
- 4 . Grigs
- 5 . Rozanski, Blumenthal & Kaplan

عوامل دیگر، پیش‌بینی‌کننده مهمی برای بیماران عروق کرونری است و اثرات پایدار و مهمی روی کیفیت زندگی و تندرستی این بیماران می‌گذارد.

محققان نشان دادند که تیپ شخصیتی D به طور کلی یک عامل خطرآفرین برای برایندهای نامطلوب تندرستی، کیفیت زندگی مرتبط با تندرستی و اشکال مختلف ناراحتی از جمله اضطراب، افسردگی و

استرس پس از ضربه است (آکیورس، دنولت، هامینگ^۱ و هامینگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهشی احمدپور مبارکه، احدی، مظاهری و همکاران (۱۳۸۶) نشان دادند که تیپ شخصیتی D با خشم و بیماری کرونری رابطه معناداری دارد. در پژوهش دیگری حیدری

(۱۳۸۰) نشان داد که افراد دارای تیپ شخصیتی D بیشتر مستعد ابتلا به بیماریهای قلبی و عروقی هستند.

برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند که تیپ شخصیتی D از طریق متغیرهای دیگر منجر به کاهش سلامتی می‌شود. برای مثال تیپ شخصیتی D ممکن است با رژیم غذایی ضعیف و فقدان ورزش در رابطه باشد. رژیم غذایی نامناسب و عدم فعالیت بدنی با فشار خون و بیماریهای قلبی عروقی در رابطه است (کنوپس،

گروت، کرومهور^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). پدرسون دنولت، آنگ، سریوس، اردمن و وان دونبرگ^۳ (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 زیادتری در مقیاس وضعیت بهداشتی داشتند. در این مطالعه تیپ شخصیتی D با بیش از ۳ تا ۶ برابر افزایش خطر کیفیت زندگی

آسیب‌دیده در بیماران قلبی ارتباط داشت. مطالعه ۱۰ ساله دنولت و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که تیپ شخصیتی D

به عنوان پیش‌بینی‌کننده آسیب‌زای بالینی و پیامدهای روانی در بیماران قلبی می‌باشد. بروک، ماتینز، نیکلک^۴ و

همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی با بررسی ۵۴۴ بیمار قلبی عروقی نشان دادند که افراد دارای تیپ شخصیتی

D به رفتارهای مربوط به تندرستی کمتر تمایل دارند و این امر منجر به افزایش سطح آشفته‌گی آنها می‌شود. (جونگ، دنولت، ون مله^۵ و همکاران، ۲۰۰۷) در

پژوهشی بر روی بیماران قلبی نشان دادند که میزان افسردگی نسبت به تیپ شخصیتی D با وضعیت جسمانی و بهداشتی بیماران بیشتر مرتبط است. در

مطالعه‌ای اثرات مکانیسم‌های تیپ شخصیتی D را بر رفتارهای مربوط به تندرستی و حمایت اجتماعی

۱۰۱۲ جوان سالم بهنجار انگلستانی و ایرلندی بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران دارای تیپ شخصیتی D به انجام رفتارهای تندرستی

ناسازگارانه نظیر سیگار کشیدن، ورزش نکردن و داشتن یک رژیم غذایی بد تمایل بیشتری دارند. نتایج این مطالعه حاکی از این است که تیپ شخصیتی D

پدیدآورنده عوامل پرخطر برای بیماری عروق کرونری می‌باشد و با پیش‌آگهی بد، وضعیت جسمانی آسیب دیده و پریشانی هیجانی ارتباط دارد (ویلیامز، کونور،

چریتوفر^۶ و همکاران، ۲۰۰۸). پله، دنولت و زویسلر^۷ و همکاران (۲۰۰۹) با بررسی بر روی بیماران عروق کرونری و بیماران قلبی مزمن نتیجه‌گیری کردند که

