

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دوازدهم شماره ۴۸ زمستان ۱۳۹۶

مقایسه مردان کرونری سیگاری و غیرسیگاری بر اساس سیستم‌های مغزی - رفتاری

حسین نامدار^۱

حسین ساطع^۲

محمد رضا تابان صادقی^۳

جلیل بابا پور خیرالدین^۴

داود عزتی^۵

معصومه حکیمی^۶

چکیده

بیماری‌های قلب و عروق شایع‌ترین علت مرگ و از کار افتادگی در سراسر دنیا را تشکیل می‌دهند. یکی از عوامل تأثیرگذار بر بیماری‌های قلبی، مصرف سیگار و ارتباط آن با ویژگی‌های شخصیتی می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه بیماران کرونری سیگاری و غیرسیگاری بر اساس سیستم‌های مغزی- رفتاری انجام شد. به‌همین منظور ۱۶۲ مرد بیمار کرونری سیگاری و ۱۷۶ مرد بیمار کرونری غیرسیگاری مراجعه‌کننده به بیمارستان قلب شهیدمدنی تبریز، پرسشنامه سیستم‌های مغزی- رفتاری Carver و White (فرم کوتاه) را تکمیل کردند. سپس بر اساس نمره‌های نهایی، ۲۰۰ مرد بیمار کرونری (۱۰۰ نفر سیگاری و ۱۰۰ نفر غیرسیگاری) به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. (دامنه سنی ۶۲-۲۵ و میانگین ۵۱ سال). داده‌ها در با واریانس چندمتغیره

۱- دانشیار گروه قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲- استادیار گروه قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳- دانشیار گروه قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (نویسنده مسئول)

۴- استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

۵- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه تبریز

۶- کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد واحد تبریز

تحلیل شد و نتایج نشان داد که در بیماران کرونری سیگاری در تمامی زیرمقیاس‌های سیستم فعال‌ساز رفتاری (سائق، پاسخدهی به پاداش و جستجوی سرگرمی)، سیستم فعال‌تری دارند. همچنین نتایج نشان داد که دو گروه در سیستم بازداری رفتاری تفاوت معنی‌داری دارند در بیماران کرونری غیرسیگاری فعالیت سیستم بازداری رفتار بالاتر است. بر اساس نتایج به‌دست آمده، بیماران BAS نسبت به بیماران BIS، تمایل بیشتری به مصرف سیگار دارند. بنابراین بهتر است در کنار مداخلات دارویی، مداخلات آموزشی گسترده‌ای به منظور افزایش سطح آگاهی این بیماران در مورد خطرات مصرف سیگار صورت پذیرد.

واژگان کلیدی: سیستم فعال‌ساز رفتاری، سیستم بازداری رفتاری، بیماری عروق کرونری، افراد سیگاری، افراد غیرسیگاری.

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی عمده‌ترین علل مرگ و میر در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه هستند که از این میان، بیماری عروق کرونری^۱ به‌عنوان کشنده‌ترین بیماری قلبی عروقی شناخته شده و بیش از ۵۰ درصد مرگ‌های قلبی را به‌خود اختصاص می‌دهد (ریدکر^۲، جنست^۳ و لیبی^۴، ۲۰۰۱). بیماری عروق کرونری یکی از اختلالات قلبی عروقی است که به‌دلیل ضایعه و انسداد شریان‌های کرونری قلب ایجاد می‌شود. در این اختلال، دیواره یک یا چند شریان کرونر قلب به‌دلیل رسوب موادی به نام پلاگ (مواد چربی یا فیبری) به‌طور جزئی یا کلی مسدود و جریان خون به بخش‌های مختلف قلب به‌صورت دائم یا موقت متوقف می‌شود (شرودر^۵ و شوارزر^۶، ۲۰۰۵).

عوامل مختلفی در میزان بروز این بیماری دخالت دارند که در این بین استعمال سیگار به‌عنوان یک عامل خطر مستقل برای شروع زودرس بیماری عروق کرونری شناخته شده

1- Coronary heart disease
3- Genest
5- Schroder

2- Ridker
4- Libby
6- Schwarzer

است (لیو^۱، هافمن^۲، هامان^۳، مارز^۴، روتنباخر^۵ و برنر^۶، ۲۰۰۵). مصرف سیگار با فرایندهای مختلف بر بروز انفارکتوس میوکارد و عوارض آن تأثیر می‌گذارد؛ به طوری که امروزه از آن به عنوان مهم‌ترین عامل خطر قابل تغییر بیماری‌های عروق کرونر یاد می‌شود. با وجود اطلاع‌رسانی نسبتاً خوب در مورد مضرات سیگار، آمار افراد سیگاری در کشور ما بالاست. با اینکه مواد شیمیایی و سمی بی‌شماری از توتون استخراج شده است، اما نیکوتین همچنان پیشتاز اثرات مضر بر دستگاه قلبی-عروقی است (احمدی، خلیلی، جویبار، نمازی، آقای، ۲۰۰۱). کاووسوقلو^۷ و همکاران (۲۰۰۴) با مطالعه دو گروه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر سیگاری و غیرسیگاری دریافتند که میزان مولکول VCAM-1^۸ در گروه سیگاری نسبت به گروه غیرسیگاری بیشتر است. افزایش این مولکول موجب تسریع تصلب شرائین می‌شود.

در حین مصرف سیگار، فشار خون و سرعت ضربان قلب بالا می‌رود. افزایش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک با میزان نیکوتین سیگار ارتباط دارد (اومویک^۹، ۱۹۹۶ و ساتو^{۱۰}، کنیشی^{۱۱}، کامیاما^{۱۲}، تاکانو^{۱۳}، سائتو^{۱۴}، ۱۹۹۱). با این وجود، مصرف سیگار سبک، باعث کاهش خطر انفارکتوس میوکارد یا مرگ قلبی نمی‌شود (دولدر^{۱۵} و اولیور^{۱۶}، ۱۹۷۵).

از طرفی، بررسی‌های زیادی حاکی از آن است که تیپ‌های مختلف شخصیتی با پیامدهای قلبی ارتباط دارد (دنی من^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین این بررسی‌ها نشان داده‌اند که ابعاد مختلف شخصیتی بر واکنش قلبی-عروقی تأثیر دارند (جاناسنت^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۹). گری^{۱۹} (۱۹۹۴) با توجه به سیستم‌های مختلف پاداش و تنبیه در مغز و مسئله تفاوت‌های فردی در حساسیت به محرک‌های مختلف، سه سیستم مغزی-رفتاری

1- Loew

3- Hahmann

5- Rothenbacher

7- Cavusoglu

9- Omvik

11- Kunishi

13- Takano

15- Dolder

17- Dannemann

19- Gray

2- Hoffmann

4- Marz

6- Brenner

8- Vascular Cell Adhesion Molecule-1

10- Sato

12- Kameyama

14- Saito

16- Oliver

18- Jonassaint

را شناسایی کرد که زمینه‌ساز تفاوت‌های شخصیتی هستند و ضمن آن که غلبه و فعالیت هر یک از این سیستم‌ها در فرد منجر به حالت‌های هیجانی متفاوت می‌گردد، شیوه‌های رویارویی و متفاوتی را نیز برمی‌انگیزد که این سه سیستم عبارتند از سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS)^۱ که عاطفه مثبت مربوط به آن است و شامل ۳ زیرمقیاس است که عبارتند از: سائق^۲، که تمایل فرد را به تعقیب فعالانه اهداف مطلوب اندازه‌گیری می‌کند، پاسخدهی به پاداش^۳، که درجه‌ای را که پاداش‌ها به هیجان‌های مثبت منجر می‌شوند، را اندازه می‌گیرد، و جستجوی سرگرمی^۴، که تمایل فرد به پاداش‌های جدید و تمایل به روی آوردن به رویدادهای بالقوه پاداش‌دهنده در تحریک لحظه‌ای را اندازه می‌گیرد. سیستم بازداری رفتاری (BIS)^۵ که اضطراب را راه‌اندازی می‌کند، و سیستم رفتاری جنگ و گریز (FFS)^۶ که خشم، ترس و عصبانیت تولید آن است (کارور^۷ و وایت^۸، ۱۹۹۴).

