

A comparison of the factors of life quality and type D personality in patients with Coronary heart disease

Roshan R. *PhD*¹, Mohammadi J. *MSc*[✉], Rajabi MR. *PhD*², Salesi M. *PhD*³,
Jalali M. *MSc*¹

¹ Department of Clinical Psychology, Faculty of Human Sciences, Shahed University, Tehran, Iran

[✉] Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Department of Cardiovascular, Shahed University, Tehran, Iran

³ Department of Biostatistics, Baghiyatolah University of Medical Science, Tehran, Iran

Submitted: 2012.11.10 Accepted: 2013.6.4

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are the most frequent causes of death and disability around the world. More than 50 percent of factors influencing heart diseases are psychological factors. Numerous studies have examined psychological factors and more especially personality factors as a risk factor in heart diseases. The present study was an attempt to examine life quality and type D personality components in patients with coronary heart disease.

Method: It was a retrospective study on 99 patients with coronary heart disease visiting angiography unit of Mostafa Khomeini Hospital in 2011. Also 91 healthy participants were selected from individuals accompanying the coronary patients based on some corresponding demographical factors. Data collection was done using life quality questionnaire (SF36) and Type D personality questionnaire (DS22). Data analysis was done using a MANOVA test.

Results: The obtained results showed that coronary patients had a higher type D personality. Not surprisingly, this difference was only in negative emotions. In other words, in patients with CHD, anxiety, depression, anger, and irritability were higher than healthy individuals. They also had a lower life quality.

Conclusion: With the identification of individuals with type D personality, it is possible to identify susceptible coronary heart disease patients for preventive procedures. Modifying lifestyles in such patients can reduce the severity of the disease and make the treatment effects more stable.

Key words: Type D personality, Quality of Life, Coronary Heart Disease

مقایسه مؤلفه‌های شخصیت نوع D و کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب با افراد سالم

رسول روشن^۱، جمیله محمدی^۲، محمد رضا رجبی^۲، محمود ثالثی^۳، محسن جلالی^۱

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۳ گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۴ گروه آمارحیاتی، پژوهشگاه، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۳/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۸/۲۰

چکیده

مقدمه: بیماری‌های قلب و عروق شایع‌ترین علت مرگ و از کار افتادگی در سراسر دنیا را تشکیل می‌دهند. بیش‌تر از ۵۰ درصد از عوامل مؤثر بر بیماری‌های قلبی را فاکتورهای روانی تشکیل می‌دهد. مطالعات مختلف تاثیر عوامل روانی و به خصوص فاکتورهای شخصیتی را به عنوان عامل خطر در بیماری‌های قلبی مورد بررسی قرار داده‌اند. در راستای شناسایی این تاثیرات روانی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه بیماران کرونری قلبی با گروه سالم از لحاظ شخصیت نوع D و کیفیت زندگی انجام شد.

روش: تحقیق حاضر از نوع پس‌رویدادی است. در همین راستا تعداد ۹۹ نفر از افراد مبتلا به کرونری قلبی (به تشخیص متخصص قلب) که در محدوده زمانی فروردین تا خرداد ۱۳۹۰ به بخش آنژیوگرافی بیمارستان مصطفی خمینی مراجعه داشته‌اند، به روش در دسترس انتخاب شدند. تعداد ۹۱ نفر هم از همراهان بیماران که فاقد بیماری قلبی بودند و از لحاظ برخی متغیرهای جمعیت‌شناسی با گروه آزمایش به صورت گروهی همسان شده بودند، انتخاب گردیدند. پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (SF-36) و شخصیت D (DS22) به همراه خصوصیات دموگرافیک بر روی آن‌ها اجرا گردید. تحلیل داده‌ها در نرم افزار SPSS و توسط آزمون MANOVA انجام پذیرفت.

یافته‌ها: نتایج این تحقیق نشان داد بیماران کرونری قلب دارای ویژگی‌های شخصیتی نوع D بالاتری نسبت به افراد سالم هستند، اما این تفاوت مورد انتظار تنها در بخش عواطف منفی است. به عبارت دیگر بیماران کرونری، اضطراب و افسردگی، خشم و زودرنجی بیش‌تری دارند. همچنین کیفیت زندگی بیماران نسبت به افراد سالم پایین‌تر است.

نتیجه‌گیری: با شناخت تیپ شخصیتی D و نحوه تاثیر آن بر بیماری CHD، می‌توان شخصیت‌های مستعد این بیماری را جهت انجام اقدامات پیشگیرانه و کمک در درمان شناسایی کرد. تغییر در شیوه زندگی این بیماران نیز می‌تواند از شدت بیماری و اثرات آن بکاهد و آثار درمان‌های پزشکی را پایاتر کند.

کلیدواژه‌ها: شخصیت D، کیفیت زندگی، بیماری کرونری قلبی

مقدمه

بیماری‌های عروق کرونر قلب (CHD: Coronary Heart Disease) شامل آن دسته از بیماری‌های قلبی-عروقی است که به علت نارسایی خون و اکسیژن کافی به بافت‌های مختلف قلب به وجود می‌آید. شریان‌های کرونر قلب به عضلات و بافت‌های آن خون رسانی می‌کنند و اختلال در کارکرد این شریان‌ها باعث ایجاد CHD می‌شود. بیماری‌های CHD طیف وسیعی از بیماری‌ها مثل ایسکمی خاموش، آنژین مزمن پایدار، آنژین ناپایدار، انفارکتوس میوکارد (MI)، کار دیومیوپاتی، ایسکمیک و مرگ ناگهانی قلبی را شامل می‌شوند، اما به طور کلی CHD به دو صورت آنژین قفسه صدی و حمله ی قلبی بروز می‌کند [۱].