متغیرهای عاطفه منفی، افسردگی، اضطراب و بازداری اجتماعی از متغیرهای متمایزکننده بیماران عروق کرونری هستند. مطالعه یو^۸ و همکاران (۲۰۰۸) در

چین نشان داد که شیوع تیپ شخصیتی D در میان بیماران قلبی و افراد عادی یکسان است. چنین به نظر می‌آید که علاوه بر نقش عاملهای

شخصیتی در وقوع بیماریهای قلبی، برخی حالات هیجانی و احساسی نیز در پیش‌آگهی وقوع این بیماریها نقش دارند. در مطالعات انجام یافته بر روی

بیماران قلبی بر نقش فرسودگی حیاتی نیز در این بیماری اشاره شده است (دنولت و هک^۹، ۲۰۰۱). همچنین روزنسکی و همکاران (۱۹۹۹) بیان میدارند که

5 . Jonge, Denollet & Van Melle
6 . Williams, O'Connor & Christopher
7 . Pelle, Denollet & Zwisler
8 . Yo
9 . Heck

1 . Aquarius, Denollet & Hamming
2 . Knoop, Groot Kromhout
3 . Pedersen, Denollet, Ong & etal
4 . Broek, Martens & Nyklicek

فرسودگی حیاتی در بیماران قلبی، نتیجه سبک زندگی ناسالمی است که این افراد در پیش میگیرند. این سبک زندگی ناسالم، مؤلفههایی از قبیل رژیم غذایی نادرست، عدم ورزش کردن، سیگار کشیدن و تعلل ورزشی را شامل می شود. در این راستا (کارنی، فردلند، جاف^۱ و همکاران، ۲۰۰۴) توضیح می دهد که فرسودگی (خستگی) حیاتی یک حالت ذهنی است که با خستگی، تضعیف روحیه و کج خلقی مشخص می - شود. مارتنز نیز عنوان میکند که فرسودگی حیاتی یک حالت ذهنی و روانی است و مواقعی که فرد از خستگی غیر معمول، کاهش انرژی و احساس افسردگی شکایت می کند، ظاهر می شود. مطالعات کوپ و همکاران (۱۹۹۴) نشان میدهد که خستگی حیاتی با افزایش خطر رویدادهای قلبی به دنبال آنژیوپلاستی کرونری همراه است. از طرفی مطالعه پدرسون و میلد (۲۰۰۱) حاکی از آن است که تیپ شخصیتی D قادر است خستگی حیاتی را در بیماران کرونری و سایر بیماران قلبی پیشبینی کند. همچنین پتدرسون و دنولت (۲۰۰۳) نشان دادند که شدت فرسودگی حیاتی بعد از مداخلات درمانی به قوت خود باقی میماند و گاه افزایش مییابد و زمینه را برای وقوع عود بیماری مهیا میکند. بنابراین فرسودگی حیاتی مثل تیپ شخصیتی D یک ریسک فاکتوری است که با افزایش شیوع بیماری قلبی و مرگ و میر ناشی از این بیماریها همراه است.

در هر صورت، چه فرض اثرات مستقیم و چه فرض اثرات غیر مستقیم تیپ شخصیتی D را بپذیریم، آنچه از یافتههای مطالعات متعدد برمی آید این است که افراد با تیپ شخصیتی D در مقایسه با سایر انواع تیپ شخصیتی D در معرض خطر فزاینده بیماری های قلبی عروقی و خستگی حیاتی قرار دارند و محققان این نوع شخصیت را به عنوان یکی از عوامل آسیب شناختی در

