

مقایسه عوامل روان‌شناختی خطر ساز در بیماران با و بدون عود حمله قلبی

ماینده باقری* (M.Sc)، سیاوش طالع‌پسند (Ph.D)، اسحق رحیمیان‌بوگر (Ph.D)

دانشگاه سمنان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

چکیده

سابقه و هدف: این پژوهش با هدف مقایسه عوامل روان‌شناختی خطر ساز از قبیل افسردگی، اضطراب، استرس روانی اجتماعی، ریخت شخصیتی D، ذهن آگاهی در بیماران با و بدون عود حمله قلبی انجام شده است. مواد و روش‌ها: در این پژوهش نیمه تجربی تعداد ۶۰ بیمار قلبی در قالب دو گروه (۳۰ بیمار با تشخیص ۱ حمله قلبی و ۳۰ بیمار با ۲ حمله قلبی یا بیش‌تر) مورد مطالعه قرار گرفتند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از میان بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان حضرت زهرا ی شهرستان ساری انتخاب شدند. عوامل روان‌شناختی خطر ساز از قبیل ریخت شخصیتی D، افسردگی، اضطراب، استرس روانی - اجتماعی، ذهن آگاهی با استفاده از پرسش‌نامه‌های ریخت شخصیتی D دنولت، اضطراب، افسردگی و استرس لوی‌باند و لوی‌باند، و مقیاس ذهن آگاهی براون و ریان ارزیابی شده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه از لحاظ فشار خون، مشکل وراثتی، رژیم غذایی، سنگ کلیه، میزان کلسترول LDL، استعمال سیگار، دیابت تفاوت معناداری مشاهده نشد. اضطراب با نقش مستقیم ($P=0/017$) و ریخت شخصیتی D با نقش معکوس ($P=0/011$) قادرند عود حمله قلبی را پیش‌بینی کنند ($p<0/05$) اما افسردگی و استرس روانی اجتماعی و ذهن آگاهی نتوانستند در پیش‌بینی عود حمله قلبی نقشی داشته باشند ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش اضطراب و ریخت شخصیتی D، جهت پیش‌گیری از عود حمله قلبی، اقدامات لازم جهت کاهش اضطراب و بازداری از ابراز هیجان‌های منفی و بازداری اجتماعی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: عوامل خطر، عود بیماری، انفارکتوس قلبی، روان‌شناسی

مقدمه

(۲۰۰۶) در ایران بیماری‌های مزمن علت ۷۰٪ از مرگ و میرها را به خود اختصاص می‌دهند که ۴۲٪ از این موارد را بیماری‌های قلبی عروقی تشکیل می‌دهند [۴]. به دلیل بار این بیماری‌ها از لحاظ اقتصادی، فهم عوامل خطر بیماری قلبی عروقی بینش‌های مهمی درباره پیش‌گیری، علت‌شناسی، سیر و درمان این بیماری می‌دهد [۵،۴]. حمله قلبی زمانی اتفاق می‌افتد که جریان خون مملو از اکسیژن به بافت عضله قلب قطع شود. انسداد سرخرگ‌های کرونری باعث قطع جریان خون عضله قلبی می‌شود [۶]. برخی از عوامل افزایش‌دهنده حمله قلبی غیر قابل تغییر هستند اما اغلب عوامل افزایش‌دهنده حمله قلبی می‌توانند برای کمک به افراد

بیماری‌های قلبی - عروقی حدود نیمی از مرگ و میر بزرگ‌سالان را به خود اختصاص می‌دهند و در سال ۲۰۰۵ عامل اصلی مرگ و میر بیش از ۱۷/۵ میلیون نفر در جهان بوده است [۱]. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۰)، بیماری‌های قلبی عروقی بزرگ‌ترین عامل مرگ و میر در سال ۲۰۱۵ خواهد بود و مرگ و میر ناشی از آن به بیش از ۲۰ میلیون نفر خواهد رسید [۲]. میزان شیوع بیماری‌های کرونری قلب در ایران در حال گسترش روز افزون است به طوری که شیوع کلی آن در تهران ۲۱٪ گزارش شده است [۳]. بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت

[۱۸]. محور دیگری از پژوهش‌ها بر نقش عوامل روان‌شناختی در عود حمله قلبی متمرکز شده‌اند. برای مثال در یک بررسی ۱۰ ساله که بر روی بیماران زیر ۶۵ سال مبتلا حمله قلبی صورت گرفت، یافته‌ها نشان داد که علاوه بر پیش‌بینی‌کننده‌های بدنی شناخته شده برای پیش‌آگهی بعد از حمله قلبی، افسردگی و فقدان حمایت اجتماعی به طور قوی پیش‌آگهی عود را بعد از حمله قلبی پیش‌بینی می‌کردند ولی نقش اضطراب در حمله قلبی دوباره، تایید نشد [۲۰، ۱۹]. در پژوهشی که ارتباط عوامل روان‌شناختی در عود حمله قلبی بررسی شد، فقط افسردگی و اضطراب به طور مستقل جزء عوامل خطر دیابت و بیماری کرونری بودند [۲۱]. علاوه بر متغیرهای بیان شده، نقش شخصیت به عنوان یک عامل خطر تایید شده است. ریخت شخصیتی D، یک تیپ شخصیتی آشفته که شامل تعامل دو ویژگی شخصیتی ثابت و کلی هیجان‌پذیری (تمایل به تجربه هیجانات منفی) و بازداری اجتماعی (تمایل به بازداری خودابرازی در تعاملات اجتماعی) است [۲۲]. ریخت شخصیتی D هم به عنوان علت اولیه حمله قلبی و هم به عنوان عامل سمی خطرناک بعد از حمله قلبی بیان شده است [۲۳، ۲۲].