بیماری‌های قلب و عروق شایع‌ترین علت مرگ و از کارافتادگی در سراسر دنیا است [۲]. بر اساس آمارهای موجود بیماری‌های قلبی و عروقی باعث ۱۰ درصد از کل مرگ و میرها در سال ۱۹۹۰، ۵۰ درصد در سال ۲۰۰۰ و ۷۵ درصد از مرگ و میرهای جهان در سال ۲۰۲۰ میلادی می‌باشد. مطالعات نشان داده است که این بیماری‌ها در کل دنیا رو به افزایش است و بیشتر، در کشورهای در حال توسعه روی می‌دهد. آخرین آمار در ایران بیانگر این است که میزان بروز مرگ بیماری‌های قلبی عروقی ۱۶۷ در صد هزار نفر است [۳].

از دیر باز عوامل جسمی شناخته شده‌ای را با بروز بیماری CHD مرتبط می‌دانستند؛ این عوامل شامل فاکتورهای سنتی غیر قابل تغییر (از جمله ژنتیک)، عوامل سنتی قابل تغییر (الگوی فعالیت، چاقی، ...) و عوامل خطر ساز غیر آترواسکلروتیک بیماری قلبی می‌باشد [۱، ۴]. به تدریج مشخص شد این عوامل تنها می‌توانند ۵۰ درصد از بروز CHD را پیش‌بینی کنند [۵]. پیشرفت‌های نوین در پزشکی رفتاری، توجه متخصصان روان‌شناسی تندرستی را به نقش کلیدی عوامل غیر زیستی در CHD معطوف ساخت [۶]. آن‌ها دریافتند که بیماری کرونر قلب یکی از انواع بیماری‌های قلبی است که اساسا دارای ماهیت روان‌تنی بوده و نقش عوامل روان‌شناختی (به ویژه شخصیتی) در ظهور آن روشن است. در واقع این عوامل به طور مستقیم یا غیر مستقیم با تاثیرگذاری بر عوامل خطر فیزیولوژیک، خطر بیماری قلبی را افزایش می‌دهند [۷]، به صورتی که مواردی از مرگ قلبی ناگهانی به دنبال آشفته‌گی‌های هیجانی، در تمام طول تاریخ و فرهنگ‌ها یافت می‌شود [۸].

متغیر شخصیت از عوامل تعیین کننده هیجان‌ات و استرس‌ها است. از بین انواع متغیرهای شخصیتی، متغیر شخصیت D یک سازه‌ی شخصیتی جدید است که توسط دنولت [۹] از بطن نظریه‌های شخصیت و شواهد تجربی شامل مطالعات تحلیل عاملی و تحلیل خوشه‌ای به دست آمده است. نقش آسیب‌زایی این سنخ شخصیتی در ابعاد روان‌شناختی و فیزیولوژیکی، مبتنی بر دو ویژگی کلی و ثابت عواطف منفی و بازداری اجتماعی است. منظور از عواطف منفی تمایل فرد به تجربه احساسات منفی در اوقات و موقعیت‌های مختلف است، در حالی که بازداری اجتماعی به تمایل

فرد به اجتناب از ابراز این هیجان‌ات منفی در تعاملات اجتماعی اشاره دارد [۱۰]. از آنجایی که تغییرات قلبی ایجاد شده به وسیله‌ی دستگاه عصبی خودکار عمیقا به عوامل شخصیتی و استرس‌های هیجانی حاد نظیر اندوه، ترس یا خشم شدید حساس است، بنابراین تعجبی ندارد که این فاکتورها بر کارکرد قلب تأثیر داشته باشند [۱۱]. این سازه‌ی شخصیتی، به عنوان یک عامل مستقل برای بروز سکتته‌ی قلبی، پیش‌آگهی و مرگ و میر در بیماران سکتته‌های قلبی، بیماران پس از جراحی قلب و پیش‌بینی کننده‌ی بسیاری از درمان‌ها در بیماران قلبی شناسایی شده است [۱۰]. در مطالعات سال‌های اخیر نیز دیسی (۲۰۰۷) و لوسی (۲۰۱۰) رابطه‌ی بین بیماران کرونر قلبی و شخصیت نوع D را گزارش کردند [۱۲]، [۱۳].

از طرفی برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد مبتلا به بیماری کرونر قلبی، تمایلی به انجام فعالیت‌ها و تماس‌های اجتماعی سابق‌شان نداشته [۱۴] و بسیاری از روابط و حمایت‌های اجتماعی شان را از دست می‌دهند [۱۵، ۱۶]. به علاوه بیماری قلبی در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن به علت ایجاد عوارض ناتوان کننده، تأثیر بسیار حادثتری بر کیفیت زندگی دارد و موجب تخریب نقش عملکردی فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و کاهش عملکرد حرفه‌ای می‌شود. لذا به نظر می‌رسد که اکثر این بیماران به دلیل شرایط خاص بیماری خود، در پاره‌ای از ابعاد کیفیت زندگی دچار اختلال و کاستی شوند [۱۷]. در پژوهش بیرانوند و همکارانش، کیفیت زندگی بیماران قلبی در همه مقیاس‌های پرسشنامه SF36 در مقایسه با جامعه از سطح پایین‌تری برخوردار بود [۱۸].