نظر گرفتهاند که ممکن است بر تندرستی و طول عمر اثر بگذارد و نیازمند درمان روانشناختی و دارویی است (شر^۲، ۲۰۰۵). از سویی چنین به نظر میرسد که امروزه امروزه مداخلات طبی در درمان و پیشگیری بیماری - های قلبی با توفیقات چندانی روبرو نیستند، چرا که در تداوم و تشدید این بیماریها، نقش عوامل روانشناختی، شخصیتی، سبک زندگی و حالات هیجانی و احساسی غیر قابل انکار است. به هر حال مطالعات متعددی در کشورهای دیگر، رابطه شخصیت تیپ D و فرسودگی حیاتی با بیماریهای کرونری قلبی را مورد بررسی قرار دادهاند، اما در ایران تاکنون پژوهشی به صورت مستقیم بین تیپ شخصیتی D و فرسودگی حیاتی با بیماری کرونری قلبی انجام نشده است. از این رو هدف پژوهش حاضر مقایسه تیپ شخصیتی D و فرسودگی حیاتی در بیماران کرونری قلبی و افراد عادی بود.

روش

طرح پژوهش حاضر یک طرح پس رویدادی یا علی مقایسه‌ای است و تیپ شخصیتی D و فرسودگی حیاتی دو متغیر پیشبین هستند که رابطه آنها با بیماری کرونری قلب به عنوان متغیر ملاک (در دو گروه افراد بیمار و سالم) مقایسه میشود. جامعه آماری این پژوهش در جامعه بهنجار را کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز و جامعه بیماران قلبی را کلیه بیماران قلبی مراجعه کننده به مطبهای تخصصی پزشکان تشکیل داده بودند. نمونه پژوهش در جامعه افراد بهنجار ۲۰۰ نفر بودند که به صورت نمونهگیری خوشهای انتخاب شدند. از ۲۰۰ دانشجوی مورد مطالعه ۵۲/۸ درصد زن و ۴۷/۲ درصد مرد بودند. میانگین سنی آنها برابر با ۲۱/۳۴ سال با انحراف معیار ۱/۹۷ بود. از نظر وضعیت تأهل ۱۰/۴ درصد متأهل و ۸۹/۶ درصد آنها مجرد بودند. نمونه بیماران قلبی نیز شامل

۱۵۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به چهار مطب تخصصی قلب در شهر تبریز بودند که تشخیص بیماری کرونری قلب برای آنها داده شده بود. گروه بیماران مبتلا به CHD نیز از نظر متغیرهای گروه سنی، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل با گروه بهنجار یکسان بودند. همچنین افراد بهنجار نیز از نظر عدم سابقه بیماریهای جسمانی مهم و اختلالات روانشناختی مورد بازبینی قرار گرفتند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- مقیاس تیپ شخصیتی D^۱: برای سنجش تیپ

شخصیتی دانشجویان از مقیاس تیپ شخصیتی D استفاده گردید (دنولت، ۱۹۹۸). این مقیاس مشتمل بر ۱۴ آیتم بود که ۷ آیتم آن هیجان‌پذیری منفی (تمایل به تجربه هیجان‌ات منفی) و ۷ آیتم دیگر نیز بازداری اجتماعی (تمایل به عدم ابراز هیجان‌ات در تعاملات اجتماعی) را می‌سنجید. همه آیتها براساس یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت (غلط، نسبتاً غلط، بی نظر، نسبتاً درست و درست) درجه بندی شده‌اند. سازنده مقیاس ضریب اعتبار مقیاس را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۸ برای هیجان‌پذیری منفی و ۰/۸۷ برای بازداری اجتماعی گزارش کرد. در پژوهشی مسعودنیا (۱۳۹۰) ضریب اعتبار و همسانی درونی آیت‌های مؤلفه هیجان‌پذیری منفی و بازداری اجتماعی از سازه تیپ شخصیتی D به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۷۳ گزارش گردید. همچنین در پژوهش دیگری احمدپور مبارکه و همکاران (۱۳۸۶) میزان پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۹۲ به دست آورد. از سویی روایی این مقیاس نیز با مقیاس سلامت کلی و زیرمقیاس افکار منفی پرسشنامه تعامل اجتماعی گلاس به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۵۲ گزارش گردیده است که نشان‌دهنده روایی همزمان مقیاس است.

