

بررسی تطبیقی عوامل شخصیتی و وضعیت سلامت روانی در بیماران قلبی و افراد به هنجر

شیرین زینالی^{۱*}, پروانه اشرفیان^۲, دکتر منصور بیرامی^۳

تاریخ دریافت: ۹۰/۰۶/۲۹ تاریخ پذیرش: ۹۰/۰۷/۲۸

چکیده

پیش زمینه و هدف: مطالعه حاضر به بررسی پروفایل شخصیتی و مؤلفه های سلامت روانی بیماران قلبی در مقایسه با افراد به هنجر پرداخته است، شناخت دقیق عامل های شخصیتی و مؤلفه های سلامت روانی در مقایسه با افراد به هنجر، امکان ارائه خدمات حمایتی و آموزشی لازم را برای بهزیستی بیماران قلبی فراهم می نماید.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع پس رویدادی بود. جامعه آماری شامل تمام بیماران قلبی مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید مدنی تبریز بود که از میان آن ها ۱۰۵ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شد و پرسش نامه های شخصیتی پنج عاملی و سلامت روان را تکمیل نمودند. همچنین جهت مقایسه این بیماران ۹۵ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تبریز انتخاب و با این افراد هم تا شده بودند.

یافته ها: نتایج نشان داد که میزان نوروزگاری و با وجودن بودن در سطح ($p < 0.05$) در بیماران قلبی بیشتر از افراد به هنجر است. میزان انعطاف پذیری در سطح ($p < 0.05$) در افراد به هنجر بیشتر از بیماران قلبی است. اما بین بیماران قلبی و افراد به هنجر در عامل های برونگاری و دل پذیر بودن تفاوت معنی داری مشاهده نشد. همچنین میزان افسردگی و استرس در بیماران قلبی نسبت به افراد به هنجر در سطح ($p < 0.05$) و میزان اضطراب در سطح ($p < 0.05$) نسبت به جمعیت به هنجر بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج، نقش عوامل شخصیتی و روانی در بیماران قلبی آشکار می شود. بر اساس این مطالعه می توان مطرح نمود که افراد مبتلا به بیماری قلبی دارای شخصیتی نوروزگر، غیر منعطف، با وجودن، افسردگی، مضطرب و پر استرس بوده و نیازمند مداخلات روانشناسی هستند.

کلید واژه ها: بیماری کرونری قلبی(CHD)، عامل های شخصیتی، سلامت روانی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره پنجم، ص ۴۳۲-۴۳۸، آذر و دی ۱۳۹۰

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه تبریز، گروه روانشناسی تلفن: ۰۴۱۱-۳۳۵۶۰۰۹

Email: p.ashrafian87@yahoo.com

مقدمه

بیماری کرونر قلب زودرس افراد را مستعد ابتلا به بیماری قلبی می کنند (۱). لکن پژوهش های متعدد نشان داده اند که عوامل فوق به تنها بی نقص تعیین کننده در بروز این بیماری ها ندارند، بلکه عوامل روان شناختی و عامل های شخصیتی نیز تأثیر عمده ای در ابتلای افراد به این بیماری ایفا می کنند. همچنین ویژگی های شخصیتی نقش مهمی در کاهش یا افزایش اثرات منفی استرس بر عملکرد قلب و عروق دارند (۲). از آنجا که این بیماری روان تنی محسوب می شود در بررسی عوامل موثر در پیدایش آن باید به ترکیبی از عوامل زیستی و روانی توجه داشت.

