

بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری

* دکتر عباس ابوالقاسمی¹، فاطمه زاهد²، دکتر محمد نریمانی³

خلاصه

مقدمه: شواهد زیادی در مورد اهمیت عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی و تشدید بیماری‌های عروق کرونری وجود دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری بوده است.

روش کار: نمونه‌ی مطالعه‌ی همبستگی حاضر شامل 60 بیمار کرونری است که از میان بیمارانی که به درمانگاه تخصصی قلب و عروق بیمارستان حشمت شهر رشت در تابستان سال 1387 مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تیپ شخصیتی D، مقیاس احساس پیوستگی و پرسش‌نامه‌ی تندرستی استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که احساس پیوستگی ($r=0/22$) و تیپ شخصیتی D ($r=-0/62$) با تندرستی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری رابطه‌ی معنی‌داری دارند ($P<0/01$). بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری تنها مولفه‌ی عاطفه‌ی منفی تیپ شخصیتی D، تندرستی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری را پیش‌بینی می‌کند.

نتیجه‌گیری: سطح بالای مولفه‌ی عاطفه‌ی منفی، تندرستی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری را کاهش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: احساس پیوستگی، بیماری عروق کرونری، تندرستی، تیپ شخصیتی D

مقدمه

جزیی یا کلی مسدود و جریان خون به بخش‌های مختلف قلب به صورت دایم یا موقت متوقف می‌شود (2).

مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی در ایران 25 تا 45 درصد و میزان شیوع بیماری‌های ایسکمیک قلب در کشور بالا گزارش شده است (3). علاوه بر مرگ و میر، این بیماری منجر به شیوع قابل توجه ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی، تندرستی و بارآوری شده و علت عمده‌ی هزینه‌های بهداشتی را تشکیل می‌دهد (4).

تندرست² بودن در بیماران قلبی عروقی می‌تواند تحت تاثیر رفتارهای فردی مانند عادات تغذیه‌ای نامناسب، فقدان فعالیت جسمانی و ورزش، تنش‌های جسمی و روانی، افزایش وزن، کمبود استراحت و خواب، مصرف سیگار، مصرف الکل و دیگر رفتارهای پرخطر باشد. متغیرهای زیادی در تندرستی بیماران قلبی عروقی تاثیر دارند که در این پژوهش احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D³ مورد بررسی قرار می‌گیرد (4).

بیماری‌های قلبی عروقی عمده‌ترین علل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می‌باشند که از این میان بیماری عروق کرونری¹ به عنوان کشنده‌ترین بیماری قلبی عروقی شناخته شده و بیش از 50 درصد مرگ‌های قلبی را به خود اختصاص می‌دهد (1).

بیماری عروق کرونری یکی از اختلالات قلبی عروقی است که به دلیل ضایعه و انسداد شریان‌های کرونری قلب ایجاد می‌شود. در این اختلال، دیواره‌ی یک یا چند شریان کرونری قلب به دلیل رسوب موادی به نام پلاک (مواد چربی یا فیبری) به طور

* مولف مسئول: ایران، اردبیل، خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، گروه روان‌شناسی

تلفن تماس: 0451-5516401 | abolghasemi1344@uma.ac.ir

تاریخ وصول: 1387/11/23 | تاریخ تایید: 1388/5/20

¹استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

²کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

³دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

² Healthy

³ Type-D Personality

¹ Coronary heart disease

موقعیت‌ها از سوی فرد به عنوان چالش ارزیابی می‌شوند و فرد برای تغییر و رشد، احساس تعهد می‌نماید (9).

احساس پیوستگی یکی از متغیرهایی است که بیماران عروق کرونری را تحت تاثیر قرار می‌دهد. سومین⁶ و همکاران در پژوهشی نتیجه‌گیری کردند که احساس پیوستگی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی وضعیت جسمی و میزان تندرستی زنان و مردان است (10). پلانت و لای⁷ در پژوهشی دریافتند که احساس پیوستگی با بهزیستی روان‌شناختی و جسمی و عوامل شخصیتی مانند خوش‌بینی، عزت نفس و احساس تسلط رابطه‌ی مثبت دارد (11).

مونز و نورکوال⁸ به این نتیجه رسیدند که احساس پیوستگی بر بهبود کیفیت زندگی و تندرستی بیماران مزمن تاثیر زیادی دارد (12). جولکونن و اهلستروم⁹ خصومت، خشم و احساس پیوستگی را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی 774 بیمار قلبی عروقی بررسی کردند. نتیجه‌ی این مطالعه نشان داد که احساس پیوستگی با توانایی برای کنترل خشم ارتباط قوی دارد، کنترل خشم و احساس پیوستگی با کیفیت زندگی رابطه‌ی مثبت دارد، در صورتی که بدگمانی، خشم معطوف به بیرون و خشم معطوف به درون با کیفیت زندگی همبستگی منفی دارند. این مطالعه نیز مشخص کرد که احساس پیوستگی پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی‌تری از کیفیت زندگی است در حالی که خصومت و خشم تاثیر مستقیمی روی کیفیت زندگی نداشتند. هم‌چنین اثر خصومت و خشم روی کیفیت زندگی، از طریق احساس پیوستگی تعدیل شد (13). دراگست¹⁰ و همکاران در پژوهشی نشان دادند که احساس پیوستگی با کارکردهای اجتماعی و تندرستی جسمانی بیماران رابطه‌ی مثبت دارد (14). عبداللهیان، مخبر و کفایی رضوی به این نتیجه رسیدند که مردان مبتلا به بیماری عروق کرونری در مقایسه با مردان سالم از راهبردهای مبتنی بر واکنش هیجانی و راهبردهای جسمانی‌سازی بیشتر و راهبردهای مبتنی بر حل مسئله و جلب حمایت اجتماعی کمتر استفاده می‌کنند (15).