بر اساس پژوهش‌های فرانکن^۹ و موریس^{۱۰} (۲۰۰۶)، سطوح بالای BAS شرایط آسیب‌شناسی روانی را مهیا می‌کند که از طریق درگیری بیمارگونه در رفتار گرایشی، مانند سوء مصرف الکل و دارو مشخص می‌شود. فرانکن و موریس نشان دادند که مصرف مواد و الکل به‌طور مثبت با ویژگی شخصیتی BAS و تا حدی به‌طور منفی با ویژگی شخصیتی BIS همبستگی دارد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که متغیرهای شخصیتی ارتباط میان سوء مصرف مواد و عوامل مخاطره‌آمیز محیطی را تعدیل می‌کنند و در پژوهش‌های مختلف، ارتباط بیشتر BAS و ضعف BIS با درگیری بیمارگونه در رفتارهای گرایشی مانند سوء مصرف الکل، دارو و تنباکو نشان داده شده است که این ارتباط در زیر مقیاس جستجوی سرگرمی BAS معنی دارتر است (باباپور و همکاران، ۱۳۹۰).

از آن‌جا که شناخت به‌موقع درمان صحیح و آشنایی با فاکتورهای خطر بیماری کرونر

1- Behavioral Approach System
3- reward responsiveness
5- Behavioral Inhibition System
7- Carver
9- Franken

2- drive
4- fun seeking
6- Fight Flight System
8- White
10- Muris

قلب (همچون سیگار و ویژگی‌های شخصیتی) از اهمیت خاصی برخوردار بوده و باعث کاهش معلولیت‌های ناشی از آن می‌شود و درمان و پیشگیری و کنترل بیماری بر پایه شناخت فاکتورهای خطر استوار است، این مطالعه با هدف مقایسه سیستم‌های مغزی و رفتاری در بیماران مرد کرونری سیگاری و غیرسیگاری انجام گردیده است.

طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، از نوع تحقیقات علی-مقایسه‌ای است.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این تحقیق را کلیه مردان بیمار عروق کرونری شهر تبریز تشکیل داده بودند. گروه‌های نمونه شامل ۱۶۲ مرد بیمار کرونری سیگاری و ۱۷۶ مرد بیمار کرونری غیرسیگاری بود که از بین بیماران بیمارستان شهیدمدنی تبریز انتخاب شدند و از بین آنان ۱۰۰ مرد بیمار سیگاری و ۱۰۰ مرد بیمار غیرسیگاری که از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی مثل سن (دامنه سنی ۶۲-۲۵ و میانگین ۵۱ سال) و جنس با بیماران هم‌تا شده بودند، به‌صورت در دسترس انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس بازداری / روی آوری کارور و وایت: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۴ توسط کارور و وایت که شامل ۲۴ سوال خودگزارشی است ساخته شده است. زیرمقیاس BIS در این پرسشنامه شامل ۷ آیتم است که حساسیت سیستم بازداری رفتاری یا پاسخدهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام رویارویی با نشانه‌های تهدید را اندازه می‌گیرد. مقیاس BAS هم شامل ۱۳ آیتم است و حساسیت سیستم فعال‌ساز رفتاری را اندازه می‌گیرد. این زیرمقیاس شامل ۳ زیرمقیاس دیگر است که عبارتند از: سائق، که شامل ۴ آیتم (۳،۹،۱۲،۲۱) است و تمایل فرد را به تعقیب فعالانه اهداف مطلوب اندازه‌گیری می‌کند، پاسخدهی به پاداش، که شامل ۵ آیتم (۴،۷،۱۴،۱۸،۲۳) است و درجه‌ای را که پاداش‌ها

به هیجان‌های مثبت منجر می‌شوند، را اندازه می‌گیرد، و جستجوی سرگرمی، که شامل ۴ آیتم (۱۵،۲۰، ۱۰، ۵) می‌باشد و تمایل فرد به پاداش‌های جدید و تمایل به روی آوردن به رویدادهای بالقوه پاداش‌دهنده در تحریک لحظه‌ای را اندازه می‌گیرد.