بیماری کرونری قلبی شایع ترین انواع بیماری های قلبی عروقی است که هر ساله افراد زیادی در اثر ابتلا به آن جان خود را از دست می دهند و یا به انواع ناتوانی های مرضی دچار می شوند (۱). عوامل مختلف زیستی از جمله میزان غیر طبیعی چربی های خاصی در خون، بالا رفتن سطح کلسترول بد یا پایین آمدن تراکم لیپوپروتئین کلسترول (LDL-C)، پایین رفتن سطح کلسترول خوب یا بالا آمدن لیپوپروتئین کلسترول (C-HDL)، افزایش فشار خون، مصرف سیگار، فقدان فعالیت بدنی یا ورزش، داشتن اضافه وزن یا چاقی، افزایش سن، سابقه خانوادگی برای

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک دانشگاه شهید بهشتی تهران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تبریز

^۳ دانشیار روانشناسی دانشگاه تبریز

مداخلات ویژه‌ی ارتقای سلامت بیماران قلبی عروقی مورد توجه قرار گیرند^(۱). همچنین وضعیت روانی و ویژگی‌های شخصیتی فرد مبتلا به بیماری قلبی می‌تواند وی را آماده‌ی ابتلا به بیماری‌های دیگر کند. به طور مثال نتایج بررسی محققان علوم پزشکی در هلند نشان داد اختلال و نشانه‌های افسردگی خطر بروز سکته‌ی مغزی را در مبتلایان به بیماری قلبی به تعداد دو برابر افزایش می‌دهد^(۱۱).

بنابراین رفته رفته بیشتر واضح و روشن می‌شود متغیرهای روانی به صورت جدی در بیماری‌های فیزیکی مثل بیماری کرونری قلبی (هم در آغاز آن و هم در تمام دوره‌های) به طور معنی‌داری تأثیرگذار است^(۱۲) و به منظور اجرای مداخلات درمانی موثر باید سلامت روانی افراد را نیز مدنظر قرار داد.

بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی نقش برخی از ویژگی‌های شخصیتی (نوروزگرایی، برون گرایی، انعطاف پذیری، دلپذیری بودن و با وجودن بودن) و برخی مؤلفه‌های سلامت روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) در بیماران قلبی بود و بر این اساس فرضیه‌های مطالعه‌ی حاضر شامل ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان در بین بیماران قلبی و افراد سالم تفاوت معنی‌داری دارد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع مورد شاهد بود. جامعه آماری این مطالعه رامبتلایان به بیماری قلبی مرکز درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز تشکیل می‌دهد. نمونه مورد نظر، بر اساس فرمول حجم نمونه^(۲) $n = \frac{d^2}{a.z}$ تقسیم بر $d = 10.5$ نفر از بیماران قلبی (متشكل از ۵۹ بیمار مرد و ۴۶ بیمار زن) که به صورت داوطلب حاضر به شرکت در این تحقیق بودند انتخاب شدند و با ۹۵ نفر از افراد سالم (متشكل از ۵۰ مرد و ۴۵ زن)، که از نظر ویژگی‌های دموگرافیک چون جنسیت، وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات، سن، سابقه‌ی بیماری‌های دیگر همسان شده بودند، مورد مقایسه قرار گرفتند. بیماری‌های دیگر همسان شده بودند، مورد مقایسه قرار گرفتند. ملاک انتخاب تشخیص بیماری توسط متخصص مربوطه و کسب معیارهای ابتلا به بیماری بود. شرکت کنندگان در ادامه یا انصراف از شرکت در تحقیق مختار بودند. از ۱۰۰ نفر گروه کنترل، تعداد ۵ نفر به دلیل تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها حذف شدند.

NEOPI-R

نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی پرسشنامه شخصیتی^(۱۵) نوعی خود سنجی ویژگی‌های شخصیتی است که مبتنی بر یک مدل

شواهد معاصری که بیماری قلبی را با متغیرهای روان‌شناختی مرتبط می‌سازند برگرفته از پژوهش‌های هستند که نخستین بار دو متخصص قلب به نامهای مایر فرایدمن و ری روزمن (فرایدمن، ۱۹۸۵؛ روزمن^۱ و همکاران، ۱۹۷۵) انجام دادند. در سال ۱۹۶۹ آن‌ها یک الگوی رفتاری مستعد بیماری شریانی اکلیلی شناسایی کردند که آن را الگوی رفتاری سنخ الف نامیدند که این افراد دارای ویژگی‌های خشم و خصوصیت، عجول بودن هستند^(۱). همچنین شخصیت و وضعیت روان‌شناختی ممکن است به طور غیر مستقیم با گسترش رفتارهای پر خطر مانند سیگار کشیدن، سوچصرف مواد، تغذیه و خواب کم موجب بیماری فرد شود^(۴). از طرفی، امکان دارد ویژگی‌های شخصیتی تأثیر عمیقی در روش پاسخ به بیماری، انطباق با شرایط بیماری و یا با مقابله‌ی فرد با عالیم داشته باشد^(۵).