گرچه مطالعات پیشین به نقش عوامل روان‌شناختی بر حمله قلبی و عود آن تاکید داشته‌اند، اما یک نقص عمده در مطالعات قبلی عدم مقایسه عوامل خطر روان‌شناختی بین اولین حمله و عود حمله قلبی است و با در نظر گرفتن این‌که در فرد یک بار حمله قلبی رخ داده است، جنبه‌های روان‌شناختی این عارضه در عود مکرر چه نقشی ایفا می‌کنند؟ با کنترل عوامل جمعیت‌شناختی مانند سن و جنس، نقش عوامل روان‌شناختی خطر ساز از قبیل: اضطراب، افسردگی، استرس روانی اجتماعی، ذهن آگاهی پایین و ریخت شخصیتی D در عودهای مکرر چیست؟

مستعد و یا برای جلوگیری از عود دوباره تعدیل و اصلاح شوند. سن بالا به عنوان مهم‌ترین عامل غیر قابل تغییر عود حمله قلبی بیان شد [۷].

نقش عوامل روان‌شناختی برای اثر کردن بر فرایندهای زیستی درگیر در پیش‌روی بیماری سرخ‌رگ کرونری به خوبی شناخته شده‌اند [۲۹]. هم‌چنین تاثیرات بلندمدت و تدریجی عوامل روان‌شناختی برای ایجاد تصلب شرایین و اختلالات قلبی عروقی به خوبی کشف شده است [۸]. مطالعات نشان دادند که فعالیت‌های روزانه استرس‌آور با اختلالات حاد قلبی مرتبط است [۱۰، ۹] صرف نظر از وجود و شدت تصلب شرایین، استرس حاد روان‌شناختی ممکن است عامل ایجادکننده رویدادهای حاد قلبی باشد [۷، ۱۱]. با توجه به این‌که افزایش فشار خون عامل خطر مهمی برای حمله قلبی می‌باشد استرس حاد روان‌شناختی می‌تواند با تاثیر در افزایش فشار خون اثرات مضر داشته باشد. با این حال، اثر مداخلات کاهش استرس روی بیماری‌های قلبی-عروقی متناقض است و مواجه با استرس یکسان فقط در برخی افراد منجر به فشار خون می‌شود [۱۲]. یکی از جنبه‌های روان‌شناختی که با بهزیستی جامع (جسمی و روانی) ارتباط دارد، مفهوم ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی یعنی توجه به طریقی خاص، معطوف به هدف در زمان حال و بدون داوری [۱۳]. یافته‌های یک مطالعه نشان داد که بیماران کرونری قلب نسبت به گروه سالم از ذهن آگاهی پایین برخوردار بودند، یعنی افراد بیمار نسبت به تغییراتی که در علائم بدنی از جمله ضربان قلب، تنگی نفس قبل از گسترش حاد بیماری بروز می‌کند آگاه و بهوشیار نیستند. افراد گروه بیمار نسبت به افراد سالم از اضطراب، افسردگی و استرس ادراک شده بیش‌تری برخوردار بودند [۱۴]. نتایج مطالعات در مورد نقش افسردگی در افزایش احتمال حمله قلبی نیز ناهم‌گون است. از یک طرف، نقش افسردگی هم به عنوان علت هم به عنوان پیش‌آگهی عود حمله قلبی در بیماری کرونری قلب بیان شده است [۱۷، ۱۶]، اما از طرف دیگر، افسردگی هنوز به عنوان یک عامل خطر برای بیماری کرونری قلبی تایید نشده است

مواد و روش‌ها

مقیاس دارای ۲ فرم است. فرم کوتاه شامل ۲۱ عبارت است که هر یک از متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس را توسط ۷ عبارت متفاوت ارزیابی می‌کند. فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت که برای هر متغیر ۱۴ عبارت در نظر گرفته شده است. لوی‌باند و لوی‌باند قابلیت اعتماد این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه کردند، برای هر سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس قابل قبول است (به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۹۰). فرم کوتاه آن در سال ۱۳۸۴ توسط صاحبی و همکاران برای جمعیت ایرانی رواسازی شده است و هم‌بستگی درونی این مقیاس، با استفاده از آلفای کرونباخ برای متغیر افسردگی (۰/۷۷)، متغیر اضطراب (۰/۷۹) و برای متغیر استرس (۰/۷۸) محاسبه شد. نحوه پاسخ‌دهی به سوالات به صورت ۴ گزینه‌ای از اصلاً (۱) تا زیاد (۴) است. توزیع سوالات خرده‌مقیاس افسردگی شامل سوالات: ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱ و برای اضطراب سوالات: ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹، ۲۰ و برای متغیر استرس سوالات: ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸ می‌باشد [۲۳].

ب) مقیاس ذهن آگاهی براون و ریان: این مقیاس توسط براون و ریان در سال ۲۰۰۳ ساخته شده و برای سنجش ذهن آگاهی به کار می‌رود. ۱۵ ماده دارد و آزمودنی باید پاسخ خود را به هر عبارت با استفاده از مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از (۱ = تقریباً هیچ‌وقت) تا (۶ = تقریباً همیشه) درجه‌بندی کنند. دامنه نمره کل از ۱۵ تا ۹۰ است و نمره بالاتر در این مقیاس بیانگر سطح پایین‌تر ذهن آگاهی است. این مقیاس از پایایی درونی خوبی برخوردار است، به طوری که آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. روایی این مقیاس با تعدادی از متغیرهای سلامت روان بالا گزارش شده است [۲۵]. این مقیاس در جامعه ایران اجرا شده و آلفای آن ۰/۸۲ گزارش شده است [۲۵].

ج) مقیاس ریخت شخصیتی D دنولت: مقیاس ریخت شخصیتی D (DS14) در سال ۱۹۹۸ توسط دنولت طراحی شده است که دو ویژگی پایدار و فراگیر عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را ارزیابی می‌کند این پرسش‌نامه دارای ۱۴

در این پژوهش مقطعی با استفاده از روش علی-مقایسه‌ای تعداد ۶۰ بیمار قلبی در قالب دو گروه (۳۰ بیمار با تشخیص ۱ حمله قلبی و ۳۰ بیمار با ۲ حمله قلبی یا بیش‌تر) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس مورد مطالعه قرار گرفتند، این بیماران بیمارانی بودند که از ۱ فروردین تا ۳۰ تیر ۱۳۹۱ به بیمارستان حضرت زهرا شهرستان ساری مراجعه کرده‌اند. دو گروه از نظر سن و جنس هم‌تا و از نظر سطح تحصیلات هم‌گن شده‌اند. تشخیص حمله قلبی توسط یک پزشک متخصص قلب و عروق با توجه به تغییرات اکوکاردیوگرافیک و آنزیم‌های قلبی صورت گرفت. عوامل روان‌شناختی خطرناک از قبیل ریخت شخصیتی D، افسردگی، اضطراب، استرس روانی-اجتماعی، ذهن آگاهی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در ابتدا توضیحاتی درباره این مطالعه و پرسش‌نامه به بیماران داده می‌شد. قبل از جواب به پرسش‌نامه‌ها، اطلاعاتی در مورد بیماران گرفته شد. این اطلاعات شامل نام، نام خانوادگی، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و تعداد فرزندان، عادات بیمار مانند کیفیت غذاخوردن، سابقه استعمال سیگار (دارد/ندارد)، سابقه بیماری‌های زمینه‌ای از قبیل دیابت (دارد/ندارد)، کلسترول LDL (دارد/ندارد)، فشار خون (دارد/ندارد) و سابقه بیماری‌های قلبی در خانواده (دارد/ندارد) می‌شود. پرسش‌نامه‌ها برای هر آزمودنی، به طور متوسط در ۱۵ دقیقه تکمیل می‌شدند.

برای افراد بی‌سواد، پژوهش‌گر، به ترتیب، سوال‌ها و گزینه‌های موجود در هر پرسش‌نامه را می‌خواند و آزمودنی بر اساس شناختی که از خودش داشته، جواب می‌داد. داده‌ها طی ۵ ماه متوالی توسط پژوهش‌گر جمع‌آوری گردید. در این پژوهش هیچ‌گونه حذف نمونه نداشتیم. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با روش رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شد.

ابزارهای اندازه‌گیری الف) مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS 21): مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس در سال ۱۹۹۵ توسط لوی‌باند و لوی‌باند تهیه شده است. این

برای بررسی این‌که کدام یک از عوامل روان‌شناختی در تفکیک دو گروه به طور معنادار موثر است، داده‌ها با مدل تحلیل رگرسیون لوجستیک تحلیل شد. برای به دست آوردن یک مدل خلاصه از بین متغیرهای موجود از روش گام به گام استفاده شد. نتایج آزمون عمومی ضرایب مدل نشان می‌دهد که برازندگی مناسبی با داده‌ها وجود دارد. در این آزمون‌ها میزان تغییر در -2Loglikelihood در هر گام با گام قبلی مقایسه و با مدل مجذور کای آزمون می‌شوند. در گام یک میزان تغییر در -2Loglikelihood در مقایسه با مدلی که هیچ‌یک از متغیرهای پیش‌بین در مدل وجود ندارد، از نظر آماری معنادار است. نتایج آزمون مجذور کای ($X^2=5/67, p<0/05$) نشان می‌دهد که این میزان تغییر در سطح $0/05$ معنادار است. در گام دوم در مقایسه با گام یک میزان تغییر از نظر آماری معنادار است ($X^2=6/44, p<0/05$). برازندگی داده‌ها با مدل در هر گام با آزمون مجذور کای هاسمر - لمشو بررسی شد. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که مدل در گام یک مناسب دارد ($X^2_g=3/21, p<0/05$), و در گام دوم با داده‌ها برازندگی مناسب دارد ($X^2_g=5/33, p<0/05$). توان مدل لوجستیک رگرسیون در پیش‌بینی نیز بررسی شد. یافته‌ها نشان می‌دهند که توان مدل در گام یک ۱۲٪، $R^2_{\text{Nagelkerke}}=0/12, -2\text{Loglikelihood}=77/51$ است. افزون بر آن، توان مدل در پیش‌بینی در گام دوم به ۲۴٪ افزایش می‌یابد ($R^2_{\text{Nagelkerke}}=0/24, -2\text{Loglikelihood}=71/06$). به عبارتی مدل رگرسیون در گام اول نشان داد که اضطراب می‌تواند ۱۲٪ از تغییر را در حمله قلبی پیش‌بینی کند و در گام دوم اضطراب و ریخت شخصیتی D مشترکاً ۲۴٪ از تغییر را در حمله قلبی پیش‌بینی می‌کند. توان مدل در طبقه‌بندی صحیح گروه‌ها در جدول ۲ گزارش شده است. یافته‌ها حاکی از آن است که در گام ۱ مدل توانسته است گروه‌ها را با دقت ۶۰٪ متمایز نماید. درجه پیش‌بینی توان مدل در تفکیک گروه‌ها در گروه با یک حمله قلبی ($P=0/70$) بیش‌تر از درجه پیش‌بینی گروه با دو حمله قلبی یا بیش‌تر است ($P=0/05$). در گام دوم درجه پیش‌بینی

