

بررسی تأثیر هیجان‌های منفی، بازداری اجتماعی و نقش عامل جنسیت در بروز بیماری کرونری قلب*

مهدی اکبری**

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر مجید محمود علیلو

استادیار دانشگاه تبریز

دکتر ناصر اصلان آبادی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

در زمینه نقش عوامل هیجانی به ویژه هیجان‌های منفی و نحوه ابراز این هیجان‌های تجربه شده در بروز بیماری عروق کرونری، تعدادی از مطالعات از وجود ارتباط مثبت میان تجربه هیجانات منفی، بازداری اجتماعی و بیماری عروق کرونری حمایت کرده‌اند.

در پژوهش حاضر، ارتباط اضطراب، افسردگی، خشم و خصومت، بازداری اجتماعی با بیماری عروق کرونری و تعامل آن با عامل جنسیت، مورد بررسی قرار گرفته است. به این منظور، تعداد ۸۰ نفر از بیماران عروق کرونری (۴۰ نفر مرد و ۴۰ نفر زن) و ۸۰ نفر از افراد سالم (۴۰ نفر مرد و ۴۰ نفر زن) از طریق همتاسازی با گروه بیمار انتخاب شدند. سپس پرسشنامه شخصیتی نئو و پرسشنامه سلامت عمومی درباره ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بر روی گروه‌های مورد مطالعه اجرا شد. بررسی نتایج به دست آمده نشان داد که بیماران کرونری قلب از نظر تجربه هیجان‌های منفی (خشم و خصومت، افسردگی و اضطراب) و بازداری در ابراز این هیجان‌ها در تعاملات اجتماعی خود، تفاوت معناداری با گروه سالم دارند. علاوه بر این، در پژوهش حاضر یافته‌هایی در حمایت از نقش خشم و خصومت به عنوان عوامل خطر ساز در مردان و زنان ولی به صورت متفاوت پیدا شد. به این صورت که ابراز مستقیم خشم و شدت خشم تجربه شده به عنوان عامل خطر سازی برای مردان و سرکوبی خشم به عنوان عامل خطر ساز برای زنان یافته شد. همچنین، مقایسه مردان و زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر نشان داد که بین افسردگی و بروز بیماری عروق کرونر در زنان ارتباط وجود دارد، ولی در ارتباط با اضطراب و بیماری عروق کرونر، جنسیت نقشی ندارد.

کلید واژه‌ها: بیماری عروق کرونری، اضطراب، افسردگی، خشم و خصومت، بازداری اجتماعی.

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی است که در مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی تبریز به تصویب رسیده و اجرا گردیده است.

** نویسنده مسئول: Mehdi.akbari.ir@gmail.com

مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی یکی از عوامل مهم مرگ و میر در ایالات متحده است و در میان آنها بیماری عروق کرونری قلب که ناشی از تنگی و انسداد عروق کرونر است یکی از شایع‌ترین این بیماری‌ها است که هر ساله افراد زیادی در اثر ابتلا به آن، جان خود را از دست داده و یا به انواع ناتوانی‌های مزمن دچار می‌شوند. اگر چه از سال ۱۹۶۰ میزان مرگ و میر ناشی از بیماری عروق کرونر به بیش از نصف کاهش یافته، اما همچنین اولین عامل مرگ و میر در ایالات متحده است (انجمن قلب آمریکا، ۲۰۰۲).

امروزه، متخصصان قلب و عروق، عوامل جسمی شناخته شده‌ای را با بروز بیماری عروق کرونری^۱ (CHD) مرتبط می‌دانند؛ از جمله این عوامل عبارتند از: فشار خون بالا، سطح بالای کلسترول مضر^۲ (LDL)، بیماری دیابت، کمبود فعالیت بدنی، مصرف سیگار، چاقی و وراثت (سابقه بیماری قلبی در خانواده) (شاپیرو و گلدشتاین^۳، ۱۹۸۲). با وجود این، شواهد حاکی از آن است که این موارد حداکثر ۵۰٪ از بروز CHD را پیش‌بینی می‌کنند و عوامل جسمانی فوق به تنهایی قادر به تبیین بروز و نیز تداوم CHD نیستند (مارموت^۴ و همکاران، ۱۹۹۷).

پیشرفت‌های نوین پزشکی رفتاری توجه متخصصان روان‌شناسی تندرستی را به نقش کلیدی عوامل غیر زیستی در CHD معطوف ساخته است و پژوهش درباره این بیماری مدتی است که متوجه عوامل روان‌شناختی و عوامل روانی - اجتماعی شده است (روزانسکی^۵ و همکاران، ۱۹۹۹). فریدمن و روزنمن^۶ (۱۹۷۵) نخستین کسانی بودند که متوجه نقش عوامل روان‌شناختی در بروز CHD شدند و حاصل کار آنها به شناسایی تیپ شخصیتی A و B^۷ انجامید و مشخص شد تیپ شخصیتی A (الگوی رفتاری که شامل رقابت طلبی، فوریت‌های زمانی، خشم و خصومت است) ارتباط ویژه با CHD دارد. اما تحقیقات بعدی نشان داد که تیپ شخصیتی A نیز قادر به پیش‌بینی CHD نیست. به عنوان مثال راگلند و براند^۸ (۱۹۹۸) در یک پژوهش پیگیرانه که به مدت ۱۲ سال طول