نمره‌گذاری این مقیاس به این صورت است که برای هر آیتم ۴ گزینه (کاملاً موافقم، تا حدی موافقم، تا حدی مخالفم و کاملاً مخالفم) وجود دارد که یک نمره برای آیتم کاملاً موافقم، و ۴ نمره برای آیتم کاملاً مخالفم در نظر گرفته می‌شود، اما آیتم‌های ۲ و ۲۲ به صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شود به این صورت که ۴ نمره برای آیتم کاملاً موافقم، و یک نمره برای آیتم کاملاً مخالفم در نظر گرفته می‌شود. سپس مجموع نمرات هر زیرمقیاس بر تعداد سوالات آن زیرمقیاس تقسیم می‌شود و نمره نهایی به دست می‌آید. همچنین چهار آیتم اضافی به عنوان آیتم‌های پوششی در مقیاس آورده شده‌اند و نقشی در ارزیابی BAS/BIS ندارند.

به گزارش کارور و وایت (۱۹۹۴)، ثبات درونی زیر مقیاس BIS، $0/74$ است و ثبات درونی ۳ زیرمقیاس پاسخدهی به پاداش، سائق و جستجوی سرگرمی به ترتیب $0/73$ ، $0/76$ و $0/66$ می‌باشد.

برای تحلیل داده‌های این پژوهش در آمار توصیفی از (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و در آمار استنباطی برای بررسی سوالات پژوهش از آزمون MANOVA استفاده شد.

روش اجرا

شرکت‌کنندگان در این پژوهش، ابتدا شامل ۱۶۲ مرد بیمار کرونری سیگاری و ۱۷۶ مرد بیمار کرونری غیرسیگاری بودند در ابتدای پژوهش پس از توضیح در مورد هدف پژوهش و سوالات پرسشنامه و اطمینان از اینکه در هر مقطعی از پژوهش می‌توانند از ادامه همکاری صرف‌نظر نمایند، پرسشنامه سیستم‌های مغزی-رفتاری Carver و White (فرم کوتاه) بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد که در نهایت از بین شرکت‌کنندگان، ۱۰۰ مرد

بیمار سیگاری و ۱۰۰ مرد بیمار غیرسیگاری که در پرسشنامه نمرات بالاتری نسبت به بقیه به دست آورده بودند، انتخاب شدند (آزمودنی‌ها به گونه‌ای انتخاب شدند که از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی هم‌تا باشند). پس از اتمام کار، داده‌های حاصل برای تجزیه و تحلیل نهایی آماده شدند.

یافته‌ها

قبل از تحلیل داده‌ها، برای حصول اطمینان از رعایت مفروضه نرمال بودن داده‌ها و رعایت شرایط برای استفاده از آمار پارامتریک، از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید و نتیجه آن نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند ($P > 0.05$). برای بررسی پیش‌فرض برابری کواریانس متغیرها، از آزمون باکس استفاده شد و نتیجه این آزمون نشان داد که کواریانس متغیرها برابر بوده و باهم تفاوت معناداری ندارند ($P > 0.05$). همچنین برای بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های گروه‌ها در جامعه از آزمون لون استفاده گردید و نتایج نشان داد که واریانس متغیرهای پژوهش برابر بوده و باهم تفاوت معنی‌داری ندارند ($P > 0.05$).

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد سیستم‌های مغزی-رفتاری در مردان کرونری سیگاری و غیرسیگاری

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها	
۱۰۰	۱/۷۸۸	۰/۵۴۳	بیماران سیگاری	سائق
۱۰۰	۱/۵۴۸	۰/۴۸۴	بیماران غیرسیگاری	
۱۰۰	۲/۲۴۵	۰/۶۶۵	بیماران سیگاری	جستجوی سرگرمی
۱۰۰	۲/۰۶۸	۰/۶۰۲	بیماران غیرسیگاری	
۱۰۰	۱/۷۰۰	۰/۴۶۷	بیماران سیگاری	پاسخدهی به پاداش
۱۰۰	۱/۵۴۶	۰/۴۲۸	بیماران غیرسیگاری	
۱۰۰	۲/۰۳۱	۰/۴۴۵	بیماران سیگاری	BIS
۱۰۰	۲/۲۳۱	۰/۵۸۸	بیماران غیرسیگاری	

همان‌گونه که مندرجات جدول (۱) نشان می‌دهد، در زیرمقیاس‌های سائق، جستجوی سرگرمی و پاسخدهی به پاداش، بیماران کرونری سیگاری میانگین بیشتری دارند اما در زیرمقیاس BIS بیماران غیرسیگاری میانگین بیشتری دارند.