در سال‌های اخیر شواهد زیادی در مورد اهمیت عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی و تشدید بیماری‌های قلبی عروقی فراهم شده است (5). متغیرهایی مانند افسردگی، اضطراب، احساس پیوستگی، خستگی و تیپ شخصیتی D به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مهم بیماری‌های عروق کرونری معرفی شده‌اند (6،7). هم‌چنین وضعیت بهداشتی ناسالم از عوامل خطر زیست-جسمانی این بیماری‌ها ذکر شده است (7).

بر اساس نظریه‌ی آنتونوسکی¹ احساس کفایت و ایجاد منابع مقاومت در دوران کودکی و نوجوانی منتج به احساس پیوستگی² قوی در دوره‌ی بزرگسالی می‌شود (8). آنتونوسکی احساس پیوستگی را به عنوان سازه‌ای تعریف کرده است که جهت‌گیری کلی فرد و احساس اعتماد و پویایی مداوم و فراگیر را در زندگی و دنیای پیرامون وی نشان می‌دهد. احساس پیوستگی باعث می‌شود فرد تحریکات درونی و بیرونی دریافت شده را در زندگی سازمان یافته‌تر، قابل پیش‌بینی‌تر و توضیح‌پذیرتر درک نماید. به بیان ساده‌تر، احساس پیوستگی به ادراک و احساسات یک فرد اشاره می‌کند که زندگی برای او قابل درک، کنترل‌پذیر و پرمعنی است (8). قابل درک³ بودن یک مولفه‌ی شناختی است و به این احساس فرد اشاره دارد که اطلاعات راجع به خود و محیط اجتماعی‌اش به صورت منظم و سازمان یافته قابل درک است. این مولفه، کنترل شناختی فرد را بر محیط نشان می‌دهد. کنترل‌پذیر⁴ بودن یک مولفه‌ی ابزاری است که به این احساس فرد اشاره دارد که منابع قابل دسترس برای وی کافی بوده تا بتواند به طور مناسب به نیازها و تقاضاهای ناشی شده از تحریکات درونی و بیرونی پاسخ دهد. این مولفه نگرش‌ها و منابع مقابله‌ای موجود فرد را نشان می‌دهد. معنی‌دار⁵ بودن مولفه‌ی انگیزشی است که به وسعت این احساس در فرد اشاره دارد که محدوده‌های مشخص زندگی، متناسب با تلاش و زمان صرف شده‌ی وی هستند و میزان درگیرشدن وی را در حیطه‌های مختلف زندگی نشان می‌دهند. در این مولفه

⁶Suominen

⁷Pallant and Lae

⁸Moons and Norekval

⁹Julkunen and Ahlstrom

¹⁰Drageset

¹Antonovsky

²Sence of Coherence

³Comprehensible

⁴Managable

⁵Meaningful

در مطالعه‌ای ویلیامز⁶ و همکاران اثرات مکانیسم‌های تیپ شخصیتی D را بر رفتارهای مربوط به تندرستی و حمایت اجتماعی 1012 جوان سالم بهنجار انگلستانی و ایرلندی بررسی کردند (21). 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 پدیده‌ی آورنده‌ی عوامل پرخطر برای بیماری عروق کرونری می‌باشد و با پیش‌آگهی بد، وضعیت جسمانی آسیب‌دیده و پریشانی هیجانی ارتباط دارد. پله⁷ و همکاران با بررسی بر روی بیماران عروق کرونری و بیماران قلبی مزمن نتیجه‌گیری کردند که متغیرهای عاطفه منفی، افسردگی، اضطراب و بازداری اجتماعی از متغیرهای متمایزکننده‌ی بیماران عروق کرونری هستند (22)، هر چند عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی نقش مهم‌تری داشتند. وایت‌هد⁸ و همکاران در پژوهشی بر روی کارمندان نشان دادند که بین تیپ شخصیتی D و خستگی رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد (23). در مجموع بیماران عروق کرونری رفتارهای بهداشتی ناسازگارانه‌تری نظیر سیگار کشیدن، ورزش نکردن و رژیم غذایی بد دارند (24). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که وجود تیپ شخصیتی D و احساس پیوستگی کمتر بیماران عروق کرونری در مقایسه با افراد سالم سبب می‌شود که میزان تندرستی و کیفیت زندگی پایین‌تری داشته باشند (25).