-
- 1- Coronary heart disease
 - 2- low density lipoprotein
 - 3- Shapiro & Goldstein
 - 4- Marmot
 - 5- Rozanski
 - 6- Friedman & Rosenman
 - 7- Type A and B personality
 - 8- Ragland & Brand

کشید، نشان دادند که افراد دارای تیپ شخصیتی A و میزان بالای مرگ و میر در بیماران عروق کرونری مشاهده نمی‌شوند و در تعدادی دیگر از پژوهش‌ها نتایج ضد و نقیضی پیدا شد. میرتک^۱ و همکاران (۲۰۰۱) با بررسی بیشتر دریافتند که از بین مؤلفه‌های مختلف تشکیل‌دهنده تیپ شخصیتی A، خشم و خصومت بیشترین رابطه را با CHD دارا هستند؛ به طوری که اندازه اثر کلی^۲ (میزان پراکندگی جمعیت شناختی در جامعه آماری) تیپ A و CHD معنی‌دار نیست، ولی اندازه اثر کلی خشم و خصومت و CHD در سطح ($p < /0.01$) معنادار است.

بر اساس شواهد فوق، تأکید اصلی پژوهش‌ها طی دهه‌های اخیر، متمرکز بر نقش عوامل هیجانی در بروز و پیشرفت CHD بوده است (فریدمن و بوت کیولی^۳، ۱۹۸۷). یافته‌های اخیر نشان داده‌اند که هیجان منفی خشم و خصومت علاوه بر بروز CHD، موجب تشدید و وخامت آن نیز می‌شود (اسپیرو^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). از سوی معلوم شده است که علاوه بر خشم و خصومت، سایر هیجان‌های منفی نیز به نوعی در بروز CHD حائز نقش هستند. به عنوان مثال، اسمیت^۵ و همکاران (۱۹۹۵) طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افسردگی نیز می‌تواند به عنوان یک عامل خطر برای CHD محسوب شود. همین نتایج در پژوهش‌های پیگیرانه بعدی نیز تأیید شد (کارنی^۶ و همکاران، ۱۹۹۶؛ برفوت و اسکرویل^۷، ۱۹۹۶). همچنین تحقیقات دیگر از نقش اضطراب در بروز CHD حمایت کرده‌اند (روزنگرن و تیبیلین^۸، ۱۹۹۸) و مطالعات پیگیرانه‌ای که توسط کاواچی^۹ و همکاران (۲۰۰۰) انجام شد، همین نتایج را تأیید کرده‌اند. بر اساس این شواهد و پژوهش‌ها، دنولت^{۱۰} (۲۰۰۰) تیپ شخصیتی D^{۱۱} را شناسایی کرد که ارتباط ویژه‌ای با بیماری کرونری قلب دارد. تیپ شخصیتی D یک الگوی رفتاری است که در آن افراد، هیجان‌های منفی زیاد مثل افسردگی، خشم و خصومت و اضطراب را تجربه می‌کنند و در

-
- 1- Myrtek
 - 2- General effect size
 - 3- Booth-kewley
 - 4- Spiro
 - 5- Smith
 - 6- Carney
 - 7- Barefoot & Schroll
 - 8- Rosengren & Tibllin
 - 9- Kawachi
 - 10- Denollet
 - 11- Type Distress personality

عین حال از ابراز آن خودداری می‌کنند. یک مطالعه پیگیری ۱۰ ساله توسط دنولت و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که میزان مرگ و میر بیماران CHD با تیپ شخصیتی D چهار برابر مرگ و میر بیماران CHD بدون تیپ شخصیتی D بود.

در مطالعات اخیر در زمینه CHD، بعضی از محققین سعی کرده‌اند تا در ارتباط بین هیجان‌های منفی و بروز CHD، نقش جنسیت را نیز بررسی کنند. به عنوان مثال، کاواچی و همکاران (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که خشم و خصومت قادر به پیش‌بینی CHD در زنان نیست، ولی بیماری عروق کرونر را در مردان پیش‌بینی می‌کند. از طرفی سیگمن^۱ (۲۰۰۰) دریافتند که اضطراب و افسردگی با خطر بروز CHD در زنان رابطه دارد، در حالی که عکس این حالت در مورد مردان مشاهده نشد.

بر اساس شواهد پژوهشی فوق، در پژوهش حاضر فرضیه‌های زیر تدوین و مورد بررسی قرار گرفتند:

از لحاظ تجربه هیجان منفی خشم و خصومت بین مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر و زنان مبتلا به این بیماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

در ارتباط با بازداری اجتماعی و بروز بیماری عروق کرونر، عامل جنسیت نقش تعدیل‌کننده‌ای دارد.

بین سطح افسردگی تجربه شده و بروز بیماری عروق کرونر در زنان ارتباط معنی‌دار و مثبت وجود دارد.

بین سطح اضطراب و بروز بیماری عروق کرونر در زنان، رابطه معنی‌داری وجود دارد.