جدول (۲) نتایج آزمون پیلای برای نشان دادن تفاوت بین گروه‌ها در ترکیب متغیرها

مقدار اثر	F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
۰/۰۶۲	۴/۳۰۵	۳	۱۹۶	۰/۰۰۶	۰/۰۶۲

جدول (۲) نتایج آزمون پیلای را برای نشان دادن تفاوت بین گروه‌ها در ترکیب متغیرها نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود دو گروه حداقل در یکی از سه خرده‌مقیاس مورد مقایسه دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشد.

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه سیستم‌های مغزی- رفتاری در مردان کرونری سیگاری و غیرسیگاری

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	f	سطح معنی‌داری	مجزور اتا
	سائق	۲/۸۸۰	۱	۲/۸۸۰	۱۰/۸۸۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵۲
	جستجوی سرگرمی	۱/۵۷۵	۱	۱/۵۷۵	۳/۹۱۸	۰/۰۴۹	۰/۰۱۹
گروه	پاسخدهی به پاداش	۱/۱۲۵	۱	۱/۱۲۵	۵/۶۱۰	۰/۰۱۹	۰/۰۲۸
	BIS	۲/۰۰۰	۱	۲/۰۰۰	۷/۳۵۹	۰/۰۰۷	۰/۰۳۶

≤0/05

همانطور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود و با توجه به داده‌های توصیفی گروه‌ها در جدول (۱)، در زیرمقیاس‌های سائق، جستجوی سرگرمی و پاسخدهی به پاداش تفاوت به نفع بیماران کرونری سیگاری معنی‌دار است. اما در سیستم بازداری رفتاری، تفاوت به نفع گروه بیماران کرونری غیرسیگاری معنی‌دار است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف یافتن ارتباطها و تعامل عوامل زیست‌شناختی سیستم‌های مغزی رفتاری و عوامل روانشناختی گرایش مردان کرونری به سیگار کشیدن بود. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین هر سه زیرمقیاس BAS شامل سائق، جستجوی سرگرمی و پاسخدهی به پاداش، در مردان کرونری سیگاری بیشتر از مردان کرونری غیرسیگاری است.

همسو با نتایج پژوهش حاضر، فاولز^۱ (۱۹۹۳ و ۱۹۹۴) نشان داد که سوء مصرف مواد ناشی از تسلط BAS بر BIS می‌باشد. همچنین جانسون^۲، ترنر^۳ و ایواتا^۴ (۲۰۰۳) با یک مطالعه همه‌گیرشناسی در یافتند که نمره‌های بالای BAS پیش‌بینی‌کننده تشخیص سوء مصرف مواد و وابستگی در طول عمر می‌باشد.

فرانکن و موریس (۲۰۰۶) تفاوت‌های موجود در نمرات مقیاس‌های BAS و BIS معتادین به مواد و الکل (که به‌صورت کلینیکی مراجعه کرده بودند) را با نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل که از افراد سالم تشکیل یافته بودند مورد مقایسه قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که معتادین به مواد مخدر نمره‌های BAS بالاتری را نسبت به گروه کنترل داشتند. این نتایج به‌ویژه در مورد زیرمقیاس‌های سائق و جستجوی سرگرمی معتبر بود. یافته‌های این پژوهش به‌صورت جزئی تئوری شخصیت‌گری را تأیید می‌کند که ارتباط بین BAS و سوء مصرف مواد را پیش‌بینی کرد.

در پژوهشی دیگر، باباپور و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که زیرمقیاس جستجوی سرگرمی در دانشجویان سیگاری بیشتر از دانشجویان غیرسیگاری است اما تفاوت معنی‌داری در زیرمقیاس‌های دیگر مشاهده نشده بود.

زیرمقیاس جستجوی سرگرمی با تمایل به پاداش‌های جدید و روی‌آوری به رویدادهای پاداش‌دهنده بالقوه در تحریک لحظه‌ای مربوط است (هارمون-جونز^۵، ۲۰۰۳).