با توجه به این که متغیرهای شخصیتی و رفتاری، تندرستی و بهزیستی بیماران عروق کرونری را تحت تأثیر قرار می‌دهند و نقش متغیرهای تیپ شخصیتی D و احساس پیوستگی بر تندرستی بیماران عروق کرونری به طور مستقیم کمتر مورد بررسی قرار گرفته است، پژوهش حاضر در صدد آن است تا ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D را با تندرستی آن‌ها بررسی نماید.

روش کار

این مطالعه از نوع همبستگی است و به صورت گذشته‌نگر

اما نتیجه‌ی متناقضی هم در مورد رابطه‌ی احساس پیوستگی و تندرستی وجود دارد. دنولت¹ و همکاران در پژوهشی بر روی بیماران قلبی و عروقی نشان دادند که احساس پیوستگی تندرستی را پیش‌بینی نمی‌کند (16).

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 مولفه است: 1- عاطفه‌ی منفی² که به تمایل تجربه‌ی عواطف منفی در طول زمان و موقعیت‌های مختلف اشاره می‌کند، 2- بازداری اجتماعی³ که تمایل برای بازداری از بیان این هیجانات در تعامل اجتماعی است (16). دنولت و همکاران به این نتیجه رسیدند که تیپ شخصیتی D مستقل از عوامل دیگر، پیش‌بینی‌کننده‌ی مهمی برای بیماران عروق کرونری است و اثرات پایدار و مهمی روی کیفیت زندگی و تندرستی این بیماران می‌گذارد (16).

خوسفی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که بیماران عروق کرونری در مقایسه با گروه غیربیمار، روان‌رنجوری و تجارب تنش‌زای بیشتری دارند در صورتی که تجربه‌پذیری، هم‌سازی، وظیفه‌شناسی و حمایت اجتماعی آن‌ها کمتر بود (17). بیاضی و رستگاری با بررسی 60 بیمار عروق کرونری نشان دادند که این بیماران در الگوی رفتاری تیپ دو و تنش نمرات بیشتر و در سخت‌رویی نمرات کمتری در مقایسه با گروه سالم دارند (18). بروک⁴ و همکاران در پژوهشی با بررسی 554 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 آشفستگی آن‌ها می‌شود (19). جونگ⁵ و همکاران در پژوهشی بر روی بیماران قلبی (یک‌سال پس از عمل جراحی) نشان دادند که میزان افسردگی نسبت به تیپ شخصیتی D با وضعیت جسمانی و بهداشتی بیماران بیشتر مرتبط است (20).

¹Denollet

²Negative affect

³Social inhibition

⁴Broek

⁵Jonge

⁶Williams

⁷Pelle

⁸Whitehead

پیوستگی توسط آنتونوسکی ساخته شده است. این مقیاس 14 آیتم دارد که مولفه‌های معنی‌دار بودن، قابل درک بودن و کنترل‌پذیری را می‌سنجد (8). هر آزمودنی به این مقیاس به صورت "به ندرت"، "گاهی اوقات" و "اغلب اوقات" پاسخ می‌دهد. حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس به ترتیب 14 و 42 می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس 0/85 گزارش شده است (28). ضریب همبستگی بین فرم‌های کوتاه و بلند مقیاس احساس پیوستگی معنی‌دار می‌باشد ($r=0/74$) (13). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس 0/78 به دست آمد. 4- فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی تندرستی: فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی تندرستی توسط لوگ و کاسا¹ ساخته شده است (29). این پرسش‌نامه 36 آیتم دارد که فعالیت‌های مرتبط با تندرستی و رفتارهای بهداشتی را اندازه‌گیری می‌کند. هر آزمودنی به این مقیاس به صورت "به ندرت"، "گاهی اوقات"، "اغلب اوقات" و "همیشه" پاسخ می‌دهد و حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس به ترتیب 36 و 144 می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه 0/84 گزارش شده است (30). بین پرسش‌نامه‌ی تندرستی و مقیاس اضطراب افسردگی بیمارستانی ضریب همبستگی 0/80- به دست آمده است ($P<0/001$). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس 0/72 به دست آمد.

روش اجرا: در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا به درمانگاه قلب و عروق بیمارستان حشمت در شهر رشت مراجعه و بعد از هماهنگی نمونه‌ها از میان مراجعه‌کنندگان به درمانگاه تخصصی انتخاب شدند. پس از بیان اهداف تحقیق برای هر یک از آزمودنی‌ها، مقیاس احساس پیوستگی، مقیاس تیپ شخصیتی D و پرسش‌نامه‌ی تندرستی به ترتیب در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که به دقت سؤالات را مطالعه نموده و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سؤالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. سپس داده‌های جمع‌آوری شده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. انجام این پژوهش سه ماه

انجام گرفته است. در این پژوهش تیپ شخصیتی D و احساس پیوستگی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و تندرستی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده‌اند. متغیر سن (40 تا 50 سال) تا حد امکان کنترل شده است.