روش

آزمودنی‌ها

با توجه به محدودیت‌هایی که در انتخاب گروه بیمار بود (حداقل سواد سیکل، دامنه سنی خاص برای کنترل متغیرهای مداخله‌گر، ترخیص سریع بیمار ...) و الهام از تحقیقات انجام شده مشابه، در این پژوهش تعداد ۸۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر بیمارستان تخصصی قلب شهید مدنی تبریز که حداقل دارای سواد سیکل بوده، با توضیحی در مورد پژوهش، نحوه شرکت و کسب رضایت از آنها انتخاب شدند. ۸۰ نفر گروه کنترل نیز از بین

1- Siegman

کارمندان دانشگاه، پرسنل بیمارستان، کارمندان آموزش و پرورش، در سطح شهر تبریز از طریق همتاسازی با گروه بیمار (از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی) انتخاب شدند که هیچ گونه سابقه بیماری قلبی - عروقی و سایر بیماری‌های شدید روانی و جسمی نداشته و در زمان نمونه‌گیری نیز از سلامت روانی و جسمی برخوردار بودند و برای این منظور از پرسشنامه سلامت عمومی که سابقه بیماری جسمی و روانی افراد را اندازه‌گیری می‌کرد، استفاده شد.

۸۰ نفر از بیماران CHD و ۸۰ نفر از افراد سالم در چهار گروه به شرح زیر مورد مطالعه قرار گرفتند: ۴۰ نفر مرد مبتلا به CHD (میانگین سن، ۴۶/۰۲؛ انحراف استاندارد، ۵/۴۹؛ میانگین تحصیلات، ۱۴ سال؛ و ۹۴/۶٪ متأهل). ۴۰ نفر مرد سالم (میانگین سن، ۴۴/۱۲؛ انحراف استاندارد، ۶/۲۱؛ میانگین تحصیلات، ۱۴ سال؛ و ۹۲/۸۴٪ متأهل). ۴۰ نفر زن مبتلا به CHD (میانگین سن، ۴۷/۷۰؛ انحراف استاندارد، ۶/۱۷؛ میانگین تحصیلات، ۱۲ سال؛ و ۹۷/۰۲٪ متأهل). ۴۰ نفر زن سالم (میانگین سن، ۴۵/۷۲؛ انحراف استاندارد، ۵/۹۴؛ میانگین تحصیلات، ۱۴ سال؛ و ۹۰/۱٪ متأهل). و با توجه به این که سن، ارتباط مثبت و معنادار با بیماری عروق کرونر دارد بیماران بالای ۵۵ و زیر ۲۵ سال انتخاب نشدند. حداقل سطح سواد، پایه سوم راهنمایی برای حصول اطمینان از این که افراد بتوانند به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند، در نظر گرفته شد و روش نمونه‌گیری نیز به علت محدودیت در انتخاب بیماران کرونری قلب به صورت در دسترس بود.

ابزار پژوهش

الف - فرم بلند پرسشنامه شخصیتی نئو: این پرسشنامه برای سنجش و اندازه‌گیری ۵ عامل اصلی شخصیت که عبارتند از: نوروتیسم (N)، برون‌گرایی (E)، انعطاف‌پذیری (O)، دلپذیر بودن (A) و با وجدان بودن (C) در سال ۱۹۸۹ توسط کوستا و مک‌کری^۲ ساخته شده است. و هر عامل نیز شامل ۶ خرده‌آزمون می‌باشد. در این پژوهش، از مقیاس N برای اندازه‌گیری هیجان‌های منفی که شامل اضطراب، افسردگی، خشم و خصومت و همچنین بازداری اجتماعی استفاده شد. مک‌کری و کوستا پایایی پرسشنامه را از طریق ضریب آلفا برای مقیاس‌های اصلی از ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. همچنین، حق‌شناس (۱۳۸۰) در پژوهشی در زمینه‌هنجاریابی این پرسشنامه در ایران ضریب آلفا ۰/۸۳ و

1- NEO Personality Inventory

2- Costa & McCrea

همبستگی آزمون - آزمون مجدد ۰/۶۴ را گزارش کرده است. اعتبار این پرسشنامه نیز از طریق ضریب همبستگی بین گزارش‌های شخصی افراد (فرم S) و ارزیابی مشاهده‌گر (فرم R) برای مقیاس‌های اصلی از ۰/۴۵ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (گروسی و همکاران، ۱۳۸۰).

ب - پرسشنامه سلامت عمومی^۱: این پرسشنامه در سال (۱۹۸۸) توسط گلدبرگ و ویلیامز^۲ به منظور اندازه‌گیری سلامت عمومی ساخته شد و فرم کوتاه آن ۲۸ ماده دارد که دارای ۴ مقیاس و هر مقیاس ۷ ماده است. این مقیاس‌ها شامل مقیاس علائم جسمانی، مقیاس علائم اضطرابی، مقیاس علائم اختلال در کارکرد اجتماعی، مقیاس علائم افسردگی است. تقوی (۱۳۸۰)، پایایی این پرسشنامه را با روش باز آزمون و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۹۰ گزارش نموده است. همچنین، اعتبار این پرسشنامه به روش اعتبار هم‌زمان با پرسشنامه میدلسکس^۳ (MHQ) ضریب همبستگی ۰/۵۵ و ضریب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ در نوسان بوده است (تقوی، ۱۳۸۰). همچنین، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) نقطه برش ۲۱ را برای زنان و نقطه برش ۲۳ را برای مردان با حساسیت ۰/۸۶ و ویژگی ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند.