از طرفی تحقیقات نشان داده‌اند که احتمال ابتلا به بیماری قلبی و مرگ در اثر آن در افراد روان رنجور بیشتر از افراد عادی می‌باشد. بیورلی شیپلی و همکارانش با انجام تحقیقی دریافتند که روان رنجوری با افسردگی و اضطراب ارتباط دارد که می‌تواند رابطه‌ی آن را با بیماری قلبی توضیح دهد. همچنین هر چه فرد روان رنجورتر باشد خطر مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی در وی افزایش می‌یابد، اما برونقگار بودن احتمال ابتلا و مرگ در اثر بیماری را کاهش می‌دهد^(۱۲). مطالعات نشان داده‌اند که خشم، خصوصیت و افسردگی ارتباط بسیار قوی با بیماری کرونری قلبی داشته و خشم و خصوصیت به عنوان منبع عمدۀ زمینه ساز بیماری کرونری قلب معرفی می‌شود^(۱۳). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ابعاد دلپذیری و انعطاف پذیری رابطه‌ی منفی با آمادگی فرد برای انجام کارهای به خطر انداز سلامتی از قبیل سیگار کشیدن و عصبانیت دارند و روان‌رجویی تنها عامل شخصیتی است که با انجام این رفتارها و آمادگی برای ابتلا به بیماری کلی جسمی (از جمله حمله‌ی قلبی) رابطه‌ی مثبت دارد^(۴). افسردگی، اضطراب و خشونت از جمله عواملی هستند که خطر بیماری قلبی را افزایش می‌دهند^(۶). مواجهه مداوم فرد با استرس خطر ابتلا را افزایش می‌دهد و باعث می‌شود فرد پاسخ‌های کارآمدی نشان ندهد^(۷,۸). شواهد قانع کننده‌ای وجود دارد که افسردگی در شروع و پیش‌آگهی ضعیف حمله قلبی نقش منفی دارد. بیماران افسردگی سبک زندگی سالمی نداشته و از عوامل افزایش دهنده‌ی بروز حمله قلبی اجتناب نمی‌کنند^(۹). وضعیت روان‌شناختی بیماران از جمله افسردگی، اضطراب و استرس بر پیروی این بیماران از توصیه‌های درمانی و اثر بخشی درمان تأثیرگذاشته و می‌باشد در

¹ Fridman

² Rosenman

برای محاسبه روایی از روش ملاکی استفاده شده است، بدین صورت که ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس اضطراب زونک با خرده مقیاس‌های آزمون DASS به ترتیب برای افسردگی^۱، استرس^۲ و اضطراب^۳ به دست آمده است. سئوالات این مقیاس به صورت لیکرت و ۴ گزینه‌ای تنظیم شده است (۲۳).

یافته‌ها

جدول شماره‌ی ۱ ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

جدول شماره (۱): ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

سن	جنس	تعداد
۶۰-۵۱	۵۰-۴۱	۴۰-۳۱
۲۲	۵۱	۲۲
		۵۹
		۴۶
		۱۰۵
۱۸	۴۳	۳۴
		۵۰
		۴۵
		۹۵
		افراد سالم

