

نام خانوادگی دانشجو: زاهد	نام: فاطمه
عنوان پایان نامه: بررسی ارتباط تیپ شخصیتی D، خستگی، خصومت و احساس وابستگی با وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی	
استاد(اساتید راهنما): دکتر عباس ابوالقاسمی استاد(اساتید مشاور): دکتر محمد نریمانی	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
گرایش: عمومی	دانشگاه محقق اردبیلی
تاریخ فارغ التحصیلی: ۱۳۸۸/۴/۹	تعداد صفحه: ۱۳۴
کلید واژه‌ها: تیپ شخصیتی D، خستگی، خصومت، احساس وابستگی، وضعیت بهداشتی، بیماری کرونر قلبی	
<p>چکیده:</p> <p>شواهد زیادی در مورد اهمیت عوامل روانشناختی در سبب شناسی و تشدید بیماری کرونر قلبی وجود دارد. در این پژوهش ارتباط تیپ شخصیتی D، خستگی، خصومت و احساس وابستگی با وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی بررسی می شود. نمونه این پژوهش شامل ۶۰ بیمار کرونر قلبی زن و مرد است که از میان بیماران مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی حشمت در شهر رشت انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از مقیاس تیپ شخصیتی D، مقیاس خستگی چالدر، مقیاس خصومت، مقیاس احساس وابستگی و پرسشنامه وضعیت بهداشتی استفاده شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که تیپ شخصیتی D (<math>r = -0/62</math>)، خستگی (<math>r = -0/64</math>) و خصومت (<math>r = -0/25</math>)، و احساس پیوستگی (<math>r = 0/22</math>) با وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی رابطه معنی داری دارند (<math>P &lt; 0/01</math>). نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که تیپ شخصیتی D و خستگی بهترین پیش بینی کننده وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی بوده اند.</p>	

# فصل اول:

## مقدمه

## مقدمه :

از ابتدا تاکنون تعامل بین تن و روان مورد توجه دانشمندان بوده است. افکار و هیجان‌های ما می‌توانند کیفیت واکنش‌های بدنی ما را تحت تاثیر قرار دهند. یکی از عوارض پزشکی متاثر از عوامل روان شناختی که از شایع‌ترین علل مرگ و میر زنان و مردان در جوامع صنعتی و در حال توسعه است، بیماری کرونر قلبی<sup>۱</sup> می‌باشد. این بیماری یکی از اشکال بیماری‌های قلبی- عروقی<sup>۲</sup> است که از رسوب چربی در جدار سرخرگ‌های کرونر (سرخرگ‌هایی که به قلب خون رسانی می‌کنند) ایجاد می‌شود (مجلسی، محبی و مجلسی، ۱۳۷۷). در کشور آمریکا بیماری‌های قلبی- عروقی علت ۳۹/۴ مرگ و میر است و در واقع از هر ۲/۵ مرگ یک مورد به علت بیماری قلبی- عروقی است. از هر ۵ مرگ یک مورد در آمریکا به علت بیماری‌های کرونر قلبی است (انجمن قلب آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). در ایران نیز اولین و شایع‌ترین علت مرگ و میر در تمام سنین و در هر دو جنس بیماری‌های قلبی عروقی بخصوص بیماری کرونر قلبی است. از کل ۷۰۰ تا ۸۰۰ مورد مرگ روزانه ۳۱۷ نفر بر اثر بیماری‌های قلبی عروقی می‌میرند و در هر روز، ۲۷۲۶ سال عمر بر اثر بیماری‌های قلبی عروقی به هدر می‌رود (نقوی، ۱۳۸۲).