ماده است که ۷ ماده آن مربوط به ویژگی عاطفه منفی و ۷ ماده دیگر مربوط به بازداری اجتماعی است. هر آزمودنی بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای که در آن (۱) به معنای اصلاً در مورد من صادق نیست و ۵ به معنای کاملاً در مورد من صادق است، گویه‌ها را درجه‌بندی می‌کند. نمره‌گذاری در ماده‌های ۱ و ۳ به صورت معکوس انجام می‌گیرد. بدین ترتیب دامنه نمره‌های آزمودنی برای هر خرده‌مقیاس بین ۰ تا ۳۵ و برای کل مقیاس بین ۰ تا ۷۰ می‌باشد. سوال‌های ۲، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۲، ۱۳ مربوط به عاطفه منفی و سوال‌های ۱، ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴ مربوط به بازداری اجتماعی است. هم‌سانی درونی خرده‌مقیاس عاطفه منفی $0/88$ و خرده‌مقیاس بازداری اجتماعی $0/86$ می‌باشد [۲۶]. در ایران ضریب آلفای $0/77$ برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی و $0/69$ برای خرده‌مقیاس بازداری اجتماعی و $0/79$ برای کل مقیاس گزارش شده است [۲۷].

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌ها با مدل مجذور کای و رگرسیون لوجستیک تحلیل شدند.

نتایج

شرکت‌کنندگان شامل ۳۰ بیمار با یک بار حمله قلبی (۲۱ زن و ۹ مرد) و ۳۰ بیمار با دو بار حمله قلبی یا بیش‌تر (۲۱ زن و ۹ مرد) بودند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که بین دو گروه از لحاظ فشار خون ($X^2=0/067, P=0/79$)، مشکل وراثتی ($P=0/30$)، رژیم غذایی ($X^2=1/07, P=0/60$)، سنگ کلیه ($X^2=0/08, P=0/76$)، میزان کلسترول LDL ($P=0/43$)، استعمال سیگار ($X^2=0/26, P=0/26$)، دیابت ($X^2=1/27, P=0/19$)، تفاوت معناداری مشاهده نشد، چرا که در همه موارد سطح معناداری (P) بزرگ‌تر از $0/05$ بوده است، به این ترتیب، شواهدی در مورد اینکه عود مکرر حملات قلبی می‌تواند به دلیل یکی از عوامل فوق باشد، مشاهده نشد.

جدول ۲. درصد صحیح طبقه بندی گروهها

گام	گروهها	حمله قلبی پیش بینی شده		درصد صحیح
		یک	دو یا بیشتر	
یک	با یک حمله قلبی	۲۱	۹	۷۰
	با دو حمله قلبی یا بیشتر	۱۵	۱۵	۵۰
	کل			۶۰
دو	گروه یکبار حمله قلبی	۲۲	۸	۷۳.۳
	دو و بیشتر حمله قلبی	۱۱	۱۹	۶۳.۳
	کل			۶۸.۳

جدول ۳. ضریب رگرسیون و آزمون والد متغیرهای اضطراب و ریخت

شخصیتی D

گام	متغیر	B	S.E.	Wald	Exp (B)
یک	اضطراب	۰.۱۴۶	۰.۰۷	۴.۸۷*	۱.۱۶
دو	ریخت D	-۱.۶۹	۰.۷۲	۵.۵۱*	۰.۱۸
	اضطراب	۰.۲۲	۰.۰۸	۸.۰۲*	۱.۲۵
	ثابت رگرسیون	-۲.۳۶	۰.۹۷	۵.۹۸*	۰.۰۹

*P < 0.05

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف مقایسه عوامل روان شناختی خطر ساز از قبیل افسردگی، اضطراب، استرس روانی - اجتماعی، ریخت شخصیتی D، ذهن آگاهی در بیماران با و بدون عود حمله قلبی طرح ریزی و اجرا شد. شرکت کنندگان افرادی با تشخیص ۱ حمله قلبی و ۲ بار حمله قلبی یا بیشتر تر بودند. که دو گروه از نظر سن و جنس همتا شده بودند.

یافته های این مطالعه نشان داد بین متغیرهای فشار خون، سابقه خانوادگی، نوع رژیم غذایی، سنگ کلیه، کلسترول، استعمال سیگار، دیابت در دو گروه تفاوت معنادار مشاهده نشد. گرچه در این مطالعه فرض شده بود که میزان افسردگی، اضطراب، استرس روانی اجتماعی، ریخت شخصیتی D و ذهن آگاهی در بیماران با عود حمله قلبی متفاوت از بیماران بدون عود حمله قلبی است، اما یافته ها نشان داد که صرفاً اضطراب و ریخت شخصیتی D از متغیرهای موثر در عود حمله قلبی هستند. اضطراب با نقش مستقیم و ریخت شخصیتی D با نقش معکوس قادرند عود حمله قلبی را پیش بینی کنند اما افسردگی

توان مدل در تفکیک گروهها و طبقه بندی افزایش یافته است و به حدود ۶۸٪ رسیده است.