لذا با در نظر گرفتن فراوانی مرگ و میر و شیوع بسیار بالای بیماری کرونر قلب، شناخت ماهیت این بیماری، علل و عوامل زمینه‌ساز آن و عوامل نگه دارنده‌ی آن با هدف پیشگیری، درمان و کنترل بیماری CHD، ضروری به نظر می‌رسد. در واقع با وجود شیوع فزاینده CHD در ایران، پژوهش‌های لازم که تأثیر عوامل روانی اجتماعی و به خصوص فاکتورهای شخصیتی را به عنوان عامل خطر در بیماری‌های قلبی مورد بررسی قرار داده‌اند، انجام نشده است [۱۹]. مقایسه‌ی ساختار شخصیتی بیماران کرونر قلبی می‌تواند در شناسایی شخصیت‌های مستعد این بیماری جهت انجام مداخلات پیشگیرانه و اقدامات درمانی کمک کننده باشد. از سوی دیگر بررسی کیفیت زندگی بیماران کرونر قلبی می‌تواند بر گستره ی شناخت ما از وضعیت زندگی این بیماران بیافزاید.

روش

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است و جامعه آماری آن را کلیه بیماران مبتلا به کرونر قلبی و افراد سالم تشکیل می‌دهند.

نمونه‌ی بیماران این پژوهش، به روش نمونه‌گیری در دسترس در یک فاصله‌ی زمانی سه ماهه (در محدوده زمانی فروردین تا خرداد

دقیقه قابل اجراست. دارای ۳۶ سوال و ۸ خرده مقیاس (عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و سلامت روانی) است. ویر، سازنده این پرسشنامه، در مروری بر ۱۵ مطالعه منتشر شده، میانگین ضریب اعتبار برای ۸ مقیاس این پرسشنامه را ۰/۸ گزارش کرد [۲۱]. در مطالعه‌ی اصغری مقدم و همکاران نیز که در دانشگاه شاهد بر روی ۴۰۴ دانشجوی انجام شد، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل نمونه بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ گزارش شد. سپس به منظور بررسی باز آزمایی SF-36، آزمون یک هفته پس از اجرا بر روی ۱۲۰ نفر از همان افرادی که در مرحله‌ی اول پرسشنامه را پر کرده بودند، انجام شد، و ضرایب باز آزمایی برای کل نمونه بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ به دست آمد [۲۲].

در نهایت داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت ($p < 0/05$).

یافته‌ها

ابتدا کل نمونه از لحاظ برخی فاکتورهای دموگرافیک بررسی شد. در بحث جنسیت از ۱۹۰ نفر نمونه‌ی پژوهش، ۶۸ نفر زن (۳۵/۸ درصد) و ۱۲۲ نفر مرد (۶۴/۲ درصد) بودند. گروه بیماران کرونری ۵۸/۶ درصد مرد و گروه سالم ۷۰/۳ درصد مرد داشتند. آزمون آماری مجذور کای تفاوت معناداری را بین دو گروه سالم و بیمار از لحاظ تفکیک جنسیتی نشان نداد. بنابراین جنس اثر مداخله‌ای برای مقایسه‌ی دو گروه نداشت ($X^2 = 2/8$ و $p = 0/09$). در بخش سطح تحصیلات، نمونه‌ی پژوهش ۳۸/۱ درصد بی‌سواد، ۲۰/۱ درصد سیکل، ۲۲/۸ درصد دیپلم و ۱۹ درصد دانشگاهی داشت. شاید تعداد بالای افراد بی‌سواد به دلیل سن بالای نمونه‌ها منطقی به نظر آید. از طرفی در گروه بیمار اکثریت بی‌سواد و در گروه سالم اکثریت دیپلم و دانشگاهی بودند. آزمون‌های آماری نیز این تفاوت را معنادار نشان دادند ($X^2 = 38/6$ و $p = 0/0001$). به علاوه افراد حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۸۶ سال سن داشتند که در نتیجه میانگین سنی ($57/03 \pm 12/5$) سال به دست آمد. همچنین دو گروه تفاوت معناداری را از لحاظ سنی نداشتند. به علاوه وزن نیز با میانگین کلی ۷۶/۶۹ کیلوگرم تفاوت معناداری در بین دو گروه نداشت. در واقع از بین فاکتورهای مورد بررسی، فاکتور جنس، وزن و سن با احتمال بیشتری ممکن بود بر بیماری قلبی تاثیر داشته باشد. بنابراین جمع‌آوری داده‌ها به گونه‌ای انجام شد که دو گروه مورد بررسی تقریباً از لحاظ این فاکتورها به صورت گروهی (و نه فردی) هم‌ساز می‌شوند.