جامعه‌ی آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی بیماران عروق کرونری است که در تابستان سال 1387 به درمانگاه تخصصی قلب و عروق بیمارستان دولتی حشمت در شهر رشت مراجعه کرده بودند. نمونه‌ی این پژوهش شامل 60 بیمار (زن و مرد) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان کلیه‌ی بیماران عروق کرونری مراجعه‌کننده به بیمارستان دولتی حشمت در شهر رشت در تابستان سال 1387 انتخاب شدند. بیمارانی انتخاب گردیدند که حداقل 3 سال دارای تشخیص قطعی در بیماری عروق کرونری از سوی متخصص بودند. بیماران دارای شرایط حاد مانند بیماران دارای نارسایی شدید قلبی، درد شدید قلبی و بیمارانی که قادر به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نبودند، در نمونه‌ی پژوهش قرار نگرفتند. میانگین (و انحراف معیار) سنی آزمودنی‌های زن 48/30 (9/38) و مرد 49/90 (10/55) بود.

ابزارهای پژوهش: 1- چک‌لیست ویژگی‌های دموگرافیک: این چک‌لیست شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی و سابقه‌ی بیماری بود.

2- مقیاس تیپ شخصیتی D: مقیاس تیپ شخصیتی D توسط دنولت تدوین شده است. این مقیاس 14 آیتم دارد و مولفه‌های عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی را می‌سنجد (26). هر آزمودنی به این مقیاس به صورت "به ندرت"، "گاهی اوقات"، "اغلب اوقات" و "همیشه" پاسخ می‌دهد و حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس به ترتیب 14 و 56 می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس عاطفه‌ی منفی 0/88 و خرده‌مقیاس بازداری اجتماعی 0/86 و ضریب اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A 0/63 گزارش شده است (20). ضریب همبستگی این مقیاس با ارزیابی‌های مشاهده‌گران معنی‌دار می‌باشد ($r=0/69$) (27). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس 0/88 به دست آمد.

3- مقیاس احساس پیوستگی: فرم کوتاه مقیاس احساس

¹Loge and Kassa

طول کشید و تکمیل پرسش‌نامه‌ها به صورت انفرادی در محل درمانگاه و زمان اجرای کل پرسش‌نامه‌ها حدود 30 دقیقه بود. سرانجام داده‌های جمع‌آوری شده با روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج

همان‌طور که ملاحظه شد نمونه‌ی مورد مطالعه 60 نفر بوده است که 50 درصد (30 نفر) از این بیماران مرد و 50 درصد آن‌ها (30 نفر) زن بودند. 6/7 درصد (4 نفر) آزمودنی‌ها مجرد و 93/3

560 نفر) متاهل بوده‌اند. 51/7 درصد (31 نفر) آزمودنی‌ها دیپلم ردی، 35 درصد (21 نفر) دیپلم و 13/3 درصد (8 نفر) تحصیلات کارشناسی داشته‌اند. 53/3 درصد (32 نفر) آزمودنی‌ها کارمند و 46/7 درصد (17 نفر) شغل آزاد داشتند. 80/1 درصد آزمودنی‌ها (48 نفر) بین 5-3 سال و 19/9 درصد (12 نفر) بین 8-6 سال سابقه‌ی بیماری عروق کرونری داشتند و همه‌ی این بیماران دارو استفاده می‌کردند. میانگین (و انحراف معیار) سن بیماران زن و مرد به ترتیب 44/30 (4/20) و 46/90 (5/54) با دامنه‌ی 40 تا 50 سال می‌باشد.

جدول 1- میانگین و انحراف معیار نمرات احساس پیوستگی، تیپ شخصیتی D و تندرستی در زنان و مردان مبتلا به بیماری عروق کرونری

متغیر	مرد		زن		کل		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مولفه‌های تیپ شخصیتی D	عاطفه‌ی منفی	20/83	7/70	28/50	5/93	24/66	7/83
	بازداری اجتماعی	19/73	5/36	23/93	5/34	21/83	5/11
	کل	40/56	11/54	52/60	11/13	46/66	12/81
مولفه‌های احساس پیوستگی	معنی‌دار بودن	20/83	7/70	28/50	5/93	24/66	7/83
	قابل درک بودن	11/43	1/43	11/33	0/958	11/38	1/20
	کنترل پذیری	8/80	2/48	7/73	2/13	8/26	2/08
کل	34/86	3/49	34/10	2/13	34/48	2/86	
تندرستی	109/23	11/54	118/00	14/87	113/61	13/92	

همان‌طور که مشاهده می‌شود در جدول (1) میانگین و انحراف معیار نمرات احساس پیوستگی و مولفه‌های آن، تیپ شخصیتی D و مولفه‌های آن و تندرستی در زنان و مردان مبتلا به بیماری عروق کرونری آمده است. برای مقایسه‌ی میانگین نمرات هر یک از متغیرهای تیپ شخصیتی D و مولفه‌های آن، احساس پیوستگی و مولفه‌های آن و تندرستی در زنان و مردان مبتلا به بیماری عروق کرونری از آزمون تی برای دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بین مردان و زنان مبتلا به بیماری عروق کرونری در احساس پیوستگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$). نتایج نیز نشان داد که بین مردان و زنان مبتلا به بیماری عروق کرونری در تندرستی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به این معنی که میانگین نمرات