جدول شماره‌ی ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های عامل‌های شخصیتی (نوروزگرایی، بروونگرایی، انعطاف پذیری، دلپذیر بودن و با وجودان بودن) و مؤلفه‌های سلامت روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) را در افراد عادی و بیماران قلبی نشان می‌دهد. به منظور تحلیل داده‌های ارائه شده در جدول ۳ از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA^۴) برای نمرات اختلافی استفاده شد. به علت اینکه استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیره مستلزم تحقق پیش فرض همگنی واریانس‌های مورد مطالعه است لذا با استفاده از آزمون لونس^۵ این امر مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که گروههای مورد مطالعه در ۵ ویژگی شخصیتی (نوروزگرایی، بروونگرایی، انعطاف پذیری، دلپذیر بودن و با وجودان بودن) و مؤلفه‌های روانی (افسردگی، اضطراب، استرس) از واریانس‌های همگن برخوردار بوده و تفاوت معنی‌داری بین واریانس‌های آن‌ها وجود ندارد. فلذ امکان استفاده از این روش آماری فراهم شد. جدول شماره‌ی ۲ تحلیل‌های مربوط به اثرات بین گروه‌ها را نشان می‌دهد. در این تحلیل واریانس ۸ مانوای جداگانه (نوروزگرایی، بروونگرایی، انعطاف پذیری، دلپذیر بودن، با وجودان بودن، افسردگی، اضطراب و استرس) گرفته شده است.

³ Multivariate analyses of variance (MANOVA)

⁴ Levens

معروف شخصیتی به نام مدل پنج عاملی است (۱۶). مدل پنج عاملی محصول سنت واژگان (تحلیل صفات موجود در زبان انگلیسی و دیگر زبان‌ها) و سنت تحلیل عاملی در تحقیقات شخصیت است. طبق نسخه‌ی تجدید نظر شده در پرسشنامه NEO ، پنج عامل یا حیطه‌ی مزبور عبارتند از روان رنجور خوبی، برون گرایی، تجربه گرایی (انعطاف پذیری نسبت به تجربه)، موافق (دلپذیری)، و جدیت (با وجودان بودن) (۱۸). نوروزگرایی به تمایل برای تجربه‌ی اضطراب، تنش، خودخواری، خصومت، تکانش ورزی، افسردگی و عزت نفس پایین اطلاق می‌شود (۱۹، ۲۰)، بروونگرایی به تمایل برای مثبت بودن، قاطعیت، حرکت، مهربانی و اجتماعی بودن گفته می‌شود (۲۰، ۱۹). انعطاف پذیری عبارتست از تمایل به کنجکاوی، خردورزی، روش‌فکری (۱۹، ۲۰).

دلپذیر بودن به تمایل برای گذشت و مهربانی، سخاوتمندی، اعتقادورزی، همدلی، فداکاری و وفاداری اطلاق می‌شود (۱۸، ۱۹). با وجودان بودن عبارتست از تمایل به سازماندهی، کارآمدی، خویشتن‌داری، قابلیت اعتماد، منطق گرایی (۱۹، ۲۰). نسخه تجدید نظر شده‌ی پرسشنامه NEO حاوی ۲۴۰ ماده بر مبنای یک مقیاس پنج قسمتی (به شدت مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، به شدت موافقم) است (۱۷). تست (NEO PI-R) جانشین تست NEO است که در سال ۱۹۸۵ توسط همین مؤلفین یعنی پائول تی کوستا و روبرت آر.مک کری تهیه شده بود. پایابی نسخه فارسی این پرسشنامه قابل قبول و به شرح زیر بوده است، ضرایب آلفا برای عوامل اصلی به ترتیب روان رنجوری ۸۵ درصد ۵۹ بروونگرایی ۷۲ درصد، انعطاف پذیری ۴۲ درصد، دلپذیر بودن ۵۹ درصد و با وجودان بودن ۷۵ درصد است (۲۱). همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای این پنج بعد (O,A,C,E,N,TOTALE) به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۶۰، ۰/۵۷ بدست آمده است.

پرسشنامه‌ی سلامت روان شناسی (DASS^۱) این مقیاس توسط لویباند^۲ و لویباند^۳ (۱۹۹۵) تهیه شده است. همبستگی این مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب بک بالا گزارش شده است. ارزش آلفا برای این مقیاس در یک نمونه ۷۱۷ نفری به شرح زیر به دست آمده است: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳، و استرس ۰/۸۱.