جدول شماره ۱ میانگین نمرات کلی شخصیت D، کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن‌ها را نشان می‌دهد. میانگین نمرات کلی شخصیت D و خرده مقیاس‌های اضطراب-افسردگی، زودرنجی، خشم در بیماران کرونری قلبی بیشتر از افراد سالم و بالعکس خرده مقیاس‌های محدودیت‌های

از بین بیماران کرونری قلب تحت درمان مراجعه کننده به آژیوگرافی بیمارستان مصطفی خمینی تهران در زمان انجام تحقیق انتخاب شد. نمونه افراد سالم نیز به روش در دسترس از نوع هم‌سازگی گروهی (Group Matching)، برای برخی فاکتورها از جمله سن، وزن و نسبت جنسیت، از بین همراهان بیماران مختلف (غیر از بیماران قلبی) در بیمارستان مصطفی و بیمارستان دکتر شریعتی انتخاب شدند. موافقت بیماران یا افراد سالم برای ورود به مطالعه، عدم وجود اختلالات روانپزشکی عمده و یا عدم مصرف داروهای روانپزشکی برای کلیه آزمودنی‌ها، تشخیص قطعی کرونری قلب توسط متخصص قلب برای گروه بیماران، دارا بودن شرایط طبی عمومی مناسب بیماران و عدم وجود هر گونه بیماری قلبی برای گروه سالم که با توجه به پرونده پزشکی، مشورت با متخصص قلب و مصاحبه‌ای کوتاه با بیماران و افراد سالم قبل از اجرا بررسی شد از جمله ملاک‌های ورود به مطالعه برای نمونه‌ها می‌باشد.

در مجموع، ۱۹۰ نفر نمونه (۹۹ بیمار کرونری قلبی و ۹۱ فرد سالم، که از لحاظ سن و نسبت جنسیت با گروه بیمار هم‌تا شده بودند) انتخاب شد. برای گردآوری داده‌ها در این پژوهش برای ارزیابی شخصیت نوع D از مقیاس تیپ شخصیتی D و جهت ارزیابی کیفیت زندگی از پرسشنامه SF-36 استفاده گردید.

مقیاس تیپ شخصیتی D: مقیاس مورد استفاده در این پژوهش توسط احمدپورمبارکه و همکاران [۲۰] ساخته شده است. این پرسشنامه برای رفع اشکالات مقیاس تیپ شخصیتی D دنولت و مناسب با جمعیت ایرانی ساخته شده است. از آنجا که پژوهش‌های مربوط به خشم در بیماران قلبی جدیدتر از ارائه‌ی نظریه‌ی تیپ D است، در پژوهش دنولت به هیجان خشم توجهی نشده است. برای ساخت این مقیاس از سوالات مقیاس ۱۴ سوالاتی تیپ D دنولت (به عنوان منبع اصلی) و مقیاس پرخاشگری اهواز و زیر مقیاس افسردگی و اضطراب مقیاس SCL-90 استفاده شده است. این مقیاس در تحلیل نهایی شامل ۲۲ گویه می‌باشد که دارای دو زیر مقیاس هیجان‌های منفی و بازداری اجتماعی است. در زیر مقیاس هیجان‌های منفی، سه عامل افسردگی-اضطراب (۷ سؤال)، خشم (۳ سؤال) و زودرنجی (۴ سؤال) و در زیر مقیاس بازداری اجتماعی دو عامل محدودیت اجتماعی (۶ سؤال) و بازداری ارتباط کلامی (۲ سؤال) قرار دارد. احمدپور اعتبار این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و به روش باز آزمایی ۰/۹۲ و به روش دو نیمه‌سازی ۰/۷۴ گزارش کرد. همچنین همبستگی این مقیاس با مقیاس تیپ D دنولت (۰/۹۵)، GHQ (۰/۵۵) و تعامل اجتماعی گلاس (زیرمقیاس افکارمنفی) (۰/۵۲) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است و نشان از روایی مناسب آن است [۲۰].

مقیاس کیفیت زندگی: پرسشنامه SF-36 در ارزیابی کیفیت زندگی، یکی از پرکاربردترین آزمون‌های سرنده می‌باشد. این پرسشنامه را می‌توان در رابطه با گروه‌های سنی، بیماری‌ها و شیوه‌های درمانی مختلف به کار برد. SF-36 به آسانی و در طی ده

اجتماعی و بازداری کلامی در افراد سالم بیشتر از بیماران
کرونر قلبی است. اما میانگین نمره کلی کیفیت زندگی و
خرده مقیاس‌های آن (عملکرد جسمانی، کارکرد جسمانی،
درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی،
کارکرد نقش هیجانی و سلامت روانی) در بیماران کرونر
قلبی پایین‌تر از افراد سالم است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به خرده مقیاس‌های شخصیت D، نمره کلی و کیفیت زندگی در دو گروه سالم و بیمار

متغیر	بیمار کرونر قلب	سالم	انحراف معیار ± میانگین
اضطراب و افسردگی	۱۳/۱۵±۷/۵۷	۶/۶۵±۵/۲۰	
محدودیت اجتماعی	۵/۵۱±۴/۰۶	۶/۸۹±۳/۹۲	
زودرنجی	۷/۷۹±۳/۷۸	۵/۹۸±۳/۰۷	
خشم	۶/۷۰±۳/۸۹	۳/۳۶±۲/۸۳	
بازداری کلامی	۱/۲۰±۲/۰۹	۲/۴۷±۲/۴۶	
نمره کلی شخصیت D	۳۴/۳۷±۱۵	۲۵/۳۶±۱۱/۸۹	
عملکرد جسمانی	۲۳/۰۸±۶/۲۹	۲۶/۹۵±۳/۶۱	
کارکرد جسمانی	۳۴/۵۹±۴۶/۱۱	۷۸/۵۷±۳۵/۶۶	
درد بدنی	۶۴/۳۷±۲۶/۸۹	۸۶/۷۸±۱۷/۸۸	
سلامت عمومی	۵۸/۵۰±۱۸/۱۹	۷۵/۷۱±۱۶/۱۲	
سرزندگی	۵۵/۵۰±۲۳/۸۰	۶۹/۶۷±۱۹/۸۹	
عملکرد اجتماعی	۷۵/۸۸±۳۳/۰۸	۸۴/۰۶±۱۹	
کارکرد نقش هیجانی	۴۶/۱۲±۴۰/۶۰	۷۵/۴۵±۳۷/۷۸	
سلامت روانی	۵۸/۵۸±۱۹/۶۴	۷۳/۹۳±۱۶/۸۳	
نمره کلی کیفیت زندگی	۵۲/۰۸±۲۰/۴۸	۷۱/۳۹±۱۵/۲۷	

سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ معنادار شد و این موضوع بیانگر آن است
که دو گروه بیمار و سالم حداقل در یکی از پنج خرده مقیاس مورد
مقایسه دارای تفاوت معنادار می‌باشند. سپس برای بررسی این نکته
که معناداری، حاصل کدامیک از متغیرهای وابسته است، نتایج
آزمون ANOVA یک راهه در جدول ۲ ارائه شد. یافته‌های این
جدول نشان می‌دهد که دو گروه سالم و بیمار از لحاظ خرده
مقیاس‌های اضطراب/افسردگی، زودرنجی، خشم، (به نفع گروه
بیمار) و محدودیت اجتماعی و بازداری کلامی (به نفع گروه سالم)
دارای تفاوت معنادار می‌باشند. یعنی بین دو گروه در همه خرده
مقیاس‌های شخصیت D تفاوت معنادار وجود دارد.

به منظور مقایسه خرده مقیاس‌های شخصیت D در دو گروه بیمار
کرونر قلبی و افراد سالم از روش تحلیل واریانس چند متغیری
MANOVA استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون، جهت رعایت
پیش فرض‌های آن از جمله همسانی ماتریس واریانس-کوریانس
و توزیع نرمال داشتن متغیرهای وابسته، از آزمون‌های باکس، لون
و کلموگروف اسمیرنوف استفاده و مشخص شد که شرط همسانی
واریانس‌های بین گروهی و نرمالیتی رعایت شده است. بنابراین
آزمون تحلیل واریانس چند متغیری قابل اجرا شد. سپس آزمون
تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به پنج خرده مقیاس شخصیت
D از لحاظ آماری با مقدار اثر هتلینگ ۰/۵۵۲ و $F=۲۰/۳۱$ با

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) در متن مانوا، بر خرده مقیاس‌های شخصیت D و کیفیت زندگی در دو گروه بیمار و سالم

منابع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
شخصیت D	اضطراب و افسردگی	۱۹۹۸/۴۹	۱	۱۹۹۸/۴۹	۴۶/۶۳	۰/۰۰۰۱
	محدودیت اجتماعی	۸۹/۶۴	۱	۸۹/۶۴	۵/۶۲	۰/۰۱
	زودرنجی	۱۵۵/۱۶	۱	۱۵۵/۱۶	۱۲/۹۳	۰/۰۰۰۱
	خشم	۵۳۳/۸۴	۱	۵۳۳/۸۴	۴۵/۴۲	۰/۰۰۰۱
	بازداری کلامی	۷۶/۵۳	۱	۷۶/۵۳	۱۴/۷۶	۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی	عملکرد جسمانی	۷۱۲/۰۶	۱	۷۱۲/۰۶	۲۶/۴۷	۰/۰۰۰۱
	کارکرد جسمانی	۹۱۶۹۴/۶۳	۱	۹۱۶۹۴/۶۳	۵۳/۳۹	۰/۰۰۰۱
	درد بدنی	۲۳۷۹۴/۳۸	۱	۲۳۷۹۴/۳۸	۴۴/۸۹	۰/۰۰۰۱
	سلامت عمومی	۱۴۰۴۲/۵۵	۱	۱۴۰۴۲/۵۵	۴۷/۲۶	۰/۰۰۰۱
	سرزندگی	۹۵۱۴/۲۲	۱	۹۵۱۴/۲۲	۱۹/۶۲	۰/۰۰۰۱
	عملکرد اجتماعی	۳۱۷۴/۳۳	۱	۳۱۷۴/۳۳	۴/۲۶	۰/۰۴
	کارکرد نقش هیجانی	۴۰۷۸۹/۱۸	۱	۴۰۷۸۹/۱۸	۲۶/۴۳	۰/۰۰۰۱
سلامت روانی	۱۱۱۶۹/۶۱	۱	۱۱۱۶۹/۶۱	۳۳/۱۴	۰/۰۰۰۱	

$p < ۰/۰۵$

اکثر این بیماران به دلیل شرایط خاص بیماری خود، در پاره‌ای از ابعاد کیفیت زندگی دچار اختلال و کاستی شوند. هماهنگ با پژوهش حاضر، بنا به یافته‌ی مطالعات کینگ و هیندوس [۲۴] و بیرنوند [۱۸] کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران کرونری قلبی پایین است و هرچه شدت بیماری بالاتر می‌رود، کیفیت زندگی پایین‌تر می‌آید.

از سوی دیگر نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه سالم و بیمار از لحاظ نمره کلی شخصیت D و خرده مقیاس‌های اضطراب/افسردگی، زودرنجی و خشم به نفع گروه بیمار، و محدودیت اجتماعی و بازداری کلامی به نفع گروه سالم تفاوت معناداری وجود دارد. امروزه دنولت و همکاران وی نظریه پرداز این سازه شخصیتی، سنخ شخصیتی D را یک عامل فاکتور مستقل برای بروز سکنه قلبی، پیش‌آگهی بد و مرگ و میر در بیماران سکنه قلبی، بیماران پس از جراحی بای پس و پیش‌بینی کننده بسیاری از درمان‌ها در بیماران قلبی می‌دانند [۱۰]. دنولت و همکاران شخصیت سنخ D را به عنوان یک عامل خطر مرتبط با افزایش آشفتگی‌های روان‌شناختی، علائم فرسودگی (Exhaustion)، مسائل بهداشتی و پیامدهای بالینی ناگوار (با وجود درمان مناسب) در بیماران قلبی معرفی می‌کند [۶]. امروزه شواهد بسیار زیادی به دست آمده است که نشان می‌دهد سنخ شخصیتی D یک عامل خطر قابل توجه در پیش‌آگهی بد در بیماران ایسکمیک و بیماران با نارسایی مزمن قلبی، افزایش ۴ تا ۸ برابر مرگ و میر در سکنه قلبی و عامل افزایش خطر ایست قلبی و بروز بیماری پرفشار خون است [۲۵، ۲۷]. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بیماری‌های قلب و عروق از جمله بیماری‌های روان‌تنی هستند که عوامل عاطفی و هیجانی نقش اساسی در علت شناسی آن‌ها بازی می‌کنند و به عبارت دیگر گرچه این گونه اختلالات به صورت ضایعات جسمانی ظاهر می‌شوند، ولی عوامل هیجانی یکی از عوامل اصلی ایجاد کننده‌ی آن‌ها می‌باشند [۲۸، ۲۹]. از طرفی تیپ شخصیتی D از طریق کاهش عواطف مثبت، بازداری اجتماعی و نداشتن حمایت عاطفی از سوی دوستان و آشنایان در مواقع استرس، موجب کاهش رضایت از زندگی، افزایش اختلالات روان‌شناختی نظیر انزوای اجتماعی و افسردگی، خشم، اضطراب و افت عملکرد افراد در فعالیت‌های مختلف می‌شود [۳۰]. افراد با تیپ شخصیتی D، رفتارهای مرتبط با سلامت را کمتر ترجیح می‌دهند. این افراد در مقایسه با افراد غیر این تیپ با نداشتن تفریح و فعالیت‌های لذت بخش، کم بودن تغذیه، عدم رعایت مراقبت‌های بهداشتی و نداشتن تست پزشکی منظم و در مجموع عدم رعایت معیارهای لازم جهت سلامت عمومی، موجب کاهش سطح سلامتی شان می‌شوند [۳۱]. برعکس تیپ A، که ناراحتی‌ها و استرس‌ها و احساسات خود را به نحوی بیان کرده و خود را تخلیه می‌کنند، افراد تیپ D از ناراحتی‌هایش هیچ حرفی به زبان نمی‌آورند. به هنگام ابتلا به بیماری‌ها، در پی درمان آن بر نمی‌آیند و حتی از اینکه مورد مراقبت پزشکی قرار بگیرند نیز خجالت می‌کشند. به علاوه

در ادامه به منظور مقایسه خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در دو گروه بیمار کرونری قلبی و افراد سالم از روش تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA استفاده شد. پس از اطمینان از برقراری پیش فرض‌های این آزمون مشاهده شد که آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به هشت خرده مقیاس کیفیت زندگی از لحاظ آماری با مقدار اثر هتلینگ $F=۱۲/۰۵$ و $p=۰/۵۵۳$ در سطح $p=۰/۰۰۰۱$ معنادار می‌باشد که بیانگر آن است دو گروه بیمار و سالم حداقل در یکی از هشت خرده مقیاس کیفیت زندگی دارای تفاوت می‌باشند. سپس برای بررسی این که تفاوت ناشی از کدامیک از متغیرهای وابسته است، نتایج آزمون ANOVA یک راه در جدول ۲ ارائه شده است، همان طور که یافته‌ها نشان می‌دهند دو گروه سالم و بیمار از لحاظ خرده مقیاس‌های عملکرد جسمانی، کارکرد جسمانی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، کارکرد نقش هیجانی و سلامت عمومی (به نفع گروه سالم) دارای تفاوت معنادار می‌باشند، به عبارت دیگر بین دو گروه در همه متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه بیماران کرونری قلبی با گروه سالم از لحاظ شخصیت نوع D و کیفیت زندگی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه سالم و بیمار کرونری قلبی از لحاظ نمره کلی کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های عملکرد جسمانی، کارکرد جسمانی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، کارکرد نقش هیجانی و سلامت عمومی به نفع گروه سالم تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر کیفیت زندگی بیماران دچار کرونری قلبی پایین‌تر از گروه سالم است.

