

رابطه شخصیت D و ادراک بیماری در بیماران کرونری قلب

جمیله محمدی^۱، رسول روشن^۲، محمدرضا رجیبی^۳، محمود ثالثی^۳^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس^۲ عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد^۳ عضو هیئت علمی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله

چکیده

بیماری های قلب و عروق شایع ترین علت مرگ و از کارافتادگی در سراسر دنیا را تشکیل می دهند. بیشتر از ۵۰ درصد از عوامل مؤثر بر بیماریهای قلبی را فاکتور های روانی تشکیل می دهد. مطالعات زیادی تاثیر فاکتورهای شخصیتی از جمله تیپ D را به عنوان یک عامل خطر مهم در بیماری های قلبی مورد بررسی قرار داده اند. در راستای بررسی ادراکات و شناختواره های همراه با این تیپ شخصیت، مقاله حاضر به بررسی نحوه ی تعامل ادراک بیماری و شخصیت D در بیماران کرونری قلب می پردازد. روش: تحقیق حاضر از نوع مقطعی است. در همین راستا تعداد ۹۹ نفر از افراد مبتلا به کرونری قلبی که در محدوده زمانی فروردین تا خرداد ۱۳۹۰ به بخش آنژیوگرافی بیمارستان مصطفی خمینی تهران مراجعه داشته اند، به روش در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه های ادراک بیماری (نمره کلی و ۸ زیر مقیاس) و شخصیت D (نمره کلی و ۵ زیر مقیاس) بر روی آنها اجرا گردید. تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS و توسط آزمون همبستگی انجام پذیرفت. یافته ها: ضریب همبستگی ادراک با مقیاس شخصیت D و زیرمقیاس های اضطراب، زودرنجی، خشم به ترتیب برابر ۰٫۴۱، ۰٫۳۹، ۰٫۴۱ و ۰٫۳۳ بدست آمد که همگی با سطح معناداری کمتر از ۰٫۰۰۱ معنادار بودند. از طرفی در بیان ارتباط بین شاخص کلی شخصیت D و زیر مقیاسهای ادراک بیماری مشاهده شد که شخصیت D با زیر مقیاسهای پیامد، نگرانی و تظاهرات هیجانی از ادراک بیماری رابطه مستقیم و معنی دار دارد. نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد، اضطراب، زودرنجی و خشم در بیماران کرونری با ادراکات منفی از پیامد، تظاهرات هیجانی و نگرانی در رابطه با بیماری همراه می شود. بنابراین با شناخت تیپ شخصیتی D و نحوه ادراکات بیماری این تیپ در بیماران CHD، می توان شخصیت های مستعد این بیماری را جهت انجام اقدامات پیشگیرانه و کمک در درمان شناسایی کرد. تغییر در ادراکات این بیماران نیز می تواند از شدت بیماری و اثرات آن بکاهد و آثار درمانهای پزشکی را پایتار کند.

کلید واژه ها: کرونری قلب؛ تیپ شخصیتی D؛ ادراک بیماری

مقدمه

بیماریهای عروق کرونری قلب (Coronary heart disease) شامل آن دسته از بیماریهای قلبی - عروقی است که به علت نارسایی خون و اکسیژن کافی به بافت های مختلف قلب بوجود می آید. شریانهای کرونری قلب به عضلات و بافتهای آن خون رسانی می کنند و اختلال در کارکرد این شریانها باعث ایجاد CHD می شود (آندرولی و کارپنتر، ۲۰۰۴). بیماری های قلب و عروق شایع ترین علت مرگ و از کارافتادگی در سراسر دنیاست. بر اساس آمارهای موجود بیماری های قلبی و عروقی باعث ۱۰ درصد از کل مرگ و میر ها در سال ۱۹۹۰، ۵۰ درصد در سال ۲۰۰۰ و ۷۵ درصد از مرگ و میر های جهان در سال ۲۰۲۰ میلادی خواهند بود. آخرین آمار در ایران بیانگر اینست که میزان بروز مرگ بیماری های قلبی عروقی ۱۶۷ در صد هزار نفر است (ریمر، گیت، ۲۰۰۴، ترجمه ی فلاحی وهمکاران ۱۳۸۹). از دیر باز عوامل جسمی شناخته شده ای را با بروز بیماری CHD مرتبط می دانستند؛ 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 می باشد. بتدریج مشخص شد این عوامل تنها می توانند ۵۰٪ از بروز CHD را پیش بینی کنند. پیشرفت های نوین در پزشکی رفتار، توجه متخصصان روان شناسی تندرستی را به نقش کلیدی عوامل غیر زیستی در CHD معطوف ساخت (آندرولی و کارپنتر، ۲۰۰۴). متغیر شخصیت از