در پژوهش دیگری ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۸ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۱ و ضریب اعتبار همزمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A ۰/۶۳ گزارش شده است (جونگ و همکاران، ۲۰۰۷).
۲- پرسشنامه فرسودگی حیاتی ماستریخت^۲: این پرسشنامه توسط ماستریخت ساخته شده و شامل ۲ سؤال است. هر آیتم بر حسب مقیاس سه درجه ای (خیر= ۲، ۱=۰، بلی=۰) ارزیابی میشود. کمترین نمره صفر است و بیشترین نمره ۴۲ است. نمره بالا، نشان‌دهنده سطح شدید فرسودگی حیاتی است. نمره متوسط در جمعیت سالم ۸ است (اپلز، بار، وندریپول^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). السون (۲۰۰۲) در مطالعات پایایی این پرسشنامه را براساس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده است. همچنین در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۶ به دست آمد. از سویی روایی این پرسشنامه نیز براساس نظر روانشناسان مورد تأیید قرار گرفت.

روش اجرا: بعد از انتخاب نمونه مربوط به افراد بیمار، پرسشنامه‌های استفاده شده در این پژوهش بین افراد پخش و پس از جمع‌آوری آنها، نمونه مربوط به افراد عادی نیز به صورت هم‌تا شده انتخاب و به پرسشنامه‌های مورد نظر پاسخ دادند. در مرحله بعدی داده‌های به دست آمده از این پرسشنامه‌ها، توسط نرم‌افزار SPSS.16 مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. از سویی برای تحلیل داده‌ها از روشهای آمار توصیفی و آزمون یو-من ویتنی استفاده شد

یافته‌ها

جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را در دو جنس نشان می‌دهد.

2. Maastricht Vital Exhaustion Questionnaire (MVEQ)
3 . Appels , Bar & Vander pol

1 . Type D Personality Scale

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

مقیاس آزمودنی‌ها شاخص‌های آماری	افراد بهنجار		بیماران قلبی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عاطفه منفی	زنان	۳۰/۳۳	۱۱/۸۴	۴۱/۵۱
	مردان	۲۵/۷۰	۱۱/۱۴	۱۳/۵۶
	کل	۲۷/۸۵	۱۱/۷۰	۳۶/۲۲
بازداری اجتماعی	زنان	۱۴/۵۲	۵/۵۲	۷/۷۷
	مردان	۱۳/۴۱	۴/۹۸	۸/۰۶
	کل	۱۳/۹۲	۵/۲۶	۱۳/۵۵
مقیاس کل	زنان	۴۴/۸۵	۱۵/۷۲	۵۶/۸۲
	مردان	۳۹/۱۱	۱۴/۵۳	۴۴/۳۲
	کل	۴۱/۷۷	۱۵/۳۵	۴۹/۷۸
فرسودگی حیاتی	زنان	۱۰/۱	۲/۸	۲۷/۶
	مردان	۸/۹	۱/۸۹	۲۸/۸
	کل	۱۱/۱	۳/۱	۲۹/۴

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد که در کلیه شاخص‌های تیپ شخصیتی D و فرسودگی حیاتی، میانگین گروه بیماران نسبت به گروه عادی بیشتر است و از سویی پراکندگی این شاخص در گروه بیمار نسبت به گروه عادی بیشتر است. از سویی برای بررسی تفاوت بین دو گروه عادی و بیمار از لحاظ متغیرهای پژوهش از آزمون آماری لوین استفاده شد تا مشخص شود آیا واریانس‌های دو گروه همگون هستند یا نه؟ در صورتی که واریانس‌ها همگون نباشد، لازم است که از شاخص‌های غیر پارامتریک استفاده شود؛ که نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. آزمون همگونی واریانسها: آزمون لوین