ارزش آلفا برای این مقیاس در یک نمونه ۴۰۰ نفری از جمعیت عمومی شهر مشهد برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است.

¹ Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS)

² Lovibond

جدول شماره (۲): میانگین و انحراف معیار بیماران قلبی و افراد به هنجر

بیماران	میانگین	نوروزگرایی	برونگرایی	انعطاف پذیری	دلپذیر بودن	با وجود بودن	اضطراب	استرس
انحراف استاندارد	۷/۷۱	۴/۸۰	۴/۹۲	۵/۷۵	۴/۷۶	۲/۲۴	۸/۲۲	۹/۱۲
افراد عادی	۲۲/۰۹	۵/۱۴	۴/۷	۵/۳۹	۵/۱۶	۵/۷۵	۴/۳۲	۴/۰۹
انحراف استاندارد	۶/۹۹	۵/۱۴	۴/۷	۵/۳۹	۵/۱۶	۵/۵۹	۲/۹۳	۴/۲۹

جدول شماره (۳): تحلیل واریانس چند متغیره عوامل شخصیتی در بیماران قلبی و افراد به هنجر

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	مقدار F	سطح معنی‌داری
نوروزگرایی	دلپذیر بودن	۲۲۴/۷۲۱	۱	۲۲۴/۷۲۱	۴/۱۴۳	۰/۰۴۳
برونگرایی	با وجود بودن	۱۴۳/۰۴۷	۱	۱۴۳/۰۴۷	۶/۰۳۳	۰/۰۱۵
انعطاف پذیری	افسردگی	۱۵۵/۳۰۵	۱	۱۵۵/۳۰۵	۸/۱۳	۰/۰۴
خطا	اضطراب	۳۱۷/۶۵۴	۱	۳۱۷/۶۵۴	۵۰/۵۴۱	۰/۰۰۰
استرس	با وجود بودن	۱۰۲۵۰/۵۷۷	۱	۶۴/۷۹۳	۴/۶۷	۰/۰۳۴
نوروزگرایی	افسردگی	۴۶۸۷/۵۶۰	۱۸۹	۵۴/۲۳۶	۲۴/۸۰۱	۲۳/۱۶۳
برونگرایی	اضطراب	۴۳۷۷/۷۹۵	۱۸۹	۲۳/۱۶۳	۳۱/۰۹۹	۲۴/۷۰۵
انعطاف پذیری	استرس	۵۸۷۷/۶۴۳	۱۸۹	۵۸۷۷/۶۴۳	۱۸/۶۸۳	۶/۰۴۸
دو گروه پژوهش تفاوت	همان طور که جدول شماره ۳ نشان داد گروههای مورد بررسی در شش متغیر نوروزگرایی، انعطاف پذیری، با وجود بودن، افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت معنی‌داری به اهم دارند. اما در متغیرهای برون گرایی و دلپذیر بودن بین دو گروه پژوهش تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. نتایج این آزمون نشان داد که متغیر نوروزگرایی و با وجود بودن و متغیر اضطراب و افسردگی و استرس در بیماران قلبی بیشتر از افراد عادی می‌باشد. همچنین	۱۸۶۸/۳۴۲	۱۸۹	۴۶۶۹/۲۴۶	۱۴۴۰/۴۷۷	۱۴۴۰/۴۷۷

همچنین بررسی‌ها نشان داد متغیر انعطاف پذیری در افراد به هنجر بیشتر از بیماران قلبی است ($p < 0.000$).

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان داد گروههای مورد بررسی در شش متغیر نوروزگرایی، انعطاف پذیری، با وجود بودن، افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت معنی‌داری به اهم دارند. اما در متغیرهای برون گرایی و دلپذیر بودن بین دو گروه پژوهش تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. نتایج این آزمون نشان داد که متغیر نوروزگرایی و با وجود بودن و متغیر اضطراب و افسردگی و استرس در بیماران قلبی بیشتر از افراد عادی می‌باشد ($p < 0.05$).