عوامل تعیین کننده ی هیجانات و استرس ها است. متغیر شخصیت **D** یک سازه ی شخصیتی جدید است که توسط دنولت (۱۹۹۸) از بطن نظریه های شخصیت و شواهد تجربی شامل مطالعات تحلیل عاملی و تحلیل خوشه ای بدست آمده است. نقش آسیب زایی این سنخ شخصیتی در ابعاد روان شناختی 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 موقعیت های مختلف است، در حالی که بازداری اجتماعی به تمایل فرد به اجتناب از ابراز این هیجانات منفی در تعاملات اجتماعی اشاره دارد (پدرسن، ۲۰۰۶). از طرفی بیماران قلبی تحت تأثیر محیط، سابقه ی قلبی و عوامل شخصیتی، ادراک خود را از بیماری پی می ریزند. بازنمایی ها و تجسم های شناختی بیماران قلبی از معنای مشکل، آنها را قادر می سازد تا راهبردهای مقابله ای خاص خودشان را ایجاد کنند و بر نتیجه ی بیماری خود مؤثر افتند. این عوامل در کنار تهدید بیمار، ادراک افراد از ماهیت بیماری، علل، درمان پذیری، طول مدت بیماری و پیامدهای آن را تحت تأثیر قرار می دهد (چرینگتون و همکاران، ۲۰۰۴). از آنجایی که تغییرات قلبی ایجاد شده به وسیله ی دستگاه عصبی خودکار عمیقاً به عوامل شخصیتی و استرس های هیجانی حاد نظیر اندوه، ترس یا خشم شدید حساس است، بنابراین متغیر شخصیت و ادراکات بیماری از عوامل تعیین کننده ی هیجانات و استرس ها هستند. در مطالعات سالهای اخیر شواهد پژوهشی رابطه ی بین بیماران کرونر قلبی و شخصیت نوع **D** را گزارش کردند (لوسی، ۲۰۱۰). از طرفی جرام و کلمن (۱۹۹۹)، ویلیامز و همکارانش (۲۰۱۰) و منیرپور (۱۳۸۸) رابطه شخصیت و ادراکات بیماری را در بیماران گزارش دادند. لذا با در نظر گرفتن فراوانی مرگ و میر و شیوع بسیار بالای بیماری کرونر قلب، شناخت ماهیت این بیماری، علل و عوامل زمینه ساز آن و عوامل نگه دارنده ی آن با هدف پیشگیری، درمان و کنترل بیماری **CHD**، ضروری به نظر می رسد. در واقع با وجود شیوع فزاینده **CHD** در ایران، پژوهش های کافی در این زمینه انجام نشده است و مطالعات اندکی تأثیر عوامل روانی - اجتماعی و بخصوص فاکتورهای شخصیتی و ادراکات بیماری را به عنوان عامل خطر در بیماری های قلبی مورد بررسی قرار داده اند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ی شخصیت نوع **D** و ادراکات بیماری در بیماران کرونر انجام شد.