شیوه اجرا و روش آماری

اطلاعات مربوط به بیماران عروق کرونری از بین افرادی که در بیمارستان شهید مدنی تبریز بعد از آنژیوگرافی توسط متخصص قلب و عروق تشخیص CHD مسجل گردیده و نیز بیمارانی که کاندید عمل ترمیم عروق کرونر بودند به دست آمد و افراد سالم نیز با گروه بیمار هم‌تا شدند. شیوه اجرا به این صورت بود که نخست برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد که برای انجام یک کار پژوهشی انتخاب شده‌اند و شرکت آنها اختیاری است و بعد از کسب رضایت آنها پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و بعد از توضیحاتی در مورد تکمیل پرسشنامه، آزمودنی‌ها بصورت انفرادی، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات، از روش تحلیل واریانس (آنوا) استفاده شد.

1- General Health Questionnaire

2- Goldberg & Williams

3- Questionnaire Middlesex Hospital

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد برای هر یک از گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته یعنی افسردگی، اضطراب، خشم و خصومت و بازداری اجتماعی را که توسط آزمون نئو به دست آمده، در جدول ۱، ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه یافته‌های توصیفی افسردگی، اضطراب، خشم و خصومت و بازداری اجتماعی آزمون نئو

متغیر وابسته		عامل	
جنسیت گروه	میانگین	انحراف استاندارد	
افسردگی	مرد بیمار	۶۰/۸۲	۴/۶۲
	زن بیمار	۶۶/۶۰	۵/۸۲
	مرد سالم	۵۲/۴۵	۵/۷۸
	زن سالم	۵۰/۷۷	۵/۶۸
اضطراب	مرد بیمار	۵۸/۶۷	۴/۶۹
	زن بیمار	۶۲/۹۵	۴/۵۱
	مرد سالم	۴۹/۲۰	۴/۴۹
	زن سالم	۵۳/۶۷	۴/۵۳
خشم و خصومت	مرد بیمار	۶۲/۵۵	۶/۳۳
	زن بیمار	۵۸/۶۰	۵/۴۹
	مرد سالم	۵۴/۴۵	۴/۹۹
	زن سالم	۵۶/۶۵	۵/۶۶
بازداری اجتماعی	مرد بیمار	۵۳/۲۰	۵/۴۲
	زن بیمار	۵۹/۶۲	۵/۷۲
	مرد سالم	۵۵/۳۷	۵/۰۲
	زن سالم	۵۲/۵۰	۵/۰۶

فرضیه اول پژوهش بیان می‌کند که بین مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر و زنان مبتلا به این بیماری از لحاظ تجربه خشم و خصومت تفاوت معنی‌داری دارد. برای بررسی این فرضیه از روش تحلیل واریانس (آنوا) استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۲، مشاهده

می‌شود، این نتایج اثر معناداری عامل گروه‌ها را در دو سطح گروه بیمار و سالم نشان می‌دهند (F مشاهده شده (۳۱/۷۲)، در سطح ($p < / 0.00$) معنادار است). به این صورت که گروه سالم و گروه مبتلا به CHD، از لحاظ تجربه هیجان منفی خشم و خصومت با هم تفاوت معناداری دارند و گروه مبتلا به CHD، خشم بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین بین دو عامل گروه‌ها و جنسیت، اثر متقابلی مشاهده شد به این صورت که بین ابراز خشم و خصومت و بروز CHD در مردان ارتباط مثبت وجود دارد (F مشاهده شده (۵/۴۱)، در سطح ($p < / 0.01$) معنادار است).

جدول ۲- خلاصه تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین خشم و خصومت بین زنان و مردان مبتلا به CHD و افراد سالم

منابع تغییر	تفاوت میانگین	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
گروه	+۵/۰۲*	۱۰۱۰/۰۲	۱	۱۰۱۰/۰۲	۳۱/۷۲	۰/۰۰۱
جنسیت	+۱/۸۸**	۱۴۰/۶۲	۱	۱۴۰/۶۲	۵/۸۹	۰/۰۲۱
اثر متقابل (گروه و جنسیت)	+۶/۳***	۱۷۲/۲۲	۱	۱۷۲/۲۲	۹/۴۷	۰/۰۰۱
خطا	-	۴۹۶۶	۱۵۶	۳۱/۸۳	-	-

(زن سالم - زن بیمار) - (مرد سالم - مرد بیمار): *** (زن - مرد): ** (سالم - بیمار): *

فرضیه دوم پژوهش، مبتنی بر این است که بیماران عروق کرونر در مقایسه با افراد سالم، بازداری اجتماعی بیشتری دارند و در ارتباط با بیماری عروق کرونر و بازداری اجتماعی، عامل جنسیت نقش بسزایی دارد. نتایج مربوط به تحلیل واریانس برای بررسی فرضیه مذکور در جدول ۳ ارائه شده است. همان طور که در جدول مذکور مشاهده می‌شود بین دو گروه بیمار و سالم از لحاظ بازداری اجتماعی تفاوت معنی‌دار وجود دارد (F مشاهده شده (۲۷/۴۱)، در سطح ($p < / 0.01$) معنادار است) و افراد مبتلا به CHD، بازداری اجتماعی بیشتری دارند. همچنین، نتایج نشان داد که بین عامل گروه‌ها و عامل جنسیت، از لحاظ بازداری اجتماعی، اثر متقابل وجود دارد (F مشاهده شده (۷/۹۸) در سطح ($p < / 0.01$) معنادار است). به این صورت که بین بازداری اجتماعی و بروز CHD در زنان، رابطه مثبت وجود دارد.