1- Fowles

2- Johnson

3- Turner

4- Iwata

5- Harmon-Jones

کارور (۱۹۹۴) معتقد است که جستجوی سرگرمی در ناراحتی و ناکامی نقش قابل ملاحظه‌ای دارد، چرا که ناراحتی و ناکامی بیانگر تلاش بیهوده فرد به‌خاطر یک هدف خاص است، در این صورت انرژی فرد صرف پیگیری هدف دیگری می‌شود. در پژوهشی نشان داده شد که افراد از سیگار به‌عنوان وسیله‌ای برای تحمل استرس و ناراحتی خود استفاده می‌کنند و هر اندازه استرس و ناراحتی آنها بیشتر باشد اقدام به مصرف سیگار می‌کنند (ویلز^۱، ۱۹۸۶).

استراب^۲ (۲۰۰۲) معتقد است که در افراد سیگاری، شانس ابتلا به سکت‌های قلبی، دو برابر بیشتر از افراد غیرسیگاری است. مکانیزم اثر سیگار در افزایش استعداد ابتلا به بیماری‌های کرونری معلوم نیست، اما ممکن است ناشی از اسپاسم عروق کرونری در موقع سیگار کشیدن یا مواد مضر موجود در دود سیگار از قبیل دی‌اکسیدکربن یا مواد سمی موجود در دود سیگار باشد.

پژوهش حاضر همچنین نشان داد که میانگین سیستم‌بازداری رفتاری مردان کرونری غیرسیگاری بیشتر از مردان کرونری سیگاری است.

همسو با نتایج پژوهش حاضر، کنیاژو^۳ و اسلوبودسکایا^۴ (۲۰۰۶) به نقش سیستم‌بازداری رفتاری به‌عنوان یک عامل حمایتی اشاره دارند که شخص را از قرار گرفتن مکرر در موقعیت‌های خطرناک بازمی‌دارد. در مطالعه‌ای دیگر، باباپور و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که میانگین سیستم‌بازداری رفتاری دانشجویان غیرسیگاری بیشتر از دانشجویان سیگاری است. همچنین نتایج یک پژوهش نشان داد که نمره‌های پایین BIS و نمره‌های بالای BAS با سوءمصرف الکل مرتبط هستند (لوکستون^۵ و دیو^۶، ۲۰۰۱). سیستم‌بازداری رفتاری هنگامی حالات ترس و اضطراب ایجاد می‌کند که دوری از تهدید با شکست همراه باشد. در صورتی که دوری از تهدید با موفقیت صورت بگیرد، حالت آرامش و آسودگی خاطر ظاهر می‌گردد (کارور، ۱۹۹۴). به‌نظر می‌رسد زمانی که افرادی که BIS فعال‌تری

1- Wills
3- Knyazev
5- Loxton

2- Strub
4- Slobodskaya
6- Dawe

دارند، وقتی در معرض یک موقعیت خطرناک مثل عرضه مواد یا سیگار قرار می‌گیرند، احساس ترس و اضطراب در آنها باعث کناره‌گیری و دوری از موقعیت خطر می‌شود و این اجتناب از خطر، در آنها حس آرامش به‌وجود می‌آورد (باباپور و همکاران، ۱۳۹۰).

پژوهش حاضر همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه است که بر قدرت تعمیم‌پذیری نتایج اثر می‌گذارد. اول این که آزمون‌های به‌کار گرفته شده در این طرح از نوع خودگزارشی بود، بنابراین امکان تحت تأثیر قرار گرفتن نتایج به‌علت عدم دقت و خطا در پاسخگویی وجود خواهد داشت. ثانیاً، انتخاب آزمودنی‌ها از میان جامعه مردان بوده است بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از هر دو جنس استفاده شود. همچنین در پژوهش حاضر، نمونه‌گیری فقط از یک بیمارستان انجام شد که از توان تعمیم‌پذیری یافته‌ها می‌کاهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که برای افزایش تعمیم‌پذیری، نمونه‌گیری از سایر مراکز درمانی نیز انجام شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر ارتباط بین سیستم فعال ساز رفتاری و مصرف سیگار در بین بیماران کرونری، و با توجه به اینکه این بیماری یکی از عوامل مهم مرگ و میر به‌شمار می‌رود، بهتر است در کنار مداخلات دارویی، مداخلات آموزشی گسترده‌ای به‌منظور افزایش سطح آگاهی بیماران عروق کرونری در مورد مصرف سیگار و خطرات مرتبط با آن صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری مسئولان محترم مرکز تحقیقاتی درمانی شهیدمدنی تبریز و کارکنان بیمارستان شهیدمدنی تبریز و از شرکت‌کنندگان در تحقیق قدردانی می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۱۲