روش

شرکت کنندگان و طرح پژوهشی

مطالعه حاضر از نوع طرح های ارتباطی بوده و جامعه بیماران در این پژوهش، بیماران تحت درمان (بستری و سرپایی) با تشخیص قطعی بیماری عروق کرونر بود. پس از انجام هماهنگی های لازم با بیمارستان مصطفی خمینی، نمونه بیماران کرونر قلب که ملاکهای ورود به این پژوهش را دارا بودند به روش در دسترس در یک فاصله ی زمانی سه ماهه (در محدوده زمانی فروردین تا خرداد ۱۳۹۰) از بین بیماران تحت درمان مراجعه کننده به آنژیوگرافی بیمارستان مصطفی خمینی تهران در زمان انجام تحقیق انتخاب شد. سپس برای ۱۰۰ بیمار کرونر علاوه بر ثبت برخی فاکتور های دموگرافیک، پرسشنامه ی شخصیت نوع **D** و ادراک بیماری کامل گشت.

ابزار

در این پژوهش برای ارزیابی شخصیت نوع **D** از مقیاس تیپ شخصیتی **D** (احمدپور ۱۳۸۶) استفاده شد. این پرسشنامه دارای دو زیر مقیاس هیجان های منفی و بازداری اجتماعی است. در زیر مقیاس هیجان های منفی، سه عامل، افسردگی و اضطراب، خشم و زودرنجی و در زیر مقیاس بازداری اجتماعی دو عامل محدودیت اجتماعی و بازداری ارتباط کلامی قرار دارد. این مقیاس شامل ۲۲ گویه می باشد. احمدپور اعتبار این پرسش نامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و به روش بازآزمایی ۰/۹۲ گزارش کرد. همچنین همبستگی این مقیاس با مقیاس تیپ **D** دنولت، **GHQ** و تعامل اجتماعی گلاس (زیرمقیاس افکارمنفی) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است و نشان از روایی مناسب آن است (احمدپور ۱۳۸۶).

به علاوه در این پژوهش از نسخه خلاصه شده ی مقیاس ادراک بیماری (**IPQ**) استفاده شد که تمام ابعاد شناختی مطرح در نظریه ی خود تنظیم گری لونتال را پوشش می دهد. این مقیاس ۹ گویه دارد، که ۸ سوال اول در یک درجه بندی صفر تا ۱۰ پاسخ داده می شود و سوال ۹ مربوط به علل بیماری ارائه شده از طرف بیمار است. از ۸ سؤال، ۵ سؤال تجسم شناختی را اندازه می گیرند، که از پیامد، مدت زمان، کنترل شخصی، کنترل درمان و ماهیت تشکیل شده اند. ۲ سؤال تجسم هیجانی را می سازند که از نگرانی و هیجانها تشکیل شده

اند و یک سؤال هم درک و دریافت بیمار را از بیماری خود می‌سنجد. هر چه نمره بالاتر باشد، دیدگاه بیمار نسبت به بیماری تهدیدکننده تر خواهد بود. اعتبار و روایی این مقیاس در مطالعه منیرپور (۱۳۸۸) تأیید شد.

نتایج

همبستگی ارتباط بین ادراک بیماری و شخصیت نوع D در گروه بیماران با محاسبه ضریب پیرسون بررسی شد. ضریب همبستگی ادراک با مقیاس شخصیت D و زیرمقیاس های اضطراب، زودرنجی، خشم به ترتیب برابر $0/39$ ، $0/41$ و $0/33$ بدست آمد که همگی معنادار بودند $P < 0/001$. اما بین ادراک بیماری و زیرمقیاس های محدودیت اجتماعی و بازداری کلامی به ترتیب با سطوح معناداری $0/96$ و $0/47$ ارتباطی دیده نشد. از طرفی در بیان ارتباط بین شاخص کلی شخصیت D و زیر مقیاسهای ادراک بیماری مشاهده شد که شخصیت D با زیر مقیاسهای پیامد، مدت زمان، ماهیت، نگرانی و تظاهرات هیجانی رابطه مستقیم و با کنترل شخصی، کنترل درمان و شناخت بیماری رابطه معکوس دارد. اما فقط این ارتباط در زیر مقیاسهای پیامد، نگرانی و تظاهرات هیجانی معنا دار بوده است.

بحث

با هدف بررسی رابطه ی شخصیت نوع D و ادراکات بیماری نتایج بدست آمده، نشان داد که بیماران قلبی با اضطراب، زودرنجی و خشم بالا، ادراک تهدیدکننده ای از بیماری خود دارند. از طرفی افراد دارای تیپ D اعتقاد داشتند که بیماری‌شان بطور معناداری پی - آمدهای جدی و بیشتری دارد، بطور معناداری بیماری‌شان طولانی‌تر است و در نتیجه نشانه‌های بیشتری را به بیماری‌شان نسبت می‌دادند و بیشتر نگران بیماری‌شان بودند و هیجانان بالاتری را بعنوان نتیجه تجربه می‌کردند. همچنین در مقایسه با کسانی که سطح پایین تری از شخصیت D داشتند، بیماری کرونر خود را کمتر بوسیله‌ی خود شخص و کمتر بوسیله‌ی دارو قابل کنترل می‌دانستند و در نهایت شناخت کمتری نسبت به ماهیت بیماری‌شان داشتند. هماهنگ با این یافته در پژوهش ویلیامز و همکارانش (۲۰۱۱) تمام ابعاد ادراک بیماری در دو گروه تیپ D و بدون تیپ D در بیماران کرونر تفاوت معنادار داشت و نتایج ما را تأیید کرد. به علاوه این نتایج در پژوهش مولز (۲۰۱۲) در بیماران سرطانی تأیید شد. همچنین منیرپور (۱۳۸۸) در طرح تحقیقاتی جامع خود، به این نتیجه دست یافت که شخصیت D توان پیش بینی معنادار ادراک بیماری را در بیماران کرونر دارد. از طرفی منیرپور نشان داد، عوامل روانی - اجتماعی همچون شخصیت، استرس و حمایت اجتماعی ادراکی، سهم مهمی در پیش بینی CHD دارند. به علاوه براقچی و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که ماهیت، نگرانی در مورد بیماری، آگاهی در مورد وخامت بیماری و مؤلفه های هیجانی ادراکات بیماری توان پیش بینی کیفیت زندگی بیماران کرونر را داراست. جرام و کلن (۱۹۹۹) در بررسی رابطه‌ی میان عوامل شخصیتی (مدل پنج عاملی) و ادراک بیماری، گزارش دادند نورو گرای یا گزارش بیشتر مشکلات طبی و ادراک منفی بیشتر از وضعیت سلامتی، برون‌گرایی یا رفتارهای بهداشتی مثبت و تجربه‌پذیری و وظیفه شناسی با ادراک مثبت از سلامت همراه است. بنابراین وجود ارتباط معنادار بین خرده مقیاس های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شخصیت نوع D و ادراکات بیماری در بروز و پیش آگهی بیماران کرونر قلب دارای اثر هم افزایی هستند. بر اساس مدل خود تنظیم‌گری لونتال از ادراک بیماری، فرد بیمار ابتدا به تفسیر نشانه‌های بیماری می‌پردازد و بر اساس تعبیر خود شناخت‌هایی از بیماری خود به دست می‌آورد و بر مبنای آن به مقابله با بیماری برانگیخته می‌شود. بنابراین میزان و نحوه‌ی توجه به علائم بیماری نقش مهمی در ادراک بیماری ایفا می‌کند (پنه بیکر ۱۹۸۳؛ به نقل از اگدن، ۲۰۰۴). پنه بیکر همچنین مطرح نمود که تفاوت‌های فردی در میزان توجه افراد به حالات درونی و علائم‌شان وجود دارد. در حالی که برخی افراد ممکن است، بصورت درونی و خیلی حساس بر علائم متمرکز شوند، برخی دیگر، بصورت بیرونی و با حساسیت پایین با علائم روبرو می‌شوند. تمرکز درونی با درک بهبود کندتر از بیماری همراه است که ممکن است از ادراک افراطی از تغییر نشانه‌ها منتج شده باشد.

بنابراین این پژوهش وجود رابطه قوی بین شخصیت نوع D و ادراکات بیماری را اثبات کرد. در واقع ادراکات بیماری یک مکانیسم احتمالی برای پیوند بین تیپ D و نتایج ضعیف سلامتی در بیماران کرونر هستند. لازم به ذکر است نمونه ی محدود به یک بیمارستان و بررسی نکردن مؤلفه های ژنتیکی تعمیم نتایج را با محدودیت روبرو می‌سازد. امید است این پژوهش برای ایجاد مدل های علت شناختی کرونری قلب نقش مؤثری ایفا نماید. به علاوه مطالعات آینده باید بر مداخلات شناختی در بهبود بیماران قلبی تأکید بیشتری داشته باشند.

منابع

- احمدپور مبارکه؛ علیرضا؛ احدی؛ حسن، مظاهری؛ محمد مهدی و نفیسی، غلامرضا (۱۳۸۶).
 ساختار و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش تیپ شخصیتی D و رابطه‌ی آن با بیماری کرونری قلب . مجله دانش و پژوهش در روان
 شناسی خوراسگان اصفهان، شماره ۳۲ - ۳۷-۶۰.
 آندرولی تامس و کارپنتر. (۲۰۰۴)، میانی طب داخلی سسیل. ترجمه دهنادی مقدم، انوش، میترا خاوران؛ محمدباقر، رجیبی، حسین خدمت؛
 حسین، بارهام صادقی مکی، و همکاران، (۱۳۸۵). تهران : تیمورزاده.
 ریمر، گیت، بوئرسم، سیمون (۱۳۸۹) بیماری های قلب و عروق در اروپا ، ترجمه‌ی فرامرز فلاحی ، ، مه‌دوی، واعظ، حیدری، فاطمه، مرکز چاپ
 وانتشارات دانشگاه شاهد، ۱-۲.
 منیرپور، نادر (۱۳۸۸) بررسی مدل های ساختاری ابستا و یو یا برای تبیین افسردگی و اضطراب در بیماران عروق کرونر قلب تحت
 مدخلات CABG و PCI، پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای روانشناسی منتشرشده، راهنما : دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان
 شناسی دانشگاه تهران.
 Cherrington , C .C ., Moser , D .K . lennie , T.A ., & kennedy , C.W (2004) . Illness
 representation after acute myocardial infarctions : impact on in-hospital recovery american
 journal of cardiology 913, 736 – 145
 Jerram, k. L & Coleman, P.G (1999) the big five personality traits and influence of h ealth
 problems and health behavior in old age, British Journal Health psychology 4, 181-192.
 Luci , A . Martin , Joseph A . (2010) ethnicity and type d personality as predictors of heart
 rate variability , journal of psycho physiology 76 (118-121)
 Pedersen SS, Denollet J. (2006) Is type D Personality here to stay ? Emerging Evidence
 Across Cardiovascular Disease Patient Groups. Current cardiology reviews; 2006,
 2(3):205-13
 Williams L, O'connor RC, Grubb NG, O'carlle RE (2010). Type D personality predicts poor
 medication adherence in myocardial infarction patients, psychology and Health. in press.
 Yaraghchi, A, Rezaei O, et al(2012). The relationship between Illness perception and quality
 of life in Iranian patients with coronary artery bypass graft. Procedia - Social and
 Behavioral Sciences 46 ,3329 – 3334

جدول شماره ۱. همبستگی ادراک بیماری با مقیاس شخصیت D و زیرمقیاس های آن

	بازداری کلامی	خشم	زودرنجی	محدودیت اجتماعی	اضطراب	شخصیت D	
ادراک	.072	.329	.418	.005	.390	.412	ضریب همبستگی
	.476	.001	.000	.964	.000	.000	سطح معنی داری

جدول شماره ۲. همبستگی شخصیت D و زیر مقیاسهای ادراک بیماری

	تظاهرات هیجانی	شناخت بیماری	نگرانی ها	ماهیت	کنترل درمان	کنترل شخصی	مدت زمان	پیامد
	.354	-.122	.278	.145	-.083	-.179	.188	.292
شخصیت D	.000	.230	.005	.153	.415	.076	.062	.003