شاخص‌های آماری گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	F	سطح معنیداری
تیپ شخصیتی D	گروه بهنجار	۴۱/۷۷	۱۵/۳۶	۰/۵۲	۱۳/۱۳
	گروه بیمار	۴۹/۷۸	۱۸/۵۸	۱/۴۱	
فرسودگی حیاتی	گروه بهنجار	۱۱/۱	۳/۱	۰/۱۰	۳/۴
	گروه بیمار	۲۹/۴	۴/۲	۰/۴۵	

همان گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود، F به دست آمده از آزمون لوین در تیپ شخصیتی D و فرسودگی حیاتی به ترتیب برابر ۱۳/۱۳ و ۳/۴ است که در سطح P < ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است. بنابراین آزمونهای دو گروه همگون نیست.

جدول ۳. مقایسه افراد بهنجار و افراد بیمار: آزمون یو-من ° ویتنی

شاخصهای آماری گروهها	تعداد	میانگین رتبه	مجموع رتبه	یو-من- ویتنی	سطح معنیداری
تبپ شخصیتی D	گروه بهنجار	۴۹۸/۰۶	۴۲۳۳۰۹/۵	۵۴۴۲۴/۲۴	۰/۰۰۱
	گروه بیمار	۶۴۴/۷۲	۱۱۲۱۸۰/۵		
فرسودگی حیاتی	گروه بهنجار	۸	۱۲۰	۴/۶۷	۰/۰۰۱
	گروه بیمار	۲۳	۳۴۵		

تنش با رهاسازی کاته کولامین‌ها 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 (مولر، توفلر و استون، ۱۹۸۹). تبیین دیگر این است که متغیرهای روانشناختی و شخصیتی نیز ممکن است بیماری عروق کرونری را از طریق مسیرهای رفتاری از جمله اختلال در عملکرد رفتار یا شکست در رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت تحت تأثیر قرار دهند.

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^۳، 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، تبپ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن در بلندمدت می‌تواند 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

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه بیمار و عادی در تبپ شخصیتی D از نظر آماری معنی‌دار است و این معنیداری نشان می‌دهد که گروه بیماران قلبی نسبت به گروه عادی، نشانه‌های تبپ شخصیتی^D بیشتری دارند. همچنین تفاوت دو گروه عادی و بیمار در متغیر فرسودگی حیاتی معنی‌دار است و این معنیداری نشان می‌دهد که بین دو گروه تفاوت معنیداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه بیماران قلبی و افراد عادی از لحاظ تبپ شخصیتی D و فرسودگی حیاتی تفاوت معنیداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های (جونگ و همکاران، ۲۰۰۷؛ دنولت و همکاران، ۲۰۰۳) همسو است. این نتایج حاکی از این است که تنش-های ناشی از تبپ 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 (سارافینو^۱، ۲۰۰۲). همچنین شرایط تنش‌زا موجب ترشح آدرنالین و نورآدرنالین شده و ضربان قلب را افزایش می‌دهد که این امر سبب ناراحتی قلبی عروقی می‌گردد. به عبارت دیگر، در نتیجه تغییراتی مانند افزایش ضربان قلب و بالا رفتن فشارخون، نیاز قلب به اکسیژن افزایش می‌یابد و این خود می‌تواند در افرادی که بیماری قلبی دارند، سبب حمله قلبی شود. به علاوه، تبپ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن در دراز مدت می‌تواند به دیواره شریان کرونری صدمه زده و بیماری عروق کرونری را تسریع و تشدید نمایند. پاسخ

2. Muller, Tofler & Stone
3. Kunnanatt

1. Sarafino

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 (کودیلاک و همکاران، ۲۰۰۴).