در عالم پزشکی یکی از بیش‌ترین تداخل‌ها بین جسم و روان مربوط به بیماری قلب و عروق می‌باشد. این بیماری غیر از علائم و نشانه‌های مخصوص آن، تغییرات شرایط فیزیکی، تظاهرات روانی شدید، از بین رفتن امنیت کاری، کم شدن مدت زمان فعالیت‌های تفریحی و ارتباطات اجتماعی، آینده اضطراب‌آور و اختلال در روابط بین افراد و نقش خانواده‌ها را به دنبال دارد. از طرفی پیامدهائی چون خستگی زودرس، عدم تحمل فعالیت، ترس و اضطراب در بیماران باعث می‌شود تا بیماران وابستگی تازه‌ای را به افراد خانواده از خود نشان دهند. بنابراین شرایط فیزیکی، جسمی، روانی و محیطی این بیماران موجب کیفیت زندگی پایین‌شان می‌شود. به علاوه 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 ... در بیماران قلبی عروقی می‌تواند کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد [۲۳]. نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی، تمایلی به انجام فعالیت‌ها و تماس‌های اجتماعی سابق‌شان نداشته [۲۴] و بسیاری از روابط و حمایت‌های اجتماعی‌شان را از دست می‌دهند [۱۵، ۱۶]. لذا به نظر می‌رسد که

و حمایت کمتری از دیگران دریافت می‌کنند. اما گروه بیمار به علت مزمن شدن بیماری‌شان امکان دارد برای مدتی توجه و حمایت دیگران را به خود جلب کرده باشند، در نتیجه بازداری اجتماعی کمتری را نیز گزارش کردند. این تحقیق در افراد مراجعه کننده به بیمارستان مصطفی خمینی اجرا شده است، با توجه به نمونه‌گیری در دسترس و محدوده زمانی خاص در جمع‌آوری نمونه‌ها، امکان بررسی شهرها و سنین مختلف نبوده، لذا تعمیم نتایج با احتیاط صورت می‌گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد بیماران کرونر قلب از شخصیت D بالاتری برخوردارند، اما این تفاوت مورد انتظار تنها در بخش عواطف منفی است. به عبارت دیگر بیماران کرونری، اضطراب و افسردگی، خشم و زودرنجی بیش‌تری دارند، از طرفی کیفیت زندگی آن‌ها نسبت به افراد سالم پایین‌تر است، بنابراین پیشنهاد می‌شود که با شناخت تیپ شخصیت D و نحوه تاثیر آن بر بیماری CHD، می‌توان شخصیت‌های مستعد این بیماری را جهت انجام اقدامات پیشگیرانه و کمک در درمان شناسایی کرد. تغییر در شیوه زندگی این بیماران نیز می‌تواند از شدت بیماری و اثرات آن بکاهد و آثار درمان‌های پزشکی را پایاتر کند.

تشکر و قدردانی: شایسته است در انتها از پرسنل بخش آنژیوگرافی بیمارستان مصطفی خمینی که در امر جمع‌آوری اطلاعات همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تشکر و قدردانی نماییم.

منابع

1. Pischke CR, Weidner G, Elliott-Eller M, Scherwitz L. Comparison of coronary risk factors and quality of life in coronary artery disease patients with versus without diabetes mellitus. *Am J Cardiol*, 2006. 97(9):1267-73.
2. Taylor SE., Health psychology (5th ed.). Mc Graw Hill; 2003.
3. Taylor Lemeline E. life course socioeconomic position and cardiovascular health in The university of Michigan; 2008.
4. Davison GC, Neale JM, Kring A. Abnormal psychology: John Wily & Sons; 2004
5. Dembrodki TM, Costa P. Coronary prone behavior: Components of the type: A pattern and hostility. *J Pers*, 2003; 55(2):211-35.
6. Denollet J, Schiffer AA, Spek V. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: Evidence from research on the type D (distressed) personality profile. 2010; 3(5):439-2240.
7. Moazen S, Azad-Fallah P, Safi M. Comparison of brain/behavioral systems activity and dimensions of perfectionism in coronary heart disease and normal subjects. *J Behav Sci*, 2009. 3(2): 113-9. [Persian]

سالمندان با این نوع تیپ شخصیتی با داشتن سبک زندگی آسیب‌زا و رعایت نکردن معیارهای سلامت عمومی، بیش‌تر در معرض اختلالات جسمی و روانی، کاهش بهزیستی در ابعاد مختلف روانی-اجتماعی و در مجموع کاهش سطح سلامت عمومی قرار می‌گیرند [۳۲]، این نتایج هماهنگ با یافته‌های دیسی [۱۲] و لوسی [۱۳] می‌باشد. در بحث زیر مقیاس‌ها مشاهده شد که عواطف منفی در بیماران کرونر بیش‌تر است. در واقع زودرنجی، افسردگی و اضطراب می‌تواند آستانه‌ی تحریک فرد را پایین آورده و تنش و غم ایجاد نماید. این افراد از لحاظ شخصیتی آمادگی دارند تا نکات منفی را ببینند و از اعتماد به نفس پایینی برخوردارند، همچنین در روابط اجتماعی خود بسیار شکننده و حساس عمل می‌کنند. خشم نیز هیجانی است که آزار روانی برای شخص ایجاد می‌کند و در تلاش فرد برای مقابله با تکانه‌های پرخاشگری‌اش، تنش‌های افراطی وی تشدید می‌گردد، در نتیجه موجبات گرفتگی عروق کرونر را فراهم می‌کند و گاه او را با سکنه‌های قلبی روبرو می‌سازد.