در جدول ۳ متغیرهای موثر در پیش بینی و ضرایب رگرسیون آنها گزارش شده است. یافته ها نشان می دهد که از بین متغیرهای روان شناختی، در گام یک اضطراب موثرترین متغیر در پیش بینی است و ضریب رگرسیون آن ۰/۱۴۶ است که از نظر آماری معنادار است چرا که سطح معناداری (P=۰/۰۱۷) از ۰/۰۵ کوچک تر مشاهده شد. مقدار (Wald=۴/۸۷, P<۰/۰۵) برای این متغیر ۱/۱۶ است به عبارتی بیماران دارای دو حمله قلبی یا بیشتر نسبت به بیماران دارای یک حمله قلبی از نسبت شانسی بالاتری (۱/۱۶) برای تجربه اضطراب برخوردار هستند. در گام دوم متغیرهای ریخت D شخصیت و اضطراب به صورت توأم وارد مدل شدند. ضریب رگرسیون ریخت D شخصیت -۱/۶۹ است و از نظر آماری معنادار است چرا که سطح معناداری (P=۰/۰۱۱) از ۰/۰۵ کوچک تر مشاهده شد. مقدار (Wald=۵/۵۱, P<۰/۰۵) برای این متغیر -۰/۱۸۵ است به عبارتی بیماران دارای دو حمله قلبی یا بیشتر نسبت به بیماران دارای یک حمله قلبی از نسبت شانسی کمتری (۰/۱۸۵) برای تجربه ریخت D برخوردار هستند. در این گام، اضطراب به عنوان متغیر دوم در مدل وارد شده است و ضریب رگرسیون آن ۰/۲۲ است که از نظر آماری معنادار است چرا که سطح معناداری (P=۰/۰۰۱) از ۰/۰۵ کوچک تر مشاهده شد (Wald=۸/۰۲, P<۰/۰۵). مقدار (Exp (B) برای این متغیر ۱/۲۵ است به عبارتی بیماران دارای دو حمله قلبی یا بیشتر نسبت به بیماران دارای یک حمله قلبی از نسبت شانسی بالاتری (۱/۲۵) برای تجربه اضطراب برخوردار هستند (جدول ۳).

جدول ۱. آزمون عمومی، ضرایب تعیین و مجذورکای هاسر - لمشو مدل رگرسیون در هر گام

گام	X ² Omnibus	-2Loglikelihood	R ² Cox & Snell	R ² Nagelkerke	X ² Hosmer & Lemeshow
یک	۵/۶۷*	۷۷/۵۱	۰/۰۹	۰/۱۲	۳/۲۱
دو	۶/۵۴*	۷۱/۰۶	۰/۱۸	۰/۲۴	۵/۳۳

*P < 0.05

و استرس روانی - اجتماعی و ذهن آگاهی نتوانستند در پیش‌بینی عود حمله قلبی نقشی داشته باشند.

یافته‌های پژوهش حاضر نقش افسردگی را در افزایش و یا کاهش تعداد دفعات حملات قلبی تأیید نکرد. این نتیجه هم‌سو با پژوهش نیکولسون، کوپر، همین‌گوی در سال ۲۰۰۶ است که به این نتیجه دست یافته بودند که افسردگی به عنوان یک عامل خطر برای عود بیماری کرونری قلبی نمی‌باشد و در تضاد با پژوهش‌هایی است که در آن، افسردگی به عنوان پیش‌آگهی عود حمله قلبی در بیماری کرونری قلب بیان شده است [۱۶،۱۵].

از آنجایی که برخی مطالعات تقریباً ۲۰ [۳۱،۳۰،۱۳] بیماران پس از حمله قلبی را با علائم افسردگی گزارش کردند دور از انتظار نیست که نقش افسردگی به عنوان یکی از عوامل روان‌شناختی خطر ساز، تأیید نشود.

در این پژوهش اضطراب با عود حمله قلبی مرتبط شناخته شد. این نتیجه هم‌سو با پژوهش کوهن، بانگولاری و ماری (۲۰۱۰) است. همچنین بسط پژوهش قاسمی‌پور و قربانی (۱۳۸۹) است که بیان کردند که افراد گروه بیمار نسبت به افراد سالم از اضطراب بیش‌تری برخوردار هستند. چرا که ترس از عود بیماری، تنش‌های عاطفی، کابوس و اختلالات خواب، ترس از افزایش فشار خون، ناامیدی، اشتغالات ذهنی درباره خود و وابستگی پس از بیماری، نگرانی‌هایی هستند که موجب می‌شود مبتلایان بعد از حمله قلبی دچار اضطراب شوند [۳۲] و اضطراب با کاهش شدید کیفیت زندگی [۳۴،۳۳]، موجب وقوع دوباره حمله قلبی و نهایتاً مرگ زودرس می‌شود [۳۵ - ۳۷].