تحقیقات جدید نقش بالقوه شخصیت را به عنوان تعیین کننده آسفتگی‌های هیجانی و کیفیت زندگی در بیماران کرونر قلبی تاکید می‌کنند. بخصوص تمرکز روی تیپ شخصیتی D<sup>۴</sup> می‌تواند قدرت توضیحی و روشنگری زیادی در این زمینه داشته باشد. شخصیت تیپ D توصیف کننده افرادی است که به طور همزمان تمایل به بیان هیجانات منفی (عاطفه منفی) و بازداری بیان هیجانات خود (بازداری اجتماعی) دارند (دنولت<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). بررسی یافته‌های تجربی بیانگر این است که عاطفه منفی و بازداری اجتماعی بالا در زیر گروه‌هایی از بیماران کرونر قلبی شناسایی شدند که در خطر هیجانات مضر و پیامدهای بد سلامت جسمانی می‌باشند (دنولت، ۲۰۰۰).

یکی از عوامل خطر روان شناختی که توجه قابل ملاحظه‌ای را در تحقیقات مربوط به عوامل خطرزا در بیماری کرونر قلبی به خود جلب کرده است، خستگی<sup>۶</sup> می‌باشد. خستگی یک احساس ذهنی است که به صورت فقدان تحمل گزارش می‌شود. منظور از خستگی یک حالت جسمانی نیست بلکه یک حالت روان شناختی است که با شکایت از خستگی غیر معمول، انرژی کاهش یافته، احساسات پژمردگی مشخص می‌شود یا فرد از تحریک پذیری فزاینده‌ای رنج می‌برد (اپل، هوپنر و مودلر<sup>۷</sup>، ۱۹۸۷؛ اپل و مودلر<sup>۸</sup>،

1 - Coronary heart disease (CHD)

4 - Type-D personality

7 - Appels , Ho'ppener & Mulder

4 - hostility

2 - Cardiovascular

5 - Denollt

2 - Appels & Mulder

5 - Lavie & Milani

3 - American Heart Association

6 - fatigue

3 - pedersen et al

6 - Sence of coherence

۲۰۰۵). خطر مرتبط با خستگی در بیماران دارای نقایص قلبی - عروقی حدود از ۲ تا ۳ برابر تایید شده است و یک عامل خطر موازی با خطرات زیست پزشکی قلبی را فراهم می کند. همچنین در بیماران قلبی، افراد دارای تیپ شخصیتی D سطوح خستگی بالاتری نسبت به بیماران فاقد تیپ شخصیتی D داشتند (پدرسن و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

از دیگر عوامل خطر در بیماری کرونر قلبی، خصومت<sup>۲</sup> می باشد. تمایل به بدبینانه رفتار کردن و مخالفت کردن، بدگمانی و احساس خشم که پیش بینی کننده معنی دار مستقلی برای بیماری کرونر قلبی می باشد و در بهبودی بیماری کرونر قلبی به طور عمده اثر منفی می گذارد (لاوی و میلانی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). بنابراین خصومت در پیش بینی بیماری کرونر قلبی از سهم ویژه ای برخوردار است (پورجوزی، ۱۳۷۴).

از دیگر عوامل روانشناختی مرتبط با بیماری کرونر قلبی، احساس پیوستگی<sup>۴</sup> است. احساس پیوستگی یک تجربه کلی از نگرش فردی به جهان می باشد که شامل قابلیت درک، قابلیت کنترل و معنی داری زندگی می باشد. احساس پیوستگی اثر تعدیل کننده ای بر وضعیت بهداشتی دارد (دراگست و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). احساس پیوستگی با بهزیستی روان شناختی ارتباط قوی دارد و نسبت به سلامت و بهداشت جسمی بسیار تعیین کننده می باشد (اریکسون و لیندستروم<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶) و اثرات محرکات تنش زا را روی سلامتی شخص تعدیل می کند (گانا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲؛ کیوی ماکی، کالیمو و توپینن<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸؛ تورشیم، آئرو و ولد<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱).

مطالعات مختلف حاکی از آنست که وضعیت بهداشتی در بیماران کرونر قلبی به طور جدی کاهش می یابد (سوتورس و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۴). به طور کلی وضعیت بهداشتی به عنوان میزان سلامتی درک شده یا کیفیت سلامتی اثرات فیزیکی یک شخص، کارکردهای اجتماعی و روان شناختی، مطرح می شود (روبنچ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). در مطالعات مختلف بین بیