

A comparative study of personality factors, stressful life events, and social support in coronary heart patients and non-patients

Helen Khoosfi, M.A.
Nader Monirpoor, M.A.
Behrooz Birashk, Ph.D.
Mohammadmehdi Peighambari, Ph.D.

مقایسه عوامل شخصیتی، حوادث استرس زا و حمایت اجتماعی در بیماران کرونر قلب و افراد غیر بیمار

هلن خوسفی*
نادر منیرپور**
دکتر بهروز بیراشک***
دکتر محمد مهدی پیغمبری***

Abstract

The main goal of the present research was to compare, personality factors, stressful life events and social support in coronary heart disease (CHD) patients and non-patients. In this research, 300 individuals (n=150 male, 150 female) are divided in two groups of patient (n=150) and non-patients (n=150) at Rajaee Heart Hospital of Tehran. They completed the NEO-FFI (short form), Life Event Inventory, and Quality Relation Inventory (QRI). Data were analyzed by independent t-tests. Results showed that there are significant differences between CHD patients and non patients in personality factors, stressful life events and social support. CHD patients showed significantly : 1) more Extraversion; 2) more Neuroticism; 3) less consciousness; 4); less Agreeableness 5) less Openness 6) more stressful life events and 7) less social support than non-patients. In sum, findings indicated the importance of personality factors, social support and stressful life events in coronary heart disease. **Keywords:** coronary heart disease, personality factor, stressful life event, social support

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه عوامل شخصیتی شامل نوروزگرایی، برونگرایی، تجربه پذیری، همسازی و وظیفه شناسی؛ تجربه حوادث استرس زای زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب و افراد غیر بیمار انجام شد. سیصد داوطلب شامل دو گروه بیمار (n=150) و غیر بیمار (n=150) در بیمارستان قلب شهید رجایی تهران با تکمیل مقیاس شخصیتی NEO-FFI (فرم کوتاه)، مقیاس رویدادهای زندگی و مقیاس کیفیت روابط در این پژوهش شرکت کردند. نتایج نشان داد که بین گروه بیماران کرونر قلب و گروه غیر بیمار از نظر عوامل شخصیتی، حوادث استرس زای زندگی و حمایت اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد. بیماران مبتلا به عروق کرونر در مقایسه با گروه غیر بیمار از نوروزگرایی بیشتر، برونگرایی بیشتر، تجربه پذیری کمتر، همسازی کمتر، و وظیفه شناسی کمتر، حمایت اجتماعی کمتر و تجارب استرس زای بیشتر برخوردار بودند. در مجموع، یافته های پژوهش نشانگر اهمیت رابطه عوامل روانشناختی با بیماری کرونر قلب است.

واژه‌های کلیدی: بیماری کرونر قلب، عامل شخصیتی، حادثه استرس زای زندگی، حمایت اجتماعی

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، ستارخان، خ نیایش، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان khoosfih@yahoo.com
** عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم و دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران
*** عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه

معتقد است که استرس، بی ثباتی اجتماعی و الگوی رفتاری تیپ A احتمال ابتلا به بیماری عروق کرونر را افزایش می دهد. الگوهای شخصیتی نظیر الگوی رفتاری تیپ A یک عامل خطر ساز برای بیماری عروق کرونر قلب محسوب می شود. فریدمن و روزمن در ابتدا الگوی رفتاری تیپ A را با عباراتی چون رقابت جویی افراطی، بی طاقتی، خصومت و سخن گفتن پرفشار تعریف کردند (اگدن، ۲۰۰۱). در زمینه ی ارتباط بین الگوی رفتاری تیپ A و بیماری عروق کرونر یافته های متناقضی گزارش شده است. این یافته های متناقض منجر به جستجو برای یافته های اختصاصی تر یا عناصری از الگوی رفتاری تیپ A گردید که رابطه نزدیکتری با بیماری عروق کرونر قلب داشته باشند (برنوالد، زیپس و لیبی، ۲۰۰۱). خصومت و عصبانیت سرکوب شده از عناصر آسیب شناختی الگوی رفتاری تیپ A هستند که بیشترین رابطه را با بیماری عروق کرونر قلب دارد (برنوالد، زیپس و لیبی، ۲۰۰۱). عامل همسازی^۶ (در مدل پنج عاملی شخصیت) با خصومتی که از طریق مصاحبه درجه بندی شده برآورد می شود و بیماریهای عروقی را پیش بینی می کند، رابطه منفی دارد (کاستا، مک کرا و دمبروسکی، ۱۹۸۹، به نقل از گروسی، ۱۳۷۷؛ گیدرون، ۲۰۰۴؛ ویتمن و دیری، ۲۰۰۰). این امر لزوماً به این معنا نیست که عامل همسازی عامل بیماریهای عروقی است، بلکه فقط به عنوان عامل پیش بینی کننده مطرح است. در مطالعه ای که ولرث و همکاران (۱۹۹۹) در زمینه رابطه بین شخصیت و عوامل خطر ساز قلبی انجام دادند، از عوامل شخصیتی به عنوان عوامل خطر ساز غیر مستقیم برای مشکلات قلبی یاد شده است. آنها نشان دادند که عامل شخصیتی نورو گرایی^۷ باعث بروز علائم قلبی می شود. همچنین آنها نشان دادند که عوامل شخصیتی همسازی و وظیفه شناسی^۸ تاثیر منفی بر علائم قلبی دارند. این یافته ها با پژوهشهای مشابه مورد تایید قرار گرفته اند (املونگ، ۱۹۹۸؛ کرامر، ۱۹۹۱؛ کوهلر، شریام و ریختر، ۱۹۹۳؛ گرافتی، ۲۰۰۲). طبق یافته های پژوهشهای مختلف، خصومت و عصبانیت با سطح بالای نورو گرایی و سطح پایین وظیفه شناسی رابطه دارد و می تواند در بروز بیماری کرونر قلب موثر باشد (اسمیت، ۲۰۰۳؛ بوس، کیولی و ویکرس، ۱۹۹۰؛ به نقل از گروسی، ۱۳۷۷؛ گرافتی، ۲۰۰۲). با این وجود، پژوهشهای محدودی به مطالعه تاثیر احتمالی مجموعه عوامل شخصیتی بر بیماری کرونر قلب پرداخته اند و عمدتاً تنها یک یا دو عامل شخصیتی را در نظر گرفته اند. مطالعه عوامل و صفات شخصیتی نه فقط برای پیش بینی رفتارهای سالم و ناسالم و پذیرش درمان مهم است، بلکه شناختن افرادی که به احتمال زیاد می توانند از برنامه های پیشگیری، بیشتر بهره مند شوند یا کسانی که نیازمند تلاش و توجه بیشتر به توصیه های پزشک یا روانشناس هستند را ممکن سازد. عامل دیگری که به عنوان پیش بینی کننده بیماری عروق کرونر مطرح بوده و مطالعات زیادی در مورد آن انجام گرفته است، استرس می باشد (اگدن، ۲۰۰۱؛ برنوالد، زیپس و لیبی، ۲۰۰۱). استرسهای روانی حاد و ناگهانی و همچنین استرسهای مزمن دارای عواقب منفی هستند. مرگ قلبی در ماه اول پس از فقدان یک فرد عزیز افزایش نشان داده است، همچنین بروز علائم قلبی - عروقی بلافاصله پس از سوانح طبیعی و بین شهروندانی که تحت حمله نظامی دشمن قرار گرفته اند، افزایش

امروزه بیماریهای قلبی^۱، بویژه بیماری عروق کرونر قلب (CHD)^۲ که طیف بالینی آن از ایسکمی خاموش^۳ تا آنژین مزمن پایدار^۴، آنژین ناپایدار^۵، انفارکتوس حاد میوکارد، کاردیومیوپاتی ایسکمیک و مرگ ناگهانی قلبی متفاوت است (گریگس و لوسکالزو، ۱۳۸۴)، یکی از سه علت اصلی مرگ و میر در کنار سرطان و سکنه مغزی در اکثر کشورهای صنعتی به شمار می روند. این بیماریها از عوامل مربوط به رفتارها، عادات و شیوه های زندگی افراد تاثیر می پذیرند (لیندزی و پاول، ۱۳۷۹؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۹، به نقل از سارافینو، ۲۰۰۲). بیماری عروق کرونر قلب اولین عامل مرگ در ایالات متحده است (انجمن قلب آمریکا^۶، ۲۰۰۱، به نقل از تیلور، ۲۰۰۳). کاپلن و همکاران (۱۹۸۷) تعداد بیماران مبتلا به بیماری قلبی در آمریکا را ۱۷ میلیون نفر ذکر نموده اند که ۱۱ میلیون نفر از آنها به بیماری عروق کرونر قلب مبتلا هستند. تخمین زده می شود که سالیانه ۱/۵ میلیون مورد جدید مبتلا به عروق کرونر قلب در ایالات متحده شناسایی می شود. در کشورهای شرق مدیترانه و خاورمیانه، از جمله کشور ایران، بیماریهای قلبی یک مشکل عمده بهداشتی و اجتماعی به شمار می رود که ابعاد آن به سرعت در حال افزایش است (متکلم، ۱۳۶۹). در بررسی هایی که به صورت پراکنده انجام شده، نسبت مرگ ناشی از بیماریهای قلبی در ایران ۲۵ تا ۴۵ درصد گزارش شده است. طبق آمار گزارش شده از منطقه ۱۳ تهران در سال ۱۳۸۰، ۸/۸ درصد مردان و ۱۲/۷ درصد زنان این منطقه به بیماری قلبی مبتلا بودند (سعیدی، ۱۳۸۳). اداره آمار و خدمات ماشینی معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۷۷)، به نقل از سعیدی، ۱۳۸۳) در سال ۱۳۷۴، میزان شیوع بیماریهای ایسکمیک قلب را در کل کشور ۶۹/۲۸ درصد گزارش نموده است. از کل مرگ و میرهای کشور در سال ۱۳۷۵، ۷۴۵۵۵ مورد مربوط به بیماری کرونر قلب بوده که این رقم ۳۵/۸۹ درصد کل مرگ و میرها را شامل می شود. علاوه بر مرگ و میر، این بیماری منجر به شیوع قابل توجه ناتوانی و کاهش تولید شده و علت عمده صرف هزینه های بهداشتی است (گریگس و لوسکالزو، ۱۳۸۴). طی چهل سال گذشته، مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی عروقی با اتخاذ روشهای پیشگیری و درمانی در بعضی از کشورها کاهش یافته است، اما هنوز از جدی ترین خطرهای برای زندگی و سلامت بشر و علت اصلی مرگ در بسیاری از کشورهای در حال توسعه محسوب می شود. نظری اجمالی به آمار و ارقام، اهمیت مقابله با این بیماری را آشکار می سازد و به همین سبب اطلاع از جدیدترین پیشرفتهای در سبب شناسی، پیشگیری و درمان امری الزامی است (گریگس و لوسکالزو، ۱۳۸۴؛ انجمن قلب آمریکا، ۲۰۰۱، به نقل از تیلور، ۲۰۰۳؛ کاپلن و سادوک، ۲۰۰۳؛ ولمن، ۱۳۷۵). عوامل روانی اجتماعی زیادی در رابطه با بیماری عروق کرونر قلب مطرح شده اند که خطر ابتلا به آن را چه بطور مستقل و چه بصورت ترکیبی، افزایش می دهند. این عوامل شامل متغیرهای شخصیتی، انزوای اجتماعی، فقدان حمایت اجتماعی، استرسهای زندگی مانند تنش شغلی، سبک خاص زندگی می باشند (برنوالد، زیپس و لیبی، ۲۰۰۱؛ برانون و فیست، ۲۰۰۰؛ تیلور، ۲۰۰۳). به عنوان مثال، تیلور (۲۰۰۳)

- 1- heart disease
- 2- Coronary Heart Disease
- 3- silence ischemia
- 4- stable angina
- 5- unstable angina

- 6- American Heart Association
- 7-Agreeableness
- 8- Neuroticism
- 9- Conscientiousness

دارای شرایط حاد، نظیر بیماران با نارسیایی شدید قلبی، دارای درد شدید، تب شدید و بیمارانی که قادر به انجام پرسشنامه ها نبودند، در نمونه پژوهش قرار نگرفتند. مقیاس شخصیتی NEO-FFI^۱، مقیاس رویدادهای زندگی پیکل^۲، مقیاس کیفیت روابط^۳ ضمن توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش تکمیل شدند. با توجه به وضعیت جسمی و روحی بیماران، همچنین طولانی بودن پرسشنامه ها، پژوهشگر و همکار وی به بیماران در خواندن پرسشنامه ها کمک کردند. سپس نمونه غیر بیمار انتخاب شد. گروه غیر بیمار به تعداد بیماران کرونر قلب، از بین افراد ملاقات کننده که فاقد بیماری بودند، انتخاب شدند و از لحاظ ویژگیهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات) با گروه بیمار همتاسازی شدند. از گروه غیر بیمار نیز، ضمن توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه ها و اهداف پژوهش، خواسته شد پرسشنامه ها را تکمیل نمایند. ترتیب اجرای پرسشنامه ها در افراد مختلف متفاوت بود تا تاثیر خستگی بر آزمودنی ها کنترل شود. در بین پرسشنامه ها در صورتی که پرسشنامه ای ناقص پر شده بود از پژوهش حذف می شد. میانگین سن گروه بیمار ۵۲/۹۵ سال (۸/۶۱ = sd، دامنه = ۳۵-۷۳) و میانگین سن گروه غیر بیمار ۵۲/۳۹ سال (۸/۶۲ = sd، دامنه = ۳۶-۷۰) بود.

ابزار سنجش

مقیاس شخصیتی NEO-FFI - این مقیاس، یک آزمون شخصیتی با دو فرم بلند (شامل ۲۴۰ سوال) و کوتاه (شامل ۶۰ سوال) می باشد. پنج زمینه اصلی شخصیت را مورد ارزیابی قرار می دهد که عبارتند از: نوروژگرای، برونگرایی^۴، باز بودن^۵ به تجربه ها یا اندیشه ها، همسازی، وظیفه شناسی یا گرایش به کار (گروسی ۱۳۸۰). این ابزار با مقیاس پنج گزینه ای لیکرت (از کاملا موافق تا کاملا مخالف) پاسخ داده می شود (گروسی ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر، فرم کوتاه پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفته شد. روایی محتوای آن را کاستا و مک کرا (۱۹۹۱)؛ به نقل از رضایی کارگر، فیروزه؛ کربندی، سهیلا؛ حسن آبادی، حسین و اسماعیلی، حبیب اله، (۱۳۸۴) بررسی نموده، پایایی آن را برای نوروژگرای ۰/۹۰، برونگرایی ۰/۷۸، باز بودن به تجارب ۰/۷۶، همسازی ۰/۸۶ و وظیفه شناسی ۰/۹۰ گزارش نموده اند. در ایران منیرپور و شوندی (۱۳۸۴) در پژوهشی بر روی بیماران قلبی در شهر قم، ضریب پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۰ گزارش نموده اند. همچنین ضریب پایایی در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۱ محاسبه گردید.

مقیاس رویدادهای زندگی پیکل - این پرسشنامه شامل ۶۵

رویداد مهم زندگی است که برای ارزیابی تعداد رویدادهای استرس زا و میزان استرس تجربه شده در زندگی افراد مورد استفاده قرار می گیرد. از آزمودنی خواسته می شود که با توجه به رویدادهای استرس زای زندگی، میزان استرس تجربه شده اش را براساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت مشخص می نماید. حداکثر نمره آزمودنی در تعداد رویدادهای استرس زا ۶۵ و حداقل ۱ است. به همین ترتیب، حداکثر نمره آزمودنی در میزان استرس ۲۴۴ و حداقل صفر است. این پرسشنامه از نظر جامعیت و روایی محتوا نسبت به سایر مقیاسها در این زمینه کارایی بیشتری دارد. پژوهشهای انجام شده بر روی

یافته است (برانوالد، زیپس و لیبی، ۲۰۰۱). مطالعات اخیر بر استرس و روشهای خاص هر فرد در مقابله با آن و نقشی که در تشدید بیماری قلبی بازی می کند، متمرکز شده اند. خصومت، مواجهه با استرسهای مزمن و واکنشهای قلبی-عروقی به استرس تاثیر زیادی بر شدت بیماری کرونر قلب داشته اند. همچنین، استرس حاد، عواطف منفی و افزایش ناگهانی فعالیت می توانند حوادث بالینی ناگهانی مثل یک حمله قلبی را به دنبال داشته باشند. واکنش به استرس و یا مقابله با آن از طریق خصومت، ممکن است با تاثیر بر دیگر عوامل خطر ساز مثل سطح بالای کلسترول باعث افزایش احتمال خطر کلی ابتلا به بیماری کرونر قلب شود (تیلور، ۲۰۰۳). گزارشهای بسیاری رابطه استرس، خصوصا استرس هیجانی^۱ را با مرگ ناگهانی قلبی نشان داده اند. به عنوان نمونه، بعد از زمین لرزه در کالیفرنیا، تخمین زده شد که استرس هیجانی عامل تسریع کننده حدود چهل درصد از موارد مرگ ناگهانی قلبی بوده است (فوستر، الکساندر، اورورک، کینگ و ولنز، ۲۰۰۱). نتایج یک مطالعه در استرالیا نیز نشان داد که حوادث استرس زای زندگی و حمایت اجتماعی ناکافی از عوامل خطر ساز بیماری کرونر قلب محسوب می شوند (تننت، ۱۹۹۹). نتایج پژوهش موسوی و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که بیماران کرونر قلب بیش از گروه کنترل حوادث منفی در زندگی تجربه کرده اند. فقدان حمایت اجتماعی، خطر بیماری قلبی و مرگهای مربوط به عروق کرونر را افزایش می دهد. سطح بالای حمایت اجتماعی، واکنش به استرس را کاهش می دهد و از خطرات تندرستی کم می کند (لیور، ۱۹۹۵). مردان و زنان سالمند که حمایت عاطفی کمتری را قبل از وقوع سکت قلبی گزارش کرده بودند، تقریبا به احتمال سه برابر بیشتر طی شش ماه پس از سکت می میرند (برانوالد، زیپس و لیبی، ۲۰۰۱). بسیاری از بیماران قلبی، پیش از بیماری، مشکلات خانوادگی مثل دعوا بر سر مشکلات اقتصادی یا جنسی داشته اند و این مشکلات غالبا بعد از بیماری حادث می شوند. بیماری با بدتر کردن مشکلات اقتصادی و جنسی بر مشکلات اولیه می افزاید (سارافینو، ۲۰۰۲). مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل شخصیتی، استرس های زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب انجام شده است. با وجود این که مطالعات زیادی در زمینه رابطه عوامل شخصیتی و بیماری عروق کرونر قلب انجام شده اند، پژوهشهای محدودی به مطالعه مجموعه عوامل شخصیتی مرتبط با بیماری کرونر قلب پرداخته اند و عمدتاً تنها یک یا دو عامل شخصیتی را در نظر گرفته اند. هدف اصلی این پژوهش، بررسی مجموعه پنج عامل شخصیتی در بیماران عروق کرونر بود.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش - جامعه آماری این پژوهش شامل بیمارانی بود که جهت آنژیوگرافی عروق کرونر قلب در بیمارستان قلب شهید رجایی تهران بستری شده و یا پس از بستری در این بیمارستان تصمیم به آنژیوگرافی عروق کرونر شده بودند. این بیماران مشتمل بودند بر آنژین صدری پایدار، آنژین صدری ناپایدار و یا بیمارانی که در گذشته دور یا نزدیک دچار سکت قلبی شده و در بخشهای جراحی بیمارستان (بجز بخشهای مراقبتهای ویژه) بستری بودند. نمونه بیمار این پژوهش شامل ۱۵۰ بیمار داوطلب بود که به روش در دسترس از بخشهای جراحی بیمارستان انتخاب شدند. بیماران

1- emotional

2- NEO Five Factor Inventory

3- Paykel Life Events Inventory

4- Quality Relationship Inventory

5- extraversion

6- Openness

عمق روابط و ۱۴ سوال مربوط به روابط تعارضی است. پیرس، ساراسون و ساراسون (۱۹۹۱؛ به نقل از لایقی، ۱۳۷۶) برای زیر مقیاسهای حمایت اجتماعی، عمق روابط و روابط تعارضی، به ترتیب ضریب آلفای ۰/۸۳، ۰/۸۸ و ۰/۸۶ را بدست آورده اند. ابراهیمی (۱۳۷۱) ضریب پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کرده است. حسینی قدمگاهی (۱۳۷۶) اقدام به محاسبه پایایی این پرسشنامه از طریق بازآزمایی کرده و ضریب ۰/۸۳ را برای کل مقیاس و ضرایب ذیل را برای زیر مقیاسهای آن بدست آورده است: برای حمایت اجتماعی $r = 0.706$ ، برای عمق روابط $r = 0.696$ و برای روابط تعارضی $r = 0.827$.

یافته ها

جدول شماره ۱ مشخصه های جمعیت شناختی دو گروه بیمار و غیربیمار را نشان می دهد.

جدول ۱- مشخصه های جمعیت شناختی دو گروه بیمار و غیربیمار

متغیر	بیمار	غیربیمار
جنسیت	زن	۷۵
	مرد	۷۵
تحصیلات	زیردیپلم	۱۲۴
	دیپلم	۲۶
تاهل	مجرد	۲۱
	متاهل	۱۲۹

عوامل شخصیتی در دو گروه بیمار و غیر بیمار با آزمون t مستقل بررسی شد. نتایج در جدول ۲ آمده است. یافته ها نشان می دهد که بیماران مبتلا به عروق کرونر به طور معنادار از همسازی، وظیفه شناسی

جدول ۲- نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه عوامل نوروگرای، برونگرایی، تجربه پذیری، همسازی، و وظیفه شناسی در دو گروه بیمار و غیر بیمار

عوامل شخصیتی	میانگین	انحراف استاندارد	df	t	P
نوروگرای	بیمار	۳۱/۹۲	۲۹۸	۱۰/۹۹	۰/۰۰۱
	غیر بیمار	۲۲/۶۴			
برونگرایی	بیمار	۲۹/۲۸	۲۹۸	۲/۰۱	۰/۰۵
	غیر بیمار	۲۷/۸۴			
تجربه پذیری	بیمار	۱۹/۶۶	۲۹۸	۶/۵۰	۰/۰۰۱
	غیر بیمار	۲۲/۸۵			
همسازی	بیمار	۲۷/۵۲	۲۹۸	۲/۴۲	۰/۰۱
	غیر بیمار	۲۹/۱۱			
وظیفه شناسی	بیمار	۳۲/۱۶	۲۹۸	۹/۲۶	۰/۰۰۱
	غیر بیمار	۳۸/۲۴			

یافته دیگر این پژوهش نشانگر آن است که بیماران کرونر قلب به طور معنادار از میزان استرس بالاتری نسبت به افراد غیر بیمار برخوردارند

جدول ۳ - نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میزان استرس در دو گروه بیمار و غیر بیمار

آزمودنی	میانگین	انحراف استاندارد	df	t	P
بیمار	۱۹۴/۳۰	۴۶/۶۵	۲۹۸	۱۱/۴۷	۰/۰۰۱
غیربیمار	۱۰۹/۶۹	۶۳/۰۳			

همچنین یکی دیگر از یافته های پژوهش حاضر حاکی از آن است که میزان حمایت اجتماعی به طور معنادار در بیماران کرونر قلب کمتر از

جدول ۴ - نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه متغیر حمایت اجتماعی در دو گروه بیمار و غیر بیمار

آزمودنی	میانگین	انحراف استاندارد	df	t	P
بیمار	۳۳/۳۴	۱۱/۵۴	۲۹۸	-۳/۹۳	۰/۰۰۱
غیربیمار	۳۹/۱۵	۱۳/۹۴			

بررسی و تفسیر نتایج

بدن (آدرنالین) در پاسخ به استرس افزایش یابند به همراه افزایش جریان خون می توانند سبب آسیب سطح پوشاننده سرخرگها شوند و بعد از التیام این آسیبها باعث سفت شدن دیواره عروق شده، زمینه ایجاد پلاک را فراهم آورند. همه این موارد می توانند توجه کنند که چرا افراد مبتلا به بیماریهای قلبی عمدتاً در موقعیتهای استرس زا دچار درد قلبی می شوند و نیز اینکه چرا حمله های قلبی در چنین شرایطی بیشتر اتفاق می افتند. علاوه بر موارد فوق، استرس منجر به افزایش کار قلب می شود و این خود می تواند نیاز عضله قلب را به اکسیژن و جریان خون در عروق قلبی بالا ببرد، لذا در مواردی که این نیاز اضافی برآورده نشود (مثلاً در تنگی عروق کرونر)، ایسکمی قلبی (سکته قلبی) ایجاد می گردد و شخص دچار درد قفسه سینه می شود (کلارک و فربورن، ۱۹۹۷؛ ترجمه کاویانی، ۱۳۸۰؛ فریدمن، ۲۰۰۲). یافته دیگر این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به بیماری کرونر قلب نسبت به افراد غیر بیمار میزان حمایت اجتماعی کمتری دریافت می کنند. این یافته با یافته های برخی از مطالعات (دیویسون و نیل، ۲۰۰۱؛ لپور، ۱۹۹۵؛ ویلز، ۱۹۸۵) که هر کدام به نحوی بر رابطه حمایت اجتماعی و بیماری قلبی اشاره کرده اند، همخوانی دارد. به نظر می رسد بیماران مورد مطالعه در این پژوهش در نتیجه پایین بودن حمایت اجتماعی از نقش محافظتی آن بی بهره بوده و فقدان یا کمبود حمایت اجتماعی را به عنوان یک عامل اسرس زا تجربه می کنند. حمایت اجتماعی با تمام سطوح الگوی تبدیلی استرس تعامل دارد. در دسترس بودن حمایت بر ارزیابی عامل استرس زا و بر توانایی مقابله با آن تاثیر می گذارد. به نظر می رسد که حمایت اجتماعی انواع معینی از رفتارهای مقابله ای را ارتقا می دهد. این مقابله ها در ترکیب با بعد حمایت یا افزون بر آن واکنش

نتایج پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به بیماری کرونر قلب در مقایسه با افراد غیر بیمار میزان حوادث استرس زای بیشتری، تجربه کرده اند. این یافته با نتایج مطالعات گوناگونی که در این زمینه انجام گرفته است مطابقت می کند (اگدن، ۲۰۰۱؛ برانوالد، زیپس و لیبی، ۲۰۰۱؛ تیلور، ۲۰۰۳). استرس می تواند از طریق تغییرات رفتاری و فیزیولوژیک بر سلامتی اثر بگذارد. افرادی که سطح بالایی از استرس را نشان می دهند، تمایل زیادی برای انجام رفتارهایی دارند که امکان بیمار شدن و آسیب دیدن آنها را افزایش می دهد. به عنوان مثال، استرس باعث افزایش مصرف سیگار، الکل و در مقابل، کاهش تمرینات ورزشی و ایجاد آثار زیان بار بر رژیم غذایی می شود (سارافینو، ۲۰۰۲؛ ووگت، ۱۹۹۰). استرس از طریق تغییرات فیزیولوژیک نیز می تواند منجر به بیماری قلبی شود. به نظر می رسد استرس اثرات مستقیم بر شریانهای کرونری و عضلات قلب دارد. در پاسخ به استرس یا مواجهه با یک وضعیت تهدید کننده یا خطرناک، تعداد ضربان قلب افزایش می یابد، فشارخون بالا می رود و بسیاری تغییرات دیگر در سایر سیستمهای بدن ایجاد می شود. مثلاً، رگهای خونی پوست تنگ می شوند، ماهیچه ها منقبض می شوند، جریان خون مغز و عضلات افزایش می یابد. در نتیجه این تغییرات و افزایش تعداد ضربان قلب، نیاز قلب به اکسیژن بالا می رود و این خود می تواند در افرادی که بیماری قلبی دارند سبب حمله قلبی یا آنژین صدری (درد قفسه سینه) شود. علاوه بر این، استرس باعث می شود که قابلیت لخته شدن خون افزایش یابد. این لخته می تواند باعث انسداد کامل یا ناقص یک شریان کرونری شود و منجر به یک حمله قلبی گردد. از طرفی وقتی هورمونهای

به استرس را تعدیل می کنند (سارافینو، ۲۰۰۲). در اینجا این سوال مطرح می شود که اگر حمایت اجتماعی بر رابطه بین استرس و بیماری اثر می گذارد با چه مکانیسم هایی این عمل صورت می گیرد؟ در اینجا دو مدل برای تبیین این رابطه مطرح می شود: ۱-مدل اثر اصلی؛ این مدل معتقد است که حمایت اجتماعی به خودی خود سودمند است و فقدان آن استرس زا است. این مدل بر روابط اجتماعی اساسی در شبکه اجتماعی تمرکز دارد (سارافینو، ۲۰۰۲؛ شریدان و رادماچر، ۱۹۹۲). ۲-مدل ضربه گیری؛ بر اساس این مدل، حمایت اجتماعی به افراد در مقابله با استرس کمک می کند. نقش واسطه ای حمایت اجتماعی در رابطه بین استرس-بیماری از طریق حفاظت فرد در مقابل محرکهای استرس زا صورت می گیرد. حمایت اجتماعی بر ارزیابی افراد از محرک های بالقوه استرس زا اثر می گذارد. وجود افراد دیگر در اطراف فرد تحت استرس، او را در انتخاب روشهای مقابله ای مناسب از طریق مقایسه خود با دیگران توانمند می سازد. همچنین مطالعات نشان داده اند افرادی که از حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند عادات سالم، مثل خوردن غذاهای سالم و سیگار نکشیدن، را دنبال می کنند (سارافینو، ۲۰۰۲؛ ویلز، ۱۹۸۵؛ به نقل از شریدان و رادماچر، ۱۹۹۲). همچنین نتایج این پژوهش در زمینه رابطه عوامل شخصیتی با بیماری کرونر قلب نشان داد که افراد مبتلا به بیماری کرونر قلب در مقایسه با افراد غیربیمار در عوامل نوروژنری و برون گرای در سطوح بالاتر و در عوامل همسازی، تجربه پذیری و وظیفه شناسی در سطح پایینتری قرار دارند. این نتایج با نتایج مطالعات دیگر در زمینه نوروژنری (املونگ، ۱۹۹۸؛ کرامر، ۱۹۹۱؛ گرافتی، ۲۰۰۲؛ ولرث، ۱۹۹۹)؛ برون نگری (کرامر، ۱۹۹۱)؛ همسازی (کاستا و مک کرا، ۱۹۸۷؛ گیدرون، ۲۰۰۴؛ ویتمن و دری، ۲۰۰۰)؛ تجربه پذیری (گیدرون، ۲۰۰۴) و وظیفه شناسی (اسمیت، ۲۰۰۳؛ گرافتی، ۲۰۰۲) مطابقت می کند. در تبیین رابطه عوامل شخصیتی با بیماری کرونر قلب می بایست از متغیرهای واسطه ای، مثل خصومت، استفاده نمود. خصومت ویژگی شخصیتی مهمی است که در بروز بیماری کرونر قلب نقش دارد. در مدل پنج عاملی شخصیت، خصومت به عنوان یکی از صفات در عامل نوروژنری طبقه بندی شده است. افراد متخاصم و نوروژنر، ویژگیهای بدبینانه، خشم، عصبانیت‌های همیشگی، مخالفت جویی، بی اعتمادی به دیگران و اغلب پرخاشگری کلامی بالا دارند. افراد متخاصم، رفتارهای خطرناک سلامتی را که با بروز بیماری کرونر قلب همراه است بیشتر نشان می دهند. خصومت بالا، با مصرف کافئین، وزن بالا، سطح چربی بالا، مصرف سیگار، مصرف الکل و فشار خون بالا مرتبط است (تیلور، ۲۰۰۳). عامل همسازی (در مدل پنج عاملی شخصیت) با خصومتی که از طریق مصاحبه درجه بندی شده برآورد می شود و بیماریهای عروقی را پیش بینی می کند، رابطه منفی دارد (کاستا، مک کرا و دمبروسکی، ۱۹۸۹؛ به نقل از گروسی، ۱۳۷۷). این امر لزوماً به این معنا نیست که عامل همسازی بخودی خود پیش بینی کننده بیماریهای عروقی است، بلکه می تواند به عنوان عامل پیش بینی کننده مطرح گردد. در مطالعه ای دیگر که توسط اسمیت (۲۰۰۳) انجام گرفته است، داده هایی مشابه به دست آمده است. طبق این یافته ها خصومت و عصبانیت با سطح بالای نوروژنری و سطح پایین وظیفه شناسی رابطه دارد و می تواند در بروز بیماری کرونر قلب موثر باشد. عادات و نگرش

سالم زمینه دیگری است که متغیرهای شخصیت می توانند آن را پیش بینی کنند. به عنوان مثال کسانی که عامل نوروژنری در آنها قویتر است، عادات رفتاری ناسالم دارند، به احتمال زیاد سیگار می کشند و ترک آن برایشان مشکل تر است (مک کرا، کاستا و بوس، ۱۹۷۸؛ به نقل از گروسی، ۱۳۷۷). همچنین شواهد در حال افزایشی وجود دارد که عامل وظیفه شناسی (در مدل پنج عاملی شخصیت) رابطه مثبت با عادات سالم دارد (بوس، کیولی و ویکرس، ۱۹۹۰؛ به نقل از گروسی، ۱۳۷۷؛ گرافتی، ۲۰۰۲). بالا بودن برون گرای در بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلب در تحقیقات مختلف و پژوهش حاضر متناقض به نظر می رسد، زیرا برون گرای باعث افزایش تماس اجتماعی و در نتیجه افزایش حمایت اجتماعی فرد می شود (فریدمن، ۲۰۰۲). نتایج پژوهش حاضر نشانگر بالا بودن برون گرای از یکسو و پایین بودن حمایت اجتماعی از سوی دیگر است. شاید بتوان این تناقض را به دو صورت توجیه کرد: اول این که بالا بودن عامل برون گرای در این بیماران ممکن است تبلوری از تمایل این افراد به روابط بوده باشد. دیگر این که با توجه به بالا بودن عامل نوروژنری، که با تمایل فرد به تجربه هیجانها و عواطف منفی در ارتباط است، به نظر می رسد این بالا بودن برون گرای در سطح رفتار، به خاطر تسلط ویژگیهایی نظیر خصومت، اضطراب، شتابزدگی، آسیب پذیری و سایر صفات تشکیل دهنده عامل نوروژنری، به جای افزایش حمایت اجتماعی به افزایش تعارضات بین شخصی و کاهش سطح حمایت اجتماعی فرد منجر می شود. با توجه به رابطه معنادار استرس با بیماری کرونر قلب، به نظر می رسد کاهش منابع استرس به کمک درمانهای حمایتی از یک سو و آموزش سبکهای مقابله ای کارآمد برای مواجهه با عوامل استرس زا، بایستی یکی از خطوط مهم درمان افراد مبتلا به بیماری کرونر در نظر گرفته شود. به عنوان مثال، یکی از مداخلاتی که می تواند باعث کاهش اثرات استرس گردد تقویت سیستم های حمایت اجتماعی فرد به طرق مختلف از جمله گروه درمانی، خانواده درمانی و آموزش مهارتهای ارتباطی به این بیماران است. همچنین با توجه به معناداری رابطه بین شخصیت و بیماری کرونر قلب که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت، اجرای روان درمانی های فردی با رویکردهای شناختی- رفتاری جهت کاهش عادات رفتاری ناسالم و نیز ترمیم آسیب های شناختی و تغییر طرحواره های نا کارآمد می تواند تاثیرات معناداری به دنبال داشته باشد. به علاوه، روان درمانی با رویکردهای روان پویایی می تواند بیش از فرد نسبت به ویژگیها و سبکها یا مکانیسم های مقابله ای مرضی را در پی داشته باشد. با توجه به اینکه این مطالعه گذشته نگر بوده، بررسیهای آینده نگر و قبل از شروع بیماری کرونر قلب، لازم به نظر می رسد و می تواند به شناخت بهتر عوامل روانشناختی و نقش آنها در ایجاد بیماری قلبی کمک کند. علاوه بر این، بستری شدن در بیمارستان خود به عنوان یک عامل استرس زای قوی مطرح است، و کنترل نشدن این متغیر از جمله محدودیتهای این پژوهش است.

مراجع

ابراهیمی، امراله (۱۳۷۱). مطالعه جنبه های روانشناختی سازگاری پس از ضایعه نخاعی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران. پورشهبار، عباس (۱۳۷۲). رابطه بین ارزیابی میزان استرس،

- Amelong, M. (1998). Using personality variables to predict cancer and heart disease. *European Journal of personality*, 11, 319-342.
- Branon, L. & Feist, J. (2000). *Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health*. Brooks/Cole Company Carlson, N. R.
- Braunwald, E., Zipes, D., & Libby, P. (2001). *Heart disease: a text book of cardiovascular medicine*. Philadelphia: W. B. Saunders company.
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 22-27.
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1988). personality in adulthood: A six year Longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 853-863.
- Cramer, D. (1991). Type A behavior pattern, extraversion, neuroticism and psychological distress. *British Journal of Medical Psychology*, 64, 73-83.
- Davison, G. C., & Neal. J. M. (2001). *Abnormal psychology*. New York: John Wiley & Sonc INC.
- Friedman, M., Thoresen. C. E., & Grill, J. (1986). Alteration of type A behavior and its effects on cardiac recurrence in post-myocardial infarction patients: summery results of the recurrent coronary prevention project. *American Heart Journal*, 112. 653-665.
- Friedman, M. (2002). *Health psychology*. New Jersey: Practical Hal.
- Fuster, V. Alexander., R. W. Orourke, R. A., King, S. B., & Wellens, H. J., (2001). *Hurt's the heart*. U. S. A., Mac Grow-Hill Comparies.
- Geraghty, M. (2002). Connection between personality, death among chronically ill. www.uiowa.edu.
- Gidron, Y. (2004). The relationship between tourist s agreeableness and openness to experience with coronary heart disease. *Journal of psychosomatic Research*, 57, 227-229.
- Kaplan, H., & Sadock, B. J. (2003). *Synopsis of psychiatry*. Lippincott Wilkins.
- Kaplan, J. R., Manuck, S. B., Adams, M. R., Weingand, K. W., & Clarkson, T. B. (1987). Inhibition of coronary Artherosclerosis by رویدادهای زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران. حسینی قدمگاهی، جواد (۱۳۷۶). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران کرونر قلب. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران. حق شناس، حسن (۱۳۷۸). هنجاریابی آزمون شخصیتی نئو، فرم تجدید نظر شده. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال چهارم. شماره ۴. ۳۸-۴۷.
- سعیدی، مژگان (۱۳۸۳). اثربخشی دو روش بازسازی شناختی و آرامسازی و ترکیب این دو روش بر اضطراب و افسردگی بیماران بازتوانی قلبی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران. کلارک، دیوید. م. و فربورن، کریستوفر. ج. (۱۹۹۷). دانش و روشهای کاربردی رفتاردرمانی شناختی. (ترجمه کاویانی، حسین، ۱۳۸۰). تهران: سنا.
- گروسی، میرتقی (۱۳۷۷). هنجاریابی آزمون جدید شخصیتی نئو (NEO) و بررسی تحلیلی ویژگیها و ساختار عاملی آن در بین دانشجویان دانشگاههای ایران. رساله دوره دکتری، دانشگاه تربیت مدرس. گروسی فرشی، میرتقی (۱۳۸۰). رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت. تبریز: جامعه پژوه.
- گریگس، آندرولی و لوسکالزو، کارپنتر (۲۰۰۴). مبانی داخلی طب سسیل (ترجمه گروه مترجمین انتشارات تیمورزاده، ۱۳۸۴). تهران: تیمورزاده- نشر طبیب.
- لایقی، هوشمند (۱۳۷۶). بررسی عوامل روانی- اجتماعی در بیماران مبتلا به زخم اثنی عشر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- لیندزی، اس. جی. و پاول، جی. ئی (۱۹۹۹). تشخیص و درمان اختلالات روانی بزرگسالان در روانشناسی بالینی. (ترجمه نیکخو، محمدرضا؛ و آوادیس یانس، هامایاک، ۱۳۷۹). تهران: سخن.
- متکلم، محمدحسین (۱۳۶۹). مرگ و میر حاصل از بیماریهای قلب در بالغین و اطفال تهران طی ۵ سال گذشته. مجموعه سخنرانیهای متخصصین در چهارمین کنگره قلب و عروق ایران. تهران: فلیپ فلاپ.
- منیرپور، نادر و شوندی، زهرا (۱۳۸۴). بررسی عوامل شخصیتی در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب در شهر قم. چاپ نشده.
- ولمن، بنجامین (۱۹۹۴). اختلالات روان تنی (ترجمه نجاریان، بهمن؛ دهقانی، محسن و دباغ، بهرام، ۱۳۷۵). تهران: رشد.

- propranolol in behaviorally predisposed monkeys fed an atherogenic diet. Singapore: Mcgrow-Hill.
- Kohler, T., Scherbaum, N., Richter's. (1993). The relationship between neuroticism and blood pressure reexamined. *Psychotherapy, psychosoma*, 61, 100-105.
- Leppor, S. (1995). Cynicism, social support and cardiovascular reactivity. *Journal of Health Psychology*, 14, 210-216.
- Moosavi, M., Eslami, M., Shikh Bagloo, O., & Birashk, B. (2004). Mental strain, more than important than stressful life events in myocardial infarction. *Journal of Acta medica iranica*, 42, 125-130.
- Ogden, J. (2001). *Health Psychology, A text book*. second edition. Open University Press. Buckingham. Philadelphia.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 1028-1039.
- Sarafino, E. p. (2002). *Health Psychology*. fourth edition. John Wiley and Sons, Inc.
- Sheriden, C. L. & Radmacher, S. A. (1992). *Health psychology*. Canada. John Wiley & Sonc .Inc.
- Smith, D. (2003). Angry thoughts, at-risk hearts. *Journal of Monitor on Psychology*, 34.
- Tannant. C. (1999). life stress, social support and coronary heart disease. *Journal of Australian Psychiatry*. Vol 34, No 2, 639-641.
- Taylor. S. E. (2003). *Health Psychology*. Mc Grow-Hill.
- Vollrath, M., Knoch, D., Cassno, L. (1999). Personality, risky health behavior, and perceived susceptibility to health risks. *European Journal of Personality*, 13, 30-50.
- Whiteman, M.C., Deary, I. J. (2000). Personality and social predictors of atherosclerotic progression: Edinburgh artery study. *Journal of Psychological Medicine*, 62, 703-714.