این پژوهش در تضاد با پژوهش‌هایی است که نقش اضطراب را در حمله قلبی دوباره، تأیید نکردند [۲۸،۱۹،۱۸]. این پژوهش، نقش استرس را در افزایش و یا کاهش تعداد دفعات حمله قلبی تأیید نکرد. این نتیجه هم‌سو با پژوهش هامر، (۲۰۰۸) است. هم‌چنان که نتایج پژوهش‌های قلبی درباره‌ی نقش استرس در حمله قلبی و عود آن ضد و نقیض بود. لازم به ذکر است که استرس بیش از حد و طولانی‌مدت،

فقط در برخی افراد باعث ایجاد مشکلات سلامتی می‌شود [۳۸] و نحوه ارزیابی و چگونگی ادراک شخص از موقعیت است که در بروز عوارض استرس تعیین‌کننده محسوب می‌شود [۳۹]. گرچه در برخی از پژوهش‌ها نشان دادند که فعالیت‌های روزانه استرس‌آور با اختلالات حاد قلبی مرتبط است [۴۰،۱۰،۹] و استرس‌های حاد روان‌شناختی با افزایش دادن فعالیت سمپاتیک، بیماری‌های سرخرگ کرونری را راه‌اندازی می‌کنند [۷،۱۱] ولی این پژوهش نتوانست نتایج پژوهش‌های گذشته را در پیش‌بینی عود بسط دهد.

در تأیید با نتیجه پژوهش اخیر، شواهد موید این مسأله‌اند که اگر استرس بعد از اولین حمله به وسیله مداخلات، مدیریت نشود، طی یک سال پیش‌بینی کننده حمله قلبی دوباره و مرگ و میر ناشی از آن خواهد بود [۴۲،۴۱].

در این پژوهش بین ریخت شخصیتی D با تعداد دفعات حمله قلبی رابطه معنادار و منفی وجود دارد، به این معنی که ویژگی‌های ریخت شخصیتی D در افراد بدون عود حملات قلبی بیش از افراد با عود حمله قلبی بود. نتایج این پژوهش هم‌سو با پژوهش‌هایی است که ریخت شخصیتی D را به عنوان علت اولیه حمله قلبی و در تضاد با پژوهش‌هایی است که ریخت شخصیتی D را به عنوان پیش‌بینی‌کننده عود حمله قلبی بیان [۲۲،۲۱].

در حالی که ریخت شخصیتی D، پیش‌بینی‌کننده‌ی مهمی برای بیماران عروق کرونری است و اثرات پایدار و مهمی روی کیفیت زندگی و تندرستی این بیماران می‌گذارد [۴۴،۴۳] ولی هیچ مقایسه‌ای (همانند این پژوهش) بین بیمارانی با عود حمله قلبی و بدون عود حمله قلبی، صورت نگرفته بود که بیان شود میزان خصوصیات ریخت شخصیتی D در بیماران با عود حمله قلبی بیش‌تر از بیماران بدون عود حمله قلبی است.

از طرف دیگر بعد از اولین حمله، با افزایش سطح اضطراب در بیماران حمله قلبی و ترس از مرگ، شاید بیماران با کنترل بیش‌تر عواطف منفی و افزایش خودابرازی در تعاملات اجتماعی در راه کاهش خصوصیات ریخت شخصیتی D گام بردارند.

اضطراب و ریخت شخصیتی در عود حمله قلبی، پیشنهاد می‌شود اقدامات پیش‌گیرانه‌ای در جهت شناسایی اضطراب بلافاصله پس از عود حمله قلبی به عمل آید.

تشکر و قدردانی

با نهایت احترام و رعایت ادب و ارادت و با عرض سپاس، بدین وسیله از پدر و مادرم، همسر و اساتید ارجمندی همانند آقای دکتر ستوده که در نوشتن این مقاله حمایت کردند، صمیمانه تقدیر و سپاسگزاری می‌نمایم.

منابع

- [1] Joshi R, Jan S, Wu Y, MacMahon S. Global inequalities in access to cardiovascular health care: our greatest challenge. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52: 1817-1825.
- [2] Bhupathy P, Haines CD, Leinwand LA. Influence of sex hormones and phytoestrogens on heart disease in men and women. *Women's Health* 2010; 6: 77-95.
- [3] Samavat T. Gozareshi az maraseme ruze jahanie ghalb. *Talare emam Khomeini*. 5e mehrT 1388. (Persian).
- [4] World Health Organization. The impact of chronic disease in the Islamic Republic of Iran. World Health Organization. Mortality country fact sheet 2006. Geneva: www.bums.ac.ir/shares/nurse/nurse/vol3-1,2/4- Naghibi.pdf.
- [5] Albert MA. Inflammatory biomarkers. race/ethnicity & CVD. *Nutr Rev* 2007; 65: S234-238.
- [6] Nik pajo A. Rahnamaye pishgiri va darmane bimarhaye ghalbi orughi. *Moasese pishgiri va erteghaye salamate iraniane moaser*. Chape 3 1388. (Persian).
- [7] Culic V. psychological factors & the triggering of acute cardiac events 2009; 2: 39-60.
- [8] Smith p, Blumental J. Neurobehavioral functioning & CVD 2009; 2: 1-38.
- [9] Malan L, Oosthyzen W, Malan N, Potgieter T, Seedat Y. Coping with psychological stress reflect in changes in the neuro endocrine & CV profil of Africans 2009; 12: 237-262.
- [10] Kanel R. Psychological Distress & CV risk. *Journal of the American college of cardiology* 2008; 52: 2163-2165.
- [11] Cesana G, Menni C. Cardiovascular Risk as a paradigm of the negative consequences of stree at work 2009; 8: 171-181.
- [12] Hamer M, Molloy GJ, Stamatakis E. Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52: 2156-2162.
- [13] Kabat-Zinn J. Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness 2003; 347-358.
- [14] Ghasem pur Y, Ghorbani N. behushyari va niazhaye ravanshenakhti dar bimarane ghalbi orughi. *Majale ravanpezeshki va ravanshenasie balinie Iran*. 1389; 2: 154-162. (Persian).
- [15] Curney R, Freedland K, Steinmeyer B, Blumenthal J, Jange P. History of Depression & Survival after aMI, psychosomatic medicine 2009; 71: 253-259.
- [16] Kop WJ, Kuhl EA, Barasch E, Jenny NS, Gottlieb SS, Gottdiener JS. Association between depression symptoms & fibrosis Markes. *Brain Behav Immun* 2010; 24: 229-235.
- [17] Nicholson A, Kupa H, Hemingway H. Depression as an aetiology & prognostic factors in CHD. *European health journal* 2006; 27: 2763-2774.