بحث

بر اساس آنچه که در قسمت یافته‌ها ارائه شد می‌توان نتیجه گرفت که میزان نوروزگرایی، با وجود بودن، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران قلبی بیشتر از افراد عادی می‌باشد. همچنین

ضعف در شیوه‌های کنار آمدن با فشار روانی اشاره نمود که علت آن یا می‌تواند به خاطر یک واکنش زیستی ارضی و در نتیجه انتباطک کند بوده، و یا پاسخهای رفتاری (مثل تغذیه‌ی ضعیف، وزش و فعالیت محدود، استعمال دخانیات) باشد که در طی زمان آموخته شده‌اند و مانع انتباطک می‌شوند^(۱).

و نیز در پژوهش حاضر بیماران قلبی میزان وجودان بیشتری نسبت به افراد به هنجار بست آورند، که در تحقیقات قبلی در مورد این عامل رابطه‌ای دیده نشد. از علل آن می‌توان به تفاوت نمونه گیری و تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی و اجتماعی در کشور ایران در مقایسه با سایر کشورها اشاره نمود و یا علت دیگر می‌تواند به تفاوت سنی دو گروه مورد مطالعه مربوط باشد، اکثر بیماران قلبی در حدود رنچ سنی ۴۰ الی ۶۰ سال بودند که در مقایسه با آن‌ها نمونه‌ی به هنجار شامل افراد جوان تر بودند.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج، نقش عوامل شخصیتی و مؤلفه‌های سلامت روانی در سلامت جسمی به ویژه در بیماری‌های قلبی آشکار می‌شود. بر اساس این مطالعه می‌توان مطرح نمود که افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی دارای شخصیتی نوروزگرا، غیر منعطف، با وجودان بوده و افسردگی، اضطراب و استرس زیادی دارند و این افراد نیازمند مداخلات روانشناسی هستند. آگاه سازی مردم به خصوص کسانی که در معرض ابتلاء به این بیماری هستند با عواملی که به بیماری روانی منجر می‌شود (مثل اضطراب و خشم خصومت و افسردگی) و از طرفی افزایش انعطاف پذیری افراد در برابر مشکلات می‌تواند مفید باشد و این آگاهی نقش بسزایی در جهت افزایش طول عمر و بهزستی بقیه عمر بیماران قلبی دارد. محدودیت‌های پژوهش: با توجه به اینکه نمونه‌ی مورد بررسی اکثراً بیماران قلبی با سن بالا و بی سعاد بودند، سوالات به رایشان خوانده می‌شد و این مسئله در گروه مقایسه کنترل نشد. همچنین با توجه به طولانی بودن پرسشنامه و شدت بیماری، پرسشنامه در چند نوبت به آزمودنی‌ها ارائه می‌شد. همچنین چون پژوهش حاضر از نوع مقطعی بود، رابطه‌ی علی بسیار دقیق کنترل نشد.

سپاس گذاری

از ریاست محترم مرکز درمانی شهید مدنی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به خاطر حمایت در اجرای پژوهش سپاس گذاری می‌گردد.

میزان انعطاف پذیری در افراد عادی بیشتر از بیماران قلبی می‌باشد، اما در متغیر دلپذیر بودن و بروون گرایی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد.