از طرفی در خصوص نقش فرسودگی حیاتی در بروز بیماری‌های قلبی میتوان به دیدگاه رازنسکی اشاره نمود. وی عنوان میکند که فرسودگی حیاتی در وقوع رخدادهای قلبی از دو طریق عمل میکند. از یک سو فرسودگی حیاتی میتواند با زمین‌سازی عادت‌های ناسالم زندگی در شکل‌گیری رخدادهای قلبی، نقش خود را ایفا کند و از سوی دیگر فرسودگی حیاتی با راه‌اندازی سازوکارهای پاتوفیزیولوژیایی ویژه، قادر است وقوع بیماریهای قلبی را تسریع کند. در این ارتباط، والا (۱۹۹۷) نشان داده است که افراد دچار فرسودگی حیاتی به اختلالات خواب همراه با خمیازه‌های متوالی مبتلا هستند و این الگوهای خواب با انسداد کرونری قلب همبستگی دارند. همچنین ویلانسکی (۲۰۰۲) نشان داده است که در افراد افسرده،

زمان خواب با امواج آرام کوتاه است و این ویژگی در افراد دچار مشکلات قلبی به ویژه انسداد کرونری قلب به وفور مشاهده میشود. همچنین رایکونن (۱۹۹۶) بیان میکند که در افراد دچار فرسودگی حیاتی، وقوع سندرم فرسودگی تأثیرات معکوس بر روی فاکتورهای لخته‌خونی دارد. از این‌رو در مراحل انتهایی حمله‌های قلبی، سطوح بالای فاکتورهای خونی، خطر تشکیل ترومبوز را افزایش داده و نهایتاً سندرم کرونری حاد با افزایش گنجایش فیبرینولیتیک و افزایش ذخیره فیبریها به وقوع می‌پیوندد.

از سویی با توجه به اینکه تیپ شخصیتی D و فرسودگی حیاتی یکی از عوامل بیماری کرونری قلب است؛ اما باید به این موضوع نیز توجه کرد که ممکن است بیماری قلبی به علت طولانی شدن مدت بیماری به تدریج به افسردگی و اختلال‌های روانی مبتلا شوند و از آنجایی که افسردگی یکی از عامل‌های مهم تیپ D و فرسودگی حیاتی است؛ لذا امکان دارد بالا بودن نمرات بیماران در تیپ مورد نظر ناشی از این نوع افسردگی باشد. بنابراین

عدم کنترل سایر اختلالات روانی و جسمانی بیماران قلبی، می‌تواند تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه سازد. همچنین عدم همگن بودن بیماران قلبی از نظر نوع بیماری، میتواند تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه سازد. بنابراین پیشنهاد میشود در پژوهشهای آتی سایر وضعیتهای روانشناختی و جسمانی بیماران قلبی کنترل شود و گروه‌های همگن بیماران قلبی مورد مطالعه قرار گیرد و از سویی تأثیر عوامل تعدیل‌کننده در وقوع بیماریهای قلبی نیز مدنظر قرار گیرد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم میدانند که از کلیه دانشجویان دانشگاه تبریز و کلیه بیماران قلبی کرونری در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

تقوی، م. (۱۳۸۲)، *سیمای بیماری و مرگ و میر در هیجده استان کشور در سال ۱۳۸۰*، تهران، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نشر تندیس.

حیدری، ل. (۱۳۸۰)، «بررسی تیپ شخصیتی افرادی که دچار انفارکتوس میوکارد شده‌اند»، پایان‌نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین.
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.

مسعودنیا، ا. (۱۳۹۰)، «رابطه بین تیپ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن با سلامت عمومی در دانشجویان»، *مجله علوم رفتاری*، ۵(۲): ۱۴۳-۱۴۹.
گریگس، آ؛ لوسکالزو، ک. (۲۰۰۵)، *مبانی داخلی طب سیسیل*، ترجمه گروه مترجمین انتشارات تیمورزاده، تهران، نشر طبیب. ۱۳۸۶.