تندرستی زنان از مردان بیشتر است ($t=2/55$ ، $P < 0/01$). هم چنین نتایج نشان داد که بین مردان و زنان مبتلا به بیماری عروق کرونری در تیپ شخصیتی D تفاوت معنی‌داری وجود دارد به این معنی که میانگین نمرات تیپ شخصیتی D مردان بیشتر از زنان است ($t=4/16$ ، $P < 0/001$). همان‌طور که در جدول (2) مشاهده می‌شود احساس پیوستگی با تندرستی ($r=0/22$) بیماران عروق کرونری رابطه‌ی مثبت معنی‌داری دارد ($P < 0/05$). مولفه‌های معنی‌دار بودن ($r=0/44$)، قابل درک بودن ($r=0/33$) و کنترل پذیری ($r=0/28$) با تندرستی نیز رابطه‌ی مثبت معنی‌داری دارند ($P < 0/01$). هم‌چنان که در جدول (2) مشاهده می‌شود تیپ شخصیتی D با تندرستی مبتلایان به بیماری عروق کرونری رابطه‌ی منفی معنی‌داری دارد ($r=-0/62$).

برای تعیین تاثیر هر یک از متغیرهای تیپ شخصیتی D و احساس پیوستگی، مولفه‌های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی (مقیاس تیپ شخصیتی D) و مولفه‌های معنی‌دار بودن، قابل درک بودن و کنترل پذیری (مقیاس احساس پیوستگی) به عنوان متغیرهای پیش‌بین و تندرستی مبتلایان به بیماری عروق کرونری به عنوان متغیر ملاک در معادله‌ی رگرسیون تحلیل شدند. در جدول (3) میزان F مشاهده شده معنی‌دار است ($P < 0/001$) و حدود 44 درصد واریانس مربوط به تندرستی بیماران توسط مولفه‌های تیپ شخصیتی D و احساس پیوستگی تبیین می‌شود. ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که از میان مولفه‌های فوق، فقط عاطفه منفی می‌تواند واریانس تندرستی بیماران را به صورت معنی‌دار تبیین کنند. ضریب تاثیر عاطفه منفی ($B = -0/631$) با توجه به آماره‌ی تی نشان می‌دهد که می‌تواند تغییرات مربوط به تندرستی مبتلایان به بیماری عروق کرونری را به صورت معنی‌دار تبیین کند.

مولفه‌های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی نیز با تندرستی رابطه‌ی منفی معنی‌داری دارند (به ترتیب با $r = 0/63$ و $r = -0/51$ و $P < 0/001$).

جدول 2- ضریب همبستگی احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی بیماران عروق کرونری

تندرستی		متغیر
sig	r	
<0/001	0/44	معنی دار بودن
<0/01	0/33	قابل درک بودن
<0/01	0/28	کنترل پذیری
<0/05	0/22	کل
<0/001	-0/63	عاطفه منفی
<0/001	-0/51	بازداری اجتماعی
<0/001	-0/62	کل

سطح معنی داری = sig ضریب همبستگی پیرسون = r

جدول 3- نتایج تحلیل رگرسیون تندرستی روی تیپ شخصیتی D و احساس پیوستگی بیماران مبتلا به عروق کرونری

T (sig)	B	SE	B	R ²	MR	F (sig)	MS	df	SS'	شاخص	متغیرهای پیش‌بین
-6/20 (0/001)	0/631	0/181	-1/122	0/399	0/631	38/45 (0/001)	4559/76 118/59	1 58	45589/76 6878/43	رگرسیون باقیمانده	عاطفه منفی
-1/04 (0/30)	0/146	0/342	-0/356	0/410	0/640	19/79 (0/001)	2343/94 118/43	2 57	4687/87 6750/31	رگرسیون باقیمانده	بازداری اجتماعی
0/95 (0/34)	0/117	2/075	-1/970	0/419	0/647	16/47 (0/001)	1598/28 118/63	3 56	4794/84 6643/35	رگرسیون باقیمانده	معنی دار بودن
1/52 (0/13)	0/161	1/223	1/858	0/443	0/665	10/92 (0/001)	1265/63 115/92	4 55	5062/50 6375/68	رگرسیون باقیمانده	قابل درک بودن
0/20 (0/84)	0/026	0/907	-0/176	0/443	0/666	8/59 (0/001)	1013/39 117/99	5 54	5066/97 6371/21	رگرسیون باقیمانده	کنترل پذیری

ضریب پیش‌بینی = R همبستگی چند متغیری = MR میانگین مجذورات رگرسیونی = MS درجه‌ی آزادی = df مجموع مجذورات رگرسیونی = SS

ضریب رگرسیون استاندارد متغیرهای پیش‌بین = B خطای استاندارد ضریب رگرسیونی = SE ضریب تاثیر متغیرهای پیش‌بین = B

بحث و نتیجه گیری

همان‌طور که ملاحظه شد هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری بود. نتایج نشان داد که احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری رابطه‌ی مثبت وجود دارد، مورد تایید بحث قرار می‌گیرند.