جدول ۳- خلاصه تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین بازداری اجتماعی بین زنان و مردان مبتلا به CHD و افراد سالم

سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	تفاوت میانگین	منابع تغییر
۰/۰۰۱	۲۷/۴۱	۹۴۷/۲۱	۱	۹۴۷/۲۱	+۴/۹۵ *	گروه
۰/۰۰۱	۶۶/۸۴	۱۱۲/۸۶	۱	۱۱۲/۸۶	-۱/۷۹ **	جنسیت
۰/۰۰۱	۷/۹۸	۱۵۳/۳۷	۱	۱۵۳/۳۷	-۹/۲۹ ***	اثر متقابل (گروه و جنسیت)
-	-	۲۳/۶۵	۱۵۶	۳۶۸۹/۴	-	خطا

(زن سالم - زن بیمار) - (مرد سالم - مرد بیمار): *** (زن - مرد): ** (سالم - بیمار): *

فرضیه سوم پژوهش حاکی از این است که بین سطح افسردگی تجربه شده و بروز بیماری عروق کرونر در زنان ارتباط معنی‌دار و مثبت وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس، برای بررسی فرضیه فوق، در جدول ۴ آمده است و یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که شیوع افسردگی در بین بیماران عروق کرونر در مقایسه با افراد سالم بیشتر است (F مشاهده شده (۱۹۵/۷۱)، در سطح ($p < /0.01$) معنادار است) و بین عامل گروه‌ها و عامل جنسیت از لحاظ شیوع افسردگی، کنش متقابل وجود دارد. به این صورت که بین افسردگی و بروز CHD در زنان، رابطه مثبت وجود دارد.

جدول ۴- خلاصه تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین افسردگی بین زنان و مردان مبتلا به CHD و افراد سالم

سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	تفاوت میانگین	منابع تغییر
۰/۰۰۱	۱۹۵/۷۱	۵۹۲۹/۲۲	۱	۵۹۲۹/۲۲	+۱۲/۱ *	گروه
۰/۰۰۱	۱۲/۲۷	۱۹۶/۴۷	۱	۱۹۶/۴۷	-۲/۰۵ **	جنسیت
۰/۰۰۱	۲۶/۴۷	۵۷۷/۶۰	۱	۵۷۷/۶۰	-۷/۴۶ ***	اثر متقابل (گروه و جنسیت)
-	-	۲۰/۶۳	۱۵۶	۳۳۱۸/۲۸	-	خطا

(زن سالم - زن بیمار) - (مرد سالم - مرد بیمار): *** (زن - مرد): ** (سالم - بیمار): *

فرضیه چهارم پژوهش بیان می‌کند که بین سطح اضطراب و بروز بیماری عروق کرونر رابطه معنی‌داری وجود دارد. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد اضطراب در بیماران عروق کرونر در مقایسه با افراد سالم بیشتر است (F مشاهده شده (۱۴۹/۲۷)، در سطح ($p < 0.01$) معنادار است). ولی بین عامل گروه‌ها و عامل جنسیت کنش متقابل وجود ندارد (F مشاهده شده (۳/۰۴)، در سطح ($p = 0.89$) معنادار نیست). به این صورت که در ارتباط با اضطراب و بروز بیماری عروق کرونر، جنسیت، نقشی را ایفا نمی‌کند.

جدول ۵- خلاصه تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین اضطراب بین زنان و مردان مبتلا به CHD و افراد سالم

منبع تغییر	تفاوت میانگین	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
گروه	+۹/۳۸*	۳۵۱۵/۶۲	۱	۳۵۱۵/۶۲	۱۴۹/۲۷	۰/۰۰۱
جنسیت	-۴/۳۸**	۷۵۶/۶۲	۱	۷۵۶/۶۲	۳۶/۸۶	۰/۰۰۱
اثر متقابل (گروه و جنسیت)	۰/۱۶***	۴۰۲/۱	۱	۴۰۲/۱	۳/۰۴	۰/۸۹
خطا	-	۳۲۳۸/۵۶	۱۵۶	۲۰/۷۶	-	-

(زن سالم - زن بیمار) - (مرد سالم - مرد بیمار):*** (زن - مرد):** (سالم - بیمار):*

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول پژوهش بیان می‌کند که از لحاظ تجربه خشم و خصومت بین مردان مبتلا به عروق کرونر و زنان مبتلا به این بیماری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همان‌طور که در بخش یافته‌ها مشاهده شد، این فرضیه تأیید شد. تأیید این فرضیه با نتایج دنولت و همکارانش (۲۰۰۱) مبنی بر این که بیماران عروق کرونر در مقایسه با افراد سالم خشم بیشتری را تجربه می‌کنند و بین ابراز خشم و خصومت و بروز CHD در مردان ارتباط مثبت وجود دارد، همسو است. این نتایج با یافته‌های فردریکسون^۱ (۲۰۰۴)، اریبان^۲ (۲۰۰۵)، نیز هماهنگ است. آنها در طی پژوهشی نشان دادند که ضمن این که ابراز خشم