یافته‌های زیادی همسو با بالا بودن میزان نوروزگرایی در بیماران قلبی نسبت به افراد به هنجار گزارش شده است (۱۲،۲۴). همچنین پژوهش‌ها حاکی از بالا بودن میزان افسردگی، اضطراب، احساس سوء‌ظن، خشم و خصومت که از مؤلفه‌های نوروز گرایی می‌باشند در بیماران قلبی نسبت به افراد به هنجار است (۲۹،۲۷،۲۶،۲۵،۵). نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که خشم و پرخاشگری و همچنین سایر هیجان‌های منفی مخصوصاً افسردگی و اضطراب با شروع CHD در انسان‌ها مرتبط است (۳۰،۳۱). پژوهش‌های حیوانی نیز نشان می‌دهند که ایجاد اضطراب در حیوانات مبتلا به تصلب شرایین می‌تواند موجب حمله‌ی قلبی شود^(۱). همچنین مشخص شده است بیماران افسرده نرخ بالایی از مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی دارند (۳۲،۳۳). شواهد پژوهشی متعدد نشان می‌دهد که افسردگی، اضطراب و تجربه‌ی مداوم تنش خطر بیماری‌های قلبی را افزایش داده و پیش آگهی درمان را منفی می‌کند (۸،۳۴). در خصوص این قبیل روابط ساز و کارهای زیستی خاصی نیز پیشنهاد شده است. برای مثال، اضطراب با فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک که می‌تواند موجب پرتنشی و همچنین تصلب شرایین گردد ارتباط دارد. همچنین پژوهش نشان داد که افسردگی با احتمال بیشتر تجمع پلاکت‌ها و لذا مسدود شدن رگ‌ها ارتباط دارد (۱) و نیز در خصوص ارتباط بین روان رنجوری و احتمال ابتلاء به بیماری‌های قلبی عوامل ژنتیکی نیز دخیل دانسته شده‌اند (۱۲،۲۶). همچنین تعدادی از هورمون‌ها می‌توانند ارتباط بین استرس و بیماری قلبی را توجیه کنند. تعدادی از مطالعات نشان می‌دهند هورمون‌های کورتیزول^۱ و کاتکول آمین‌ها^۲ نقش میانجی را در این ارتباط بازی می‌کنند (۳۵-۳۷).

همچنین پژوهش حاضر حاکی از پایین بودن میزان انعطاف پذیری در بیماران قلبی نسبت به افراد به هنجار است. در پژوهشی بین انعطاف پذیری و احتمال ابتلاء به بیماری قلبی رابطه منفی بدست آمد، یعنی هر چه انعطاف پذیری فرد در مقابل تجارب نو کمتر باشد احتمال ابتلاء به بیماری قلبی بیشتر خواهد بود (۵). این افراد رضایت کمتری در مورد مسائل و مشکلات عادی زندگی نشان می‌دهند و از نظر فیزیکی و روانی در سطح مناسبی قرار ندارند (۲۶). در تبیین کمتر بودن انعطاف پذیری بیماران قلبی می‌توان به عدم توانایی انتباطک این بیماران با حوادث پیش آمده و

¹ cortisol

² catecholamine

References:

1. Davison G, Neal J, Kring A. Abnormal psychology. New York: Wiley; 2007.
2. Kashi A, Saha S. Ethics in biomaterials research. J Long Term Eff Med Implants 2009;19(1):19-30.
3. Hamid N. The study of correlation between personality trait and coronary heart diseases. J Ahvaz Jondy Univ 2006;6(2): 41-35.
4. Vollrath M, Knoch D. Personality, risky health behavior, and perceived susceptibility to health. J Pers Indiv Differ 1997;66-80.
5. Gustavsson JP. The HP5 inventory: definition and assessment of five health-relevant personality traits from a five-factor model perspective. J Pers Indiv Differ 2003; 35(1): 69-89.
6. Suls J, Bunde J. Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. J Psychol Bull 2005;131(2): 260-300.
7. Cohen S, Janicki-Deverts D. Psychological stress and disease. Am J Cardiol 2007; 298 (14): 1685-7.
8. Rozanski A, Blumenthal JA. The epidemiology, path physiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology, Am J Cardiol 2005; 45 (5). 637-51.
9. Carney RM., Rich MW, Revelle A, Saine J, Clark K, Jaffe AS. Major depressive disorder in coronary artery disease. Am J Cardiol 1987; 60: 1273-5.
10. Kaufman MS, Concha-Parra R, Das S. Radiation therapy for pain management in pancreatitis: a meta-analysis. Pancreas 2009; 38(8): 1014.
11. Khillan R, Sidhu GS, Axiotis C. Role of fine needle aspiration (FNA) cytology in assessment of cervical lymphadenopathy. J Clin Oncol 2009; 27(15): e19525.
12. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioral/emotional problems at 4 years. Br J Psychiatry 2002; 180:478-9.
13. Fridman HS, Both Kewley S. The disease-pron personality. J Pers Indiv Differ 1987;42:539-55
14. Takashi H, Fukunishi I. Development of a "Type C" inventory: cross-cultural applications. J Psychiatr Behav Sci 1997; 42(2):73-6.
15. Costa PT, McCrea RR. The NEO personality inventory manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1992.
16. Schultz D, Schultz S. Theories of personality. 8th Ed. New York: Brooks/Cole Publishing Company; 2005.
17. Lee S, Tsang A, Ruscio AM. Complications of modifying the duration requirement of generalized anxiety disorder in developed and developing countries. Psychol Med 2009; 39(7): 1163-76.
18. Mc Crea RR, Costa PT. Validation of the five factor model of personality. J Pers Soc Psychol (1987); 82:81-90
19. Mc Crae RR, John OP. An introduction of the five factor model and its application. J Pers (1992); 60:475.
20. Watson D, Clark LA. On traits and temperament and their relationship to the five factor model. J Pers 1992; 60: 114.
21. Garoosi Farshi M. New approach in personality assessment. Tabriz: Nashreh Jameh Pajoh; 2000. P. 18-19. (Persian)
22. Gharehbaghi H. Study of correlation between personality and work satisfaction in Teraktorsazi workers (Dissertation). Tabriz: Tabriz University; 2002. P. 77-8. (Persian)
23. Quillin SI. Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2004; 33(5):580-8.
24. Amelang M. Using personality variables to predict cancer and heart disease. J Psychol 1998; 115:319-42.

25. Smith TW. Hostility and health current statue of psychosomatic hypotension. *J Health Psychol* 1992; 11:31-150.
26. Majani G, Peirborn A, Giardini A, Callegai S. Relationship between psychological profile and craniological variable heart disease. *Eur Heart J* 1999; 20(21): 1527-29.
27. Maru AI, Gudhonsen A, Eysenk H. Biological and psychological risk factor in ischemic heart disease. *J Psychol* 1998; 35:14-25.
28. Ron de Kloet E, Joels M, Holsboer F. Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Rev Neurosci* 2005; 6 (6): 463-75.
29. Kubzansky L, Kawachi I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *J Psychosom Res* 2000; 48: 323-37.
30. Goldston K, Baillie AB. Depression and coronary heart disease: a review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *J Clin Psychol Rev* 2008; 28(2); 288-306.
31. Bunker ST, Colquoun DM, Murray ED, Hickie IB, Hunt D, Jelinek MV. "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. National Heart Association of Australia Position Statement Update. *Med J Australia* 2003; 178 (6): 272-6.
32. Barth M, Schumacher and C. Herrmann-Lingen, Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis, *J Psychosom Med* 2004; 66: 802-13.
33. Kuper H, Marmot M, Hemingway H. Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Cardiovascular Medicine* 2002; 2 (3): 267-313.
34. Girod JP, Brotman DJ. Does altered glucocorticoid homeostasis increase cardiovascular risk? *J Cardiovasc Res* 2004;1 (64): 17-226.
35. Matthews K, and Schwartz J. Diurnal cortisol decline is related to coronary calcification: CARDIA study. *J Psychosom Med* 2006; 68 (5): 657-61.
36. Kubzansky LD, Adler GK. Aldosterone: A forgotten mediator of the relationship between psychological stress and heart disease. *J Neurosci Biobehav Rev* 2010; 34(1): 80-6.
37. Denolled J, Pederson S, Conderos V. Usefulness of type D personality in predicting five-year cardiodisks disease *Am J Cardiol* 2006; 97(7): 970-3.