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۱۶

منابع

- بابایورخیرالدین، جلیل؛ داداش‌زاده، رحیم و فهیمه طوسی (۱۳۹۰). مقایسه سیستم‌های مغزی-رفتاری افراد سیگاری و غیرسیگاری، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، سال ششم، شماره ۲۳، ۱۴-۱.
- Ahmadi, J., Khalili, H., Jooybar, R., Namazi, N., Aghaei, P.M. (2001). Cigarette smoking among Iranian medical students, resident physicians and attending physicians, *Eur J Med Res*, 6 (9): 406-408.
- Carver, C.S & White, T.L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(12): 319-333.
- Cavusoglu, Y., Timuralp, B., Us, T., Akgun, Y., Kudaiberdieva, G., Gorenek, B., Unalir, A., Goktekin, O. & Ata, N. (2004). Cigarette smoking increases plasma concentrations of vascular cell adhesion molecule-1 in patients with coronary artery disease, *Angiology*, 55 (4): 397-402.
- Dannemann, S., Matschke, K., Einsle, F., Smucker, MR., 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 surgery, *Journal of Psychomatic Research*, 69: 101-103.
- Dolder, M.A. Oliver, M.F. (1975). Myocardial infarction in young men, Study of risk factors in nine countries, *Br Heart J.*, 37(5):493-503.
- Fowles, D.C. (1993). *Biological variables in psychopathology: A psychobiological perspective*, In H.E. Adams & P.B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology*, New York: Plenum Press.
- Fowles, D.C. (1994). *A motivational theory of psychopathology*, In W. Spaulding (Ed.), *Integrated views of motivation and emotion: vol. 41, of the Nebraska Symposium on Motivation*, Lincoln: University of Nebraska Press.
- Franken, I.H.A & Muris, P. (2006). BIS/BAS personality characteristics and colleg students sustance use, *Personality and individual differences*, 40: 1497-1503.
- Gray, J.A. (1994). Brain systems that mediate both emotion and cognition, *Journal of Cognition and Emotion*, 4(7): 269-288.

- Harmon-Jones, E. (2003). Anger and Behavioral Approach System, *Personality and Individual Differences*, 35: 995- 1005.
- Johnson, S.L., Turner, R.J., & Iwata, N. (2003). BIS/BAS levels and psychiatric disorder: Aepidemiological study, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25, 25° 36.
- Jonassaint, R.R., Why, Y.P., Bishop, G.D., Tong, E.M., Diong, S.M., Enkelmann, H.C. (2009). The effects of neuroticism and extroversion on cardiovascular reactivity a mental and an emotional stress task, *International Journal of Psychophysiology*, 74: 274- 279.
- Knyazev, G.G & Slobodskaya, H.R. (2006). Personality types and behavioral activation and inhibition in adolescents, *Personality and Individual Differences*, 41: 185- 186.
- Loew, M., Hoffmann, M.M, Hahmann, H., Marz, W., Rothenbacher, D., Brenner, H. (2005). Smoking, apolipoprotein E genotype, and early onset of coronary heart disease, *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 12 (3): 268-70.
- Loxton, N.J & Dawe, S. (2001). Alcohol abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment, *International Journal of Eating Disorders*, 29, 455° 462.
- Omvik, P. (1996). How smoking affects blood pressure, *Blood Press*, 5 (2): 71-7.
- Ridker, P.M., Genest, J., Libby, P. (2001). *Risk factors atherosclerotic disease*. In: Braunwald, E., Zipes, D.P, Libby, P. (editors). Braunwald s heart disease, A textbook of cardiovascular medicine, Philadelphia, W.B, Saunders.
- Sato, T., Kunishi, K., Kameyama, A., Takano, T., Saito, D. (1991). Acute hemodynamic effect of cigarette smoking and its relationship with nicotine content, *Kokyu to Junkan*, 39 (2): 151-55.
- Schroder, K.E., Schwarzer, R. (2005). Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients, *Soc Sci Med*. 60(4): 859-75.
- Strub, R.O. (2002). *Health Psychology*, New York, worth publisher.
- Wills, T.A. (1986). Stress and Coping in Early Adolescence: Relationships to Substance Use in Urban School Samples, *Health Psychology*, 17: 207-212.