این فرض که بین احساس پیوستگی و تندرستی مبتلایان به بیماری عروق کرونری رابطه‌ی مثبت وجود دارد، مورد تایید بحث قرار می‌گیرند.

همکاران و وایت هد و همکاران، هم‌خوانی دارد (16، 23-20). این نتایج حاکی از این است که تنش‌های ناشی از تیپ شخصیتی D از طریق تغییرات رفتاری و فیزیولوژیکی بر سلامتی اثر می‌گذارند. افراد دارای تنش بالا تمایل افراطی به انجام رفتارهایی دارند که امکان بیمار شدن و آسیب دیدن آن‌ها را افزایش می‌دهد (31).

هم‌چنین شرایط تنش‌زا موجب ترشح آدرنالین و نورآدرنالین شده و ضربان قلب را افزایش می‌دهد که این امر سبب ناراحتی قلبی عروقی می‌گردد (32). به عبارت دیگر، در نتیجه‌ی 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 حمله‌ی قلبی شود. به علاوه، تیپ شخصیتی D و مولفه‌های آن در دراز مدت می‌توانند به دیواره‌ی شریان کرونری صدمه زده و بیماری عروق کرونری را تسریع و تشدید نمایند. پاسخ تنش با رهاسازی کاته‌کولامین‌ها و کورتیکواستروئیدها می‌تواند تراکم پلاکت‌های خونی و انقباض رگ‌های خونی شریان کرونری را افزایش دهند و در نتیجه خطر لخته‌شدن خون درون شریان افزایش می‌یابد (34، 33). 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 تاثیر قرار دهند. هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر با این نتیجه‌گیری کادیلکا¹ و همکاران که عوامل روان‌شناختی به ویژه تیپ شخصیتی D نقش مهمی در بیماری‌های عروق کرونری دارند هم‌سویی دارد (35). فقط تحقیق وایت‌هد و همکاران که بین تیپ شخصیتی و خستگی رابطه‌ی معنی‌داری به دست نیاورده است در راستای نتایج پژوهشی حاضر نیست (23).

نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که مولفه‌های تیپ شخصیتی D و مولفه‌های احساس پیوستگی حدود 44 درصد از واریانس تندرستی بیماران عروق کرونری را تبیین می‌کنند که سهم مولفه‌ی عاطفه‌ی منفی 40 درصد بود. این نتیجه نشان

قرار گرفت. این نتیجه با یافته‌های پژوهشی سومین و همکاران، پلانت و لای، مونز و نورکوال، جلکونن و اهلستروم و دراگست و همکاران دیگر هم‌خوانی دارد (14-10). نتایج این پژوهش‌ها حاکی از این است که احساس پیوستگی در بیماران عروق کرونری منجر به بهبود کیفیت زندگی، کارکردهای اجتماعی و افزایش تندرستی می‌شود. به اعتقاد آنتونوسکی احساس پیوستگی بیانگر اعتماد شخص به توانایی برای مقابله با شرایط مختلف است و حس استقلال و خودپیروی را افزایش داده و باعث ارتقای رفتارهای مربوط به تندرستی و بهبود عملکرد در بیماران می‌شود (8). فقط یافته‌ی پژوهشی دنولت و همکاران با نتیجه‌ی پژوهشی حاضر همسو نیست. وی نتیجه‌گیری کرده است که احساس پیوستگی، تندرستی را پیش‌بینی نمی‌کند (16). می‌توان این‌گونه تبیین کرد که کاهش کنترل‌پذیری و تسلط فرد بر موقعیت‌های مختلف زندگی و احساس غیرقابل پیش‌بینی بودن رویدادها، توانایی‌های وی را در مقابله‌ی موثر با استرس و مشکلات تضعیف نموده و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی را میسر می‌سازد و با احتمال افزایش درماندگی روان‌شناختی، تندرستی بیماران مبتلا به عروق کرونری در معرض خطر قرار می‌گیرد. بالعکس، این باور که تجربه‌های زندگی قابل پیش‌بینی و کنترل هستند، منجر به احساس پیوستگی بیشتر در این بیماران شده و بر تندرستی آنان اثرات مثبتی خواهد گذارد. هم‌چنین می‌توان گفت که مقاومت بیمار در برابر تغییرات زندگی و واقعیت‌ها موجب می‌شود که فرد نتواند به طور مناسب با مشکلات و موانع زندگی چالش نماید و فرصت‌های پیشرفت و رشد را از دست بدهد. لذا نسبت به آنچه انجام می‌دهد یا خواهد داد احساس تعهد کمتری می‌نماید و تلاش و زمان کمتری وقف اهداف خود می‌کند و در نتیجه باور فرد نسبت به اهمیت، ارزش و معنی‌داری فعالیت‌های زندگی کمتر شده و تندرستی وی در معرض خطر قرار می‌گیرد.