1- Fredrikson

2- Erriban

و خصومت در مردان مبتلا به CHD بالا است در عین حال سطوح بالای ابراز خشم و خصومت در مردان بیمار با فشار خون بالا، LDL بالا، رسوب نابهنجار کلسیم در دیواره‌های عروق کرونر و فعالیت بیشتر پلاکت‌های خونی که نقش مهمی در انسداد و عروق کرونر دارند، مرتبط است، اما در زنان مبتلا به CHD، این نتایج دیده شد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت نه تنها تجربه خشم و خصومت، یک عامل خطر ساز برای بروز CHD است، بلکه بین ابراز خشم و خصومت و بروز CHD در مردان، ارتباط وجود دارد.

فرضیه دوم پژوهش، حاکی از آن بود که در ارتباط با بازداری اجتماعی و بروز بیماری کرونر، عامل جنسیت نقش تعدیل کننده‌ای دارد. یافته‌های پژوهش، فرضیه مذکور را تأیید کرد و این یافته‌ها با نتایج دنولت و همکاران (۲۰۰۱)، سیگمن (۲۰۰۰) مبنی بر این که بیماران عروق کرونر در مقایسه با افراد سالم بازداری اجتماعی بیشتری در تعاملات اجتماعی خود دارند، همسو است و همچنین با یافته‌های شاپیرو و همکاران (۲۰۰۳)، هانسن و بری^۱ (۲۰۰۱) مبنی بر وجود ارتباط بین بازداری اجتماعی و بروز CHD در زنان، هماهنگ است. بنابراین، با توجه به یافته‌های پژوهش و تأیید فرضیه اول و دوم می‌توان نتیجه گرفت که مردان مبتلا به CHD، خشم و خصومت خود را به صورت آشکار ابراز می‌کنند و زنان مبتلا به این بیماری، عمدتاً گرایش به سرکوب این هیجان‌های منفی، بالاخص هیجان منفی خشم و خصومت دارند. شاپیرو و همکاران (۲۰۰۳) از این الگو به عنوان عوامل خطر برای ابتلا به CHD یاد کرده‌اند. آنها نشان دادند که ابراز مستقیم خشم در مردان مبتلا به CHD با افزایش فشار خون در ارتباط است و جالب این که همین پدیده یعنی افزایش فشار خون در زنان با سرکوب خشم مرتبط بود. نتایج این پژوهش، همسو با یافته‌های شاپیرو و همکاران (۲۰۰۳)، نشان می‌دهد که تجربه خشم و خصومت برخلاف تصورات رایج فقط یک عامل خطر برای مردان نیست. بلکه به همان اندازه ولی به شکلی متفاوت برای زنان نیز عامل خطر محسوب می‌گردد. دیویدسون و مک‌گریگور^۲ (۱۹۹۶) و سیگمن (۲۰۰۰) نیز نشان داده‌اند که در زنان، شیوه تجربه خشم می‌تواند عامل خطر برای ابتلا به CHD باشد و نه میزان شدت خشم تجربه شده. که این یافته‌ها نیز به نوعی با یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگ بوده و می‌توان نتیجه گرفت که سرکوب خشم در زنان با افزایش فشار خون و در نهایت با انفارکتوس میوکارد در ارتباط است.

1- Hansen & Berry

2- Davidson & Macgregor

فرضیه سوم پژوهش نیز بیان می‌کند که بین سطح افسردگی و بروز بیماری عروق کرونر در زنان ارتباط معنی‌دار و مثبت وجود دارد. با توجه به یافته‌های پژوهش، فرضیه مذکور، مبنی بر این که شیوع افسردگی در بیماران عروق کرونر در مقایسه با افراد سالم بیشتر است، تأیید شد و بین افسردگی و بروز CHD در زنان، ارتباط مثبت وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج کاواچی و همکاران (۲۰۰۰) مبنی بر وجود ارتباط بین افسردگی و بروز CHD همسو است، به علاوه، نیمروف و ایوانز^۱ (۲۰۰۲) در پژوهشی نشان دادند که زنان دچار افسردگی و CHD به صورت هم‌زمان در مقایسه با زنان مبتلا به CHD ولی غیرافسرده در یک پیگیری شش ماهه ۵ برابر بیشتر دچار انفارکتوس میوکارد شدند. لذا براساس یافته‌های فوق و نیز پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که نه تنها افسردگی به عنوان یک عامل خطر برای بروز و تشدید بیماری عروق کرونر است، بلکه بین افسردگی و بیماری عروق کرونر در زنان، رابطه مثبت وجود دارد. ماسلمن و فریلند^۲ (۲۰۰۲) سازوکارهای زیستی مربوط به نقش افسردگی در ابتلای زنان به CHD را نشان دادند، به این صورت که آنها دریافتند که افسردگی در زنان با تجمع پلاکت‌ها و افزایش هورمون‌های استروئید باعث افزایش فشار خون و نیز بالا رفتن خطر انسداد عروق کرونر قلب می‌گردد. ولی این نتایج در مردان مبتلا به CHD دیده نشد.