اما خلاف انتظار دو خرده مقیاس بازداری کلامی و محدودیت اجتماعی در افراد سالم نمره‌ی بالایی به دست آوردند. این دو خرده مقیاس، مقیاس کلی‌تر بازداری اجتماعی را می‌سازند. لازم به ذکر است افراد نمونه سالم و بیمار میانگین سنی بالایی داشتند و گروه سالمندان را تشکیل می‌دادند. افراد سالمند علاوه بر تغییرات بیولوژیکی و فیزیولوژیکی که در بدن‌شان رخ می‌دهد، با رویدادهای مهم زندگی از قبیل بازنشستگی، مرگ دوستان و اعضای خانواده، رفتن به خانه جدید و عقب نشینی از فعالیت‌های اجتماعی و تغییراتی در روابط اجتماعی و وضعیت مالی مواجه می‌شوند و از لحاظ اجتماعی محدودیت‌هایی دارند، بنابراین توجه

8. Kaplan H, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry behavioral. Lippincott Wilkins; 2007:
9. Martine E. Habra WL. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res*, 2004: 55(3):235-45.
10. Pederesen SS, Denollet J. Is type D personality here to stay? Emerging evidence across cardiovascular disease patient groups. *Current Cardiology Reviews*, 2006. 2(3):205-13.
11. Barnett MD, Ledoux T, Garcini LM, Baker J. Type D personality and chronic pain: Construct and concurrent validity of the DS14. *J Clin Psychol Med Settings*. 2009; 16(2):194-9.
12. Whitehead DL, Perkins-Porras L, Strike PC, Magid K, Steptoe A. Cortisol awakening response is elevated in acute coronary syndrome patients with type D personality. *J Psychosom Res*, 2007. 62:419-427.
13. Luci A, Marti JA. Ethnicity and type d personality as predictors of heart rate variability. *J Psychol*, 2010. 76(2):118-21.
14. Jamas SR, Ash-Will J, Droke SC. Nursing care of children principle and practice: Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2008

15. Dunderdale K, Thomas DR, Miles J, Beer SF, Furze G. Quality of life measurement in chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2005; 7(4):572-82.
16. Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW. Illness representation after acute myocardial infarctions: impact on in-hospital recovery. *Am J Cardiol.* 2004; 13(2):134-45.
17. Sadeghi Sherme M, Alavi Zerang F, Ahmadi F, Karimi Zarchi A, Babatabar HD, Ebadi A. Effect of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients. *J Behav Sci.* 2009; 3(1):9-13. [Persian]
18. Beyranvand MR, Lorvand A, Alipour-Parsa S, Motamedi MR, Kolahi AA. The quality of life after first acute myocardial infarction. *Pajoohandeh.* 2011. 15(6): 264-72. [Persian]
19. Denollet J. DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *J Psychosom Res.* 2005; 67(1):89-97.
20. Ahmadpour-Mobarakeh AH, Mazaheri MM, Nafisi GH. Structure and Validity of scale for D personality type and relation with in Patients of coronary heart disease. *J Knowl and Res in Psychology.* 2007; 32:37-60. [Persian]
21. Fooladvand KH, Farzad V, Shahraray M, Sangari AA. Psychometric characteristics of Ware's mental and physical health questionnaire. *J Behav Sci.* 2009; 3(3):201-207. [Persian]
22. Asghari-Moghadam M, Faghihi S. The validity and reliability of health Questionnaire (SF36) in Iran. *Daneshvare rafter,* 2004. 10(1):1-10. [Persian]
23. Williams LCR, Grubb MN, Carrol R. Type D personality and illness perceptions in post-myocardial infarction patients school of social science [Dissertation]. West of Scotland: University of the west of Scotland; 2010
24. King CR, HP. Quality of life from nursing perspective: Uk london: Jones & Bartlett Co publisher; 1998
25. Schiffer AA, PS, Widdershoven JW, Hendriks EH, Winter JB, Denollet J. The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2005. 12(4):341-6.
26. Mols F, Martens E, Denollet J. Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status following acute MI. *Heart.* 2010; 96:30-35.
27. Molloy GJ, Perkins-Porras L, Strike PC, Steptoe A. Illness perceptions After MI: Relation to fatigue, emotional distress, and health related quality of life. *J Cardiovasc Nurs,* 2010. 25.
28. Williams L, O'connor RC, Grubb NG, O'carlle RE. Type-D personality and coronary syndrome. *Psychom Med.* 2008; 70(8):863-8.
29. Williams L, O.c.R., Grubb NG, O'Carlle RE. Type D personality predicts poor medication adherence in myocardial infarction patients. *Psychol Health;* 2010; 26(6):703-12.
30. Schiffer AA, Pederson SS, Widdershoven JW, Denollet J. Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2008; 10(8): 802-10.
31. Williams L, Connor h, Howard S, Hughes B, Johnston D, Hay J, Connor D, Lewis CH, Ferguson E. Type-D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support. *J Psychosom Res.* 2008; 64:63-69.