این فرض که بین تیپ شخصیتی D و مولفه‌های آن و تندرستی بیماران عروق کرونری رابطه‌ی منفی وجود دارد، مورد تایید قرار گرفت. این نتیجه با یافته‌های پژوهشی دنولفت و همکاران، جونگ و همکاران، ویلیامز و همکاران، پله و

¹Kudielka

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که زنان به دلیل رعایت نکات بهداشتی بیشتر، در مقایسه با مردان سالم‌تر هستند. به طور خلاصه پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تیپ شخصیتی D در جهت افزایش خطر بیماری عروق کرونری و احساس پیوستگی در جهت کاهش خطر این بیماری عمل می‌کند. با توجه به نقش اساسی رفتار و شخصیت در ظهور بیماری عروق کرونری می‌توان با تغییر در سبک زندگی این بیماران، کیفیت زندگی و رفتارهای مربوط به تندرستی و سرانجام طول عمر آن‌ها را افزایش داد.

با توجه به محدود بودن نمونه‌ی پژوهش به یک بیمارستان در شهر رشت و بررسی بیماران در مقطعی از زمان، می‌بایست در تعمیم یافته‌ها احتیاط کرد. هم‌چنین از آن‌جا که این بررسی فقط بر روی بیماران عروق کرونری بوده است، نمی‌توان نتایج را به کل بیماران قلبی عروقی تعمیم داد. استفاده‌ی بیماران از داروها نیز احتمالاً نتایج را تحت تاثیر قرار داده است که می‌بایست مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مولفین بر خود لازم می‌دانند از ریاست محترم بیمارستان حشمت شهر رشت و جناب آقای دکتر ارسلان سالاری که مجوز اجرای این تحقیق را صادر کردند، تشکر و قدردانی نمایند. مطالعه‌ی حاضر بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام گرفته و با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است.

می‌دهد که احتمالاً 56 درصد واریانس باقی‌مانده توسط متغیرهای روان‌شناختی دیگر (برای مثال استرس، خصومت و راهبردهای مقابله‌ای) و متغیرهای زیست‌شیمیایی (آدرنالین، نورآدرنالین، کورتیزول و ...) تبیین می‌شود. این یافته با نتیجه‌گیری پله و همکاران که مولفه‌ی عاطفه‌ی منفی به عنوان مهم‌ترین عامل در بیماران عروق کرونری است، هم‌خوانی دارد (22).

هم‌چنین یافته‌ی پژوهشی حاضر با پژوهش‌های دنولت و همکاران، دنولت و شیفر و همکاران هماهنگی دارد (37،36،7). در این پژوهش‌ها تیپ شخصیتی D به عنوان یک عامل خطر مزمن و یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم تندرستی بیماران عروق کرونری گزارش شده است. نتایج مربوط به مقایسه‌ی زنان و مردان مبتلا به بیماری عروق کرونری نشان داد که بین مردان و زنان مبتلا به بیماری عروق کرونری در احساس پیوستگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P>0/05$). در صورتی که بین تیپ شخصیتی D در مردان و زنان مبتلا به بیماری عروق کرونری تفاوت معنی‌داری به دست آمد. به این معنی که میانگین نمرات تیپ شخصیتی D مردان بیشتر از زنان بود ($P<0/001$). هم‌چنین نتایج نشان داد که میانگین نمرات تندرستی زنان در مقایسه با مردان بیشتر بود ($P<0/01$). این نتایج با یافته‌ی پژوهشی عبداللهیان و همکاران تقریباً در یک راستا قرار دارد (15).

References

- Ridker PM, Genest J, Libby P. Risk factors atherosclerotic disease. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P. (editors). Braunwald's heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001: 1010-39.
- Schroder KE, Schwarzer R. Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. Soc Sci Med 2005; 60(4): 859-75.
- Saeedi M. [The efficacy reconstruction and relaxation techniques on anxiety and depression heart rehabilitation patients]. MA. Dissertation. Tehran: Iran University of Medical Sciences, College of clinical psychology, 2004: 2-4. (Persian)
- Grigs A, Loskalzo K. [Internal principles of Cecil medicine]. 1st ed. Tehran: Teimoorzadeh; 2005: 15-6. (Persian)
- Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. J Am Coll 2005; 45(4): 637-51.