فرضیه چهارم پژوهش حاکی از آن بود که در ارتباط با سطح اضطراب و بروز بیماری عروق کرونر، عامل جنسیت نقش بسزایی دارد. در این پژوهش، یافته‌هایی در حمایت از بالا بودن سطح اضطراب در بیماران عروق کرونر در مقایسه با افراد سالم به دست آمد، ولی در پژوهش حاضر بین اضطراب و بروز بیماری کرونری قلب در زنان، رابطه‌ای پیدا نشد. این یافته‌ها با یافته‌های متیوس^۳ و همکاران (۲۰۰۱) هماهنگ است. آنها نیز دریافتند که اضطراب قادر به پیش‌بینی CHD در زنان نیست. بنابراین با توجه به این که سطح اضطراب در بیماران عروق کرونر در مقایسه با افراد سالم بیشتر است، ولی نمی‌توان از اضطراب به عنوان یک عامل خطر ساز اختصاصی برای ابتلا به بیماری عروق کرونر در بین زنان یا مردان نام برد.

به طور خلاصه، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که هیجان‌های منفی نقش مهمی در بروز و تشدید و تداوم CHD دارند. همچنین، خشم به عنوان یکی از هیجان‌های

1- Nimroof & Iowans

2- Masselman & Freedland

3- Matthews

منفی عامل خطر ساز برای CHD محسوب می‌شود، به این صورت که بروز خشم به صورت آشکار و مستقیم و با شدت زیاد به عنوان یک عامل خطر ساز برای مردان و همچنین موجب تشدید بیماری در مردان مبتلا به CHD می‌شود. از سویی ابراز خشم به صورت غیرمستقیم و سرکوب شده نیز یک عامل تهدیدکننده سلامت عروق کرونر برای زنان می‌باشد و مقدار و شدت تجربه خشم و خصومت عامل پیش‌بینی‌کننده CHD در زنان نیست. علاوه بر این نتایج پژوهش نشان داد که بین افسردگی و بروز CHD در زنان رابطه مثبت وجود دارد و همچنین موجب تشدید بیماری و انفارکتوس میوکارد در زنان مبتلا به CHD می‌شود. بنابراین با توجه به مطالعات انجام شده و پژوهش حاضر، می‌توان خاطرنشان کرد که عوامل روان‌شناختی و به طور ویژه هیجان‌های منفی، یک همراهی‌کننده معنی‌دار بیماری‌های کرونری قلب می‌باشد و در کنار مداخلات طبی، مداخلات روان‌شناختی ویژه هم برای پیشگیری و هم برای بازتوانی بیماران مبتلا الزامی است.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

از محدودیت‌های پژوهش، گردآوری داده‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس در یکی از بیمارستان‌های دولتی (بیمارستان شهید مدنی تبریز) به دلیل همکاری نکردن برخی از کلینیک‌های خصوصی و سایر مراکز درمانی بود که از توان تعمیم‌دهی نتایج می‌کاهد. بنابراین برای رفع محدودیت یاد شده پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده علاوه بر بیمارستان‌های دولتی از سایر مراکز درمانی برای جمع‌آوری نمونه و گردآوری اطلاعات استفاده شود.

منابع

- بخشی پور، عباس، (۱۳۷۶) بررسی رابطه میان شخصیت تیپ A و استرس تجربه شده با وقوع حمله قلبی. *مجله پژوهش‌های روان‌شناختی*. دوره ۴، شماره ۳ و ۴، زمستان ۱۳۷۶، صص ۱۴ - ۳.
- بیاضی، محمدحسین و رستگاری، یدالله (۱۳۸۴). ارتباط الگوی رفتاری تیپ ۲، سخت‌رویی و استرس با بیماری کرونر قلب. *مجله پژوهش‌های روان‌شناختی*. دوره ۸، شماره ۱ و ۲. صص ۵۸ - ۴۰.
- تقوی، سیدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت (GHQ). *مجله روان‌شناسی*. سال پنجم. شماره ۲. صص ۱۹ - ۱۳.
- حق‌شناس، حسن (۱۳۸۰). هنجاریابی شخصیتی نئو، فرم تجدید نظر شده. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۴، صص ۴۷ - ۳۸.
- دادستان، پریخ. (۱۳۷۹). *تنیدگی یا استرس به عنوان بیماری جدید تمدن*. تهران: انتشارات رشد.
- دژکام، محمود و قربانی، نیما (۱۳۷۴). ارتباط سخت‌رویی، الگوی رفتاری تیپ A و رفتار مستعد بیماری‌های عروقی قلب. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، سال ۱۸، شماره ۳، صص ۴۵ - ۳۵.
- دیویسون، جرالسدس، و جان. نیل. (۱۳۸۳) *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه دکتر مهدی دهستانی. تهران: نشر ویرایش.
- سارافینو، ادوارد، (۱۳۸۴) *روان‌شناسی بالینی سلامت*. ترجمه گروهی از مترجمان؛ زیر نظر دکتر الهه میرزایی. تهران: رشد.
- گروسی فرشی، میرتقی (۱۳۸۰)، *رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت*. تبریز: نشر جامعه پژوه.
- یعقوبی، نورالله، نصر، مهدی و شاه‌محمدی، داوود (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق روستایی شهرستان صومعه سرا. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴. صص ۶۴ - ۵۵.