یافته‌های این پژوهش نقش ذهن آگاهی را در افزایش و یا کاهش تعداد دفعات حملات قلبی تأیید نکرد. یعنی افرادی که دچار عود حمله قلبی می‌شوند از افرادی که یک بار دچار حمله قلبی می‌شوند از ذهن آگاهی پایین‌تری برخوردار نیستند. در مورد نقش ذهن آگاهی بر حمله قلبی پژوهش‌های اندکی انجام شده است، گرچه قاسمی‌پور و قربانی (۱۳۸۹) گزارش کردند که بیماران کرونری قلب نسبت به گروه سالم از ذهن آگاهی کم‌تری برخوردار بودند ولی در این پژوهش، نقش ذهن آگاهی نتوانست در پیش‌بینی عود حمله قلبی تعمیم پیدا کند.

شواهدی وجود دارد که بیان می‌کند که ذهن آگاهی از طریق پذیرش هیجان‌های منفی به جای اجتناب از آن‌ها، مانع رفتار خودتخریبی در پاسخ به استرس می‌شود (بون، ویتکینز، دیلورث و مارلات، ۲۰۰۷) و انعطاف‌پذیری شناختی و ذهن آگاهی بالاتر با رنج و ناتوانی کم‌تر در بیماران همراه است (مک‌کراکن و ولمن، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد ذهن آگاهی به عنوان یک عامل حمایتی، برای جلوگیری از عود حمله قلبی مطرح باشد، یعنی نمی‌توان ذهن آگاهی پایین را یک عامل خطر ساز برای عود حمله قلبی در نظر گرفت.

یک تبیین احتمالی دیگر آن است که هر دو گروه به هم شبیه‌اند. یعنی هر دو از ذهن آگاهی مناسبی برخوردار نیستند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر آن است که طرح آن از نوع علی-مقایسه‌ای است لذا یافته‌های حاصل از این پژوهش را با گزاره‌های علی نمی‌توان بیان کرد. محدودیت دوم این مطالعه مربوط به قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌های این مطالعه است. شرکت‌کنندگان بیماران داوطلب بودند لذا یافته‌های این مطالعه قابل تعمیم به سایر بیماران نیست. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌گران در آینده مطالعاتی طرح‌ریزی نمایند که بر اساس آن بتوان استنباط‌های علی در مورد نقش عوامل روان‌شناختی دخیل در عود حمله قلبی به عمل آورد. هم‌چنین، پیشنهاد می‌شود مطالعه حاضر بر روی بیماران سایر بیمارستان‌ها و در سایر شهرهای کشور اجرا شود تا شواهدی از بسط یافته‌های مطالعه حاضر فراهم گردد. با توجه به نقش