6. Frasure-Smith N, Lesperance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Social support, depression and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation* 2000; 101(7): 1919-24.
7. Denollet J, Pederson SS, Vrints CJ, Conraads VM. Usefulness of type-D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *Am J Cardiol* 2006; 97: 970-3.
8. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993; 36(5): 725-33.
9. Gana K, Garnier S. Latent structure of the sense of coherence scale in a French sample. *Pers Individ Dif* 2001; 31(7): 1079-90.
10. Suominen P, Helenius H, Blomberg H, Uutela A, Koskenvuo M. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults. *J Psychosom Res* 2001; 50(2): 77-86.
11. Pallant JF, Lae L. Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: Further evaluation of the sense of coherence scale. *Pers Individ Dif* 2002; 33(61): 39-48.
12. Moons P, Norekval TM. Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? A hypothesis. *Eur J Cardiovascular Nurs* 2006; 5(1): 16-20.
13. Julkunen J, Ahlstrom R. Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT sub study. *J Psychosom Res* 2006; 61(1): 33-9.
14. Drageset J, Eide GE, Nygaard HA, Bondevik M, Nortvedt MV, Natvig GK. The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents- A questionnaire survey in Bergen, Norway. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(1): 66-76.
15. Abdollahian E, Mokhber N, Kafae Z. [A study coping responses and life important events in coronary heart patients]. *Journal of fundamentals of mental health* 2007; 8(1-2): 37-42. (Persian)
16. Denollet J, Conraads VM, Brutsaert DI, Clerck LD, Stevens WJ, Vrints CL. Cytokines and immune activation in systolic heart failure: The role of type-D personality. *Brain Behav Immun* 2003; 17(4): 304-9.
17. Khoosf H, Monirpoor NB, Peighambari MM. [Comparative study of personality factors, stressful life events and social support in coronary heart patient and non patient]. *Contemporary psychology* 2008; 2(3): 41-8. (Persian)
18. Bayazi MH, Rastegari Y. [Relationship of type 2 behavior pattern, hardiness and stress with coronary heart disease]. *Psychological research* 2005; 8(1-2): 40-58. (Persian)
19. Broek P, Martens K, Nyklicek E, Voort I, Susanne P. Increased emotional distress in type-D cardiac patients without a partner. *J Psychosom Res* 2007; 63(1): 41-9.
20. Jonge P, Denollet J, Van Melle J, Kuyper A, Honig A, Hschene A, et al. Association of type-D personality and depression with somatic health in myocardial infarction patients. *J Psychosom Res* 2007; 63(5): 477-89.
21. Williams L, O'Connor RC, Christopher A, Ferguson E, Sheehy N, Madeleine A. Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-related behavior and social support. *J Psychosom Res* 2008; 64(1): 63-9.
22. Pelle AJ, Denollet J, Zwisler A, Pedersen SS. Overlap and distinctiveness of psychological risk factors in patients with ischemic heart disease and chronic heart failure: Are we there yet? *J Affect Disord* 2009; 113(1-2): 150-6.
23. Whitehead D, Perkins-Porras L, Strike P, Magid K, Steptoe A. Cortisol awakening response in acute coronary syndrome patients with type-D personality. *J Psychosom Res* 2007; 62(4): 419-25.
24. Denollet J, Holmes R, Vrints CH, Conraads V. Unfavorable outcome of heart transplantation in recipients with type-D personality. *J Heart Lung Transplantation* 2007; 26(2): 187-99.
25. Eslick GD. Health care seeking behaviors, psychological factors and quality of life of non cardiac chest pain. *Disease-a-Month* 2008; 54(9): 604-12.
26. Denollet J. Personality and coronary heart disease: The type-D scale (DS16). *Ann Behav Med* 1998; 20(2): 209-15.
27. Yu X, Zhang J, Liu X. Application of the type-D scale (DS14) in Chinese coronary heart disease patients and healthy controls. *J Psychosom Res* 2008; 65(6): 595-601.

28. Sandell R, Blomberg J, Lazar A. The factor structure of Antonovsky's sense of coherence scale in Swedish clinical and non clinical samples. *Pers Individ Dif* 1997; 24(9): 701-11.
29. Loge JH, Kaasa S. Short form 36 (SF-36) health survey: Normative data from the general Norwegian population. *Scand J Soc Med* 1998; 26(2): 250-8.
30. Fossa SD, Dahl AA. Short form 36 and hospital anxiety and depression scale a comparison based on patients with testicular cancer. *J Psychosom Res* 2002; 52(1): 79-87.
31. Sarafino EP. *Health psychology*. 4th ed. Philadelphia: Wiley and sons; 2002: 42-8.
32. Kunnanatt JT. Type A behavior pattern and managerial performance: A study among bank executives in India. *Int J Manpower* 2003; 24(6): 720-34.
33. Muller JE, Tofler GH, Stone PH. Circadian variation and triggers of onset of acute cardiovascular disease. *Circulation* 1989; 79(5): 733-43.
34. Rostami R, Rahimian B, Besharat MA. [A comparative study on marital stress in coronary heart disease patients and healthy persons]. *Journal of psychological science* 2008; 7(25): 4-23. (Persian)
35. Kudielka BM, Van Kanel R, Gander ML, Fischer JE. The interrelationship of psychosocial risk factors for coronary artery disease in a working population. *Behav Med* 2004; 30(1): 35-40.
36. Denollet J. Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type-D personality. *Psychosom Med* 2005; 67(1): 89-97.
37. Schiffer AA, Pedersen SS, Widdershove JW, Hendrik EH, Winter J, Denollet J. The distressed personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *Eur J Cardiovascular* 2005; 12(2): 341-6.