- American Heart Association, 2002. *Heart and Stroke Statistical Update*, Dallas, TX.
- Barefoot, J. C, Schroll, M, 1996. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a Community Sample, *Circulation*, 93, 1976-1980.
- Carney, R. M, Rich, M, Freeland, k. e, Sinai, j, Teveld, A, Simeone, C. and Clark, k, 1996. Depression predicts Cardiac events in patient with coronary artery disease, *Psychosomatic Medicine*, 50, 627-633.
- Davidson, K, Macgregor, M, 1996. Gender differences in the relation between interview derived hostility Scores and resting blood pressure, *Journal Behavioral Medicine*, 19, 185-201.
- Denollet, J, 2000. Personality and coronary heart disease: the type-D scale-16 (DS16), *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 209-15.
- Denollet, J, Rombouts: H, Sys, S.U, 2001. Negative affectivity and Social inhibition: pervasive influence on Self- reported mood, health and Coronary- prone behavior, *Psychosomatic Medicine*, 53, 538-556.
- Erriban, J, 2005. Hostility as a predictor of Survival in patient with Coronary artery disease, *psychosomatic Medicine*, 60, 629-632.
- Friedman, M, & Rosenman, R. H, 1975. *Type A behavior and your heart*, New York, Knopf.
- Friedman, H, S, & Booth- kewley, S, 1987. Personality and Coronary heart disease: the role of emotional expression, *Journal of Personality and Social psychology* 53, 783-792.
- Fredrikson, M, 2004. Hostility and Sex differences in the magnitude, intensity and expression in patients with Coronary heart disease, *International Journal psychophysiology*, 60, 274-293.
- Goldberg, D, Williams, P, 1988. *A User's Guide to the General Health Questionnaire*, Windsor, NEER-Nelson.
- Hansen, J. S, Berry, D. S, 2001. positive and negative emotion, and Social interaction in patients with coronary heart disease, *Journal of Personality and Social psychology*, 11, 790-809.
- Kawachi, I, Colditz, G, A, and Williams, W. C, 2000. Prospective Study of phobic anxiety and depression risk factor of Coronary heart disease in women, *Circulation*, 89, 1992-1997.
- Kawachi, I, Sparrow, D, Spiro, A, 2003, A prospective Study of anger and Coronary heart disease: The Normative Aging Study, *Circulation*, 94, 2090-2097.
- Marmot, M. G, Jenkins, D, Bosma, H, Hemingway, H, Brunner, E, & Stansfeld, S, 1997. Contribution of job control and there risk factor to social variations in coronary heart disease, *The Lancet*, 350, 235-239.
- Masselman, R, M, Freedland, K. E, 2002. Major depressive disorder predicts Cardiac events in women with Coronary artery disease, *Psychosomatic Medicine*, 50, 627-633.

- Matthews, K. A, Rutledge, T, Reis, S. E, Olson, M, Owens, J, Kelsey, S. F, Pepine, C. J, Reichek, N, Royers, W. J, Spoko, G, & Cornell, C. E, 2001. Psychosocial variables are associated with atherosclerosis risk factors among woman and men with chest pain: the WISE study, *Psychosomatic Medicine*, 63, 282-288.
- McCrae, R. R, and Costa, P. T. Jr, 1989. Rotation to maximize the construct validity of factor in the NEO Personality Inventory, *Multivariate Behavioral Research*, 24, 107-124.
- Myrtek, M, Roberts, L. J, Wieb, D. J, 2001. Met- analyses of prospective Studies on Coronary heart disease, type A personality, and hostility, *International journal Cardiology*, 79, 245-51.
- Nimroof, B, Iowans, T, 2002. Gender difference in depression and anxiety in patient with coronary heart disease, *Health psychology*, 20, 504-525
- Ragland, D. R, & Brand, R. L, 1998. Type A behavior and mortality from Coronary heart disease: A quantitative review, *New England Journal of Medicine*, 318, 65-69.
- Rosengren, A, Tibllin, T, 1998. Depression and Anxiety as predictors of Coronary heart disease, *Psychosomatic Medicine*, 295, 297-299.
- Rozanski, A, Blumenthal, j. A. & Kaplan, J, 1999. Impact of psychological Factors on the pathogenesis of Cardiovascular disease and Implications for therapy, *Circulation*, 99, 2192-2217.
- Siegmán, A. W, 2000. Cardiovascular Consequences of expressing experiencing, and repressing anger in women, *Journal of behavioral Medicine*, 19, 539-569.
- Shapiro, J, Kolodner, K, B, Spiro, A, 2003. Negative affect, gender, and expressive Style predict elevated ambulatory blood pressure, *Journal of behavioral Medicine*, 60, 596-605.
- Shapiro, D, & Goldstein, I. B, 1982. Biobehavioral perspectives on hypertension, *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 50, 841-858.
- Smith, N, Lesperance, F. and Talajic, M, 1995. Negative emotions and coronary heart disease: getting to the heart of the matter (editorial comment), *The lancet*, 347, 141-415.
- Spiro, A, Todao, J, Shen, B.J, Noaura, R, 2003. Effect of negative emotion on Frequency of Coronary heart disease, *American Journal Cordial*. 15, 901-8.