- [32] Regel S, Roberts D. Mental health liaison: A handbook for nurses and health professionals. Edinburgh, England: Harcourt Publishers. Research 2002; 64: 63-69.
- [33] Dunckley M, Ellard D, Quinn T, Barlow J. Coronary artery bypass grafting: patients' and health professionals' views of recovery after hospital discharge. *Eur J Cardiovas Nurs* 2008; 7: 36-42.
- [34] Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers D, Lip G. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosom Med* 2001; 63: 221-230.
- [35] Laszlo K.D, Janszky I, Ahnve S. Income and recurrent events after a coronary event in women. *Eur J Epidemiol* 2008; 23: 669-680.
- [36] Dickens C, McGowan L, Percival C, Douglas J, Tomenson B, Cotter L, Creed. Lack of a close confidant, but not depression, predicts further cardiac events after myocardial infarction. *Heart* 2004; 90, 518-522.
- [37] Strik J, Denollet J, Lousberg R, Honig A. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *Journal of American Coll Cardiol* 2003; 42: 1801-1807.
- [38] Heidari pahlavian A, gharakhani M, mahjub H. moghayeseye mizane strese tajrobe shode va rahbordhaye moghabeleyi dar bimarane mobtala be bimarie koronerie ghalb va afrade salem. *Majale elmie daneshgahe olum pezeshti , khadamat behdashtie hamedan* 1389;17: 33-38. (Persian).
- [39] Stoyva , & Carlson G. A coping/resting model of relaxation and stress management. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* 1993 (2nd ed., pp. 724-756). New York, NY: The Free Press.
- [40] Narayan, V. Psychology risk factors for MI. *Clinical Diabetes* 2005; 23, No 1.
- [42] Harris K, Matthews A, Sutton-Tyrrell K, Kuller H. Associations between psychological traits and endothelial function in postmenopausal women. *Psychosom Med* 2003; 65(3): 402-9.
- [29] Gidron Y, Gilutz H, Berger R, Huleihel M. Molecular and cellular interface between behavior and acute coronary syndromes. *Cardiovasc Research* 2002; 56: 15-21.
- [43] Denollet J, Brutsaert L. Personality, disease severity and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation* 1998; 97:167-173.
- [44] Eslick G. Health care seeking behaviors, psychological factors and quality of life of non cardiac chest pain. *Disease-a-Month* 2008; 54: 604-12.
- [18] Welin C, Lappas G, Wilhelmsen L. Independent importance of psychosocial factors for prognosis after MI. *J Intern Med* 2000; 247: 629-639.
- [19] Carney RM, Freedland KE, Steinmeyer B, Blumenthal JA, Berkman LF, Watkins LL, et al. Depression and five year survival following acute myocardial infarction: a prospective study. *J Affect Disord* 2008; 109: 133-138.
- [20] Cohen BE, Pangulari P, Na B, Whooley MA. Psychological risk factors & the metabolic syndrome in patients with CHD. *Psychiatry Res* 2010; 115: 133-137 .
- [21] Denollet J. Personality emotional distress. *European journal of personality* 1997; 11: 343-357.
- [22] Martens EJ, Kupper N, Pedersen SS, Aquarius AE, Denollet J. Type-D personality is a stable taxonomy in post_MI patients over an 18 month period. *J Psychosom Res* 2007; 63: 545-550.
- [23] Sahebi A, Asghari M, Salari R. etebaryabie meghyase afsordegi ezterab tanidegi (DASS 21) barate jamiate irani. *Markaze Tahghighate Kamputeri Olume Ensani* (Persian).
- [24] Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in Psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84: 822-848.
- [25] Ghorbani N, Watson PJ, Bing MN, Davison HK, LeBreton D. "Two facets of self-knowledge: Cross-cultural development of measures in Iran and the United States". *Genet Soc Gen Psychol Monogr* 2003; 129: 238-268.
- [26] Denollet J. Type D personality: a potential risk factor refined. *J Psychosom Res* 2000; 49: 255-266.
- [27] Zoljanahi E. rabete beine tipe shakhsiatie D ya sistemhaye maghzi/raftari gari. *Payan name karshenasie arshad. Daneshgahe Tarbiat Modares* 1385. (Persian).
- [28] Medved MI, Piran N. Psychological distress & self-care engagement. *Women Health* 2011; 51: 89-105.
- [29] Kop P. Psychological risk factors for CAD. *psychosom Med* 1997; 61: 476-481.
- [30] Spijkerman A, Van den Brinka S, Jansena C, Crijncs M, Ormela C. Who is at risk of post-MI depressive symptoms? *Journal of Psychosom Research* 2005; 58: 425- 432.
- [31] Bagherian Sararoudi P, Guilani B, Bahrami H, Saneei H. Relationship between post-MI depression and left ventricular dysfunction. *Iranian Journal of Psychiatry and Psychology* 2008; 13: 320-327. (Persian)

Comparison of psychological risk factors among patients with and without myocardial infraction relapses

Maedeh Bagheri (M.Sc)*, Siavash Talepasand (Ph.D), Isaac Rahimian Booger (Ph.D)
Semnan University, Semnan, Iran

(Received: 3 Feb 2013; Accepted: 8 Sep 2013)

Introduction: This research has been established with the aim of the comparison of psychological risk factors such as depression, anxiety, psychosocial stress, type D personality, mindfulness among patients with and without myocardial infarction relapse.

Materials and Methods: In this quasi-experimental study, 60 heart patients were selected among the patients admitted to the H. Zahra hospital in Sari city (Iran). The patient divided into two groups: 30 patients with one myocardial infarction and 30 patients with two or more myocardial infarction. Psychological risk factors such as type D personality, depression, anxiety, psycho-social stress, mindfulness were evaluated by the questionnaires including Denollet type D personality, anxiety, depression and stress Lovibond & Lovibond and Brawn & Ryan's mindfulness scales.

Results: No significant differences were found between two groups regarding to blood pressure, hereditary problem, diet, kidney stone, cholesterol (LDL), smoking, and diabetes ($P > 0.05$). Anxiety with a direct effect ($P = 0.017$) and type D personality with an indirect effect ($P = 0.011$) could predict relapse of myocardial infarction ($p < 0.05$), but depression and psychosocial stress and mindfulness could not have any effect on the prediction of myocardial infarction relapse ($P > 0.05$).

Conclusion: Given the role of anxiety and type D personality in myocardial infarction, it is suggested for the sufficient training to reduce anxiety and inhibition of expression of negative excitement and social dissuasion to prevention of relapse myocardial infarction.

Keywords: Risk factors, Recurrence, Myocardial infarction, Psychology

* Corresponding author: Fax: +98 151 2578244; Tel +98 09113546225
freedom_66iran@yahoo.com

How to cite this article:

Bagheri M, Talepasand S, Rahimian Booger I. Comparison of psychological risk factors among patients with and without myocardial infarction relapses. koomesh. 2014; 15 (2) :154-161
URL http://www.koomeshjournal.ir/browse.php?a_code=A-10-1868-1&slc_lang=en&sid=1