- Aquarius, A. E.; Denollet, J.; Hamming, J. F.; de Vries, J. (2005), Role of disease status and type D personality in outcomes in patients with peripheral arterial disease , *American Journal Card*; 96:996-1001.
- Appels, A.; Bar, F.; vander Pol, G.; Erdman, R.; Assman, M.; Trijsburg, W.; Van Diest, R.; Van Dixhoorn, J.; Mendes de Leon, C. (2005), Effects of treating exhaustion in angioplasty patients on new coronary events: results of the randomized exhaustion intervention trial (EXIT) , *Psychosom Med*; 67:217° 23.
- Broek, P.; Martens, K.; Nyklicek, E.; Voort, I.; Susanne, P. (2007), Increased emotional distress in type-D cardiac patients without a partner *J Psychosom Res*; 63(1): 41-9.
- Carney, R. M.; Freedland, K. E.; Jaffe, A. S.; Frasure-Smith, N.; Lesperance, F.; Sheps, D. S.; Glassman, A. H.; O Connor, C. M.; Blumenthal, J. A.; Kaufmann, P. G.; Czajkowski, S. M.; (2004), Depression as a risk factor for post-MI mortality , *Journal of the American College of Cardiology* 44, 472° 474.
- Denollet, J. (1998), Personality and coronary heart disease: The type-D scale (DS16) *Ann Behav Med*; 20(2): 209-15.
- Denollet, J.; Conraads, V. M.; Brutsaert, D. I.; Clerck, L. D.; Stevens, W. J.; Vrints, C. L. (2003), Cytokines and immune activation in systolic heart failure: The role of type-D personality , *Brain Behav Immun*; 17(4): 304-9.
- Denollet, J. (2005), DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality , *Psychosom Med*; 67(1):89-97.
- 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
- Grigs, A.; Loskalzo, K. (2005), [Internal principles of Cecil medicine] ,1st ed. Tehran: Teimoorzadeh; 15-6.
- Jonge, P.; Denollet, J.; Van Melle, J.; Kuyper, A.; Honig, A.; Hschene, A. et al. (2007), Association of type-D personality and depression with somatic health in myocardial infarction patients , *J Psychosom Res*; 63(5): 477-89.
- Knoops, K. T.; De Groot, L. C.; Kromhout, D.; Perrin, A. E.; Moreiras-Varela, O.; Menotti, A.; Van Staveren, W. A. (2004), Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10 year mortality in elderly European men and women: The HALE project *J Am Med Associat*; 292:1433-9.
- Kudielka, B. M.; Van Kane, R.; Gander, M. L.; Fischer, J. E. (2004), The interrelationship of Psychosocial risk factors for coronary artery disease in a working populatin , *Behavior medicin*, 30(1), 35-4.
- Mulinac M. (1995). Cardiac Rehabilitation Programs and Problem of Patient Dropout. *Rehabilitation Nurse*; 2(2):90-92.
- Muller, J. E.; Tofler, G. H.; Stone, P. H. (1989), Circadian variation and triggers of onset of acute cardiovascular disease *Circulation*; 79(5): 733-43.
- Pedersen, S. S.; Denollet, J. (2003), Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*; 10(4): 241-8.
- 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? *J Affect Disord*; 113(1-2): 150-6.
- Rozanski, A.; Blumenthal, J. A. & Kaplan, J. (1999), Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy , *Circulation*, 99, 2192° 2217.
- Sarafino, E. P. (2002), Health psychology. 4th ed. Philadelphia: Wiley and sons 42-8.
- Smeltzer, S. C.; Bare, B. G. (2004), *Medical-Surgical Nursing*, 0 th Ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilking Co.
- Sher, L. (2005), Type D personality: the heart, stress, and cortisol *Quart J Med*; 98:323° 9.
- Williams, L.; O'Connor, R. C.; Christopher, A.; Ferguson, E.; Sheehy, N.; Madeleine, A. (2008), Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-related behavior and social support *J Psychosom Res*; 64(1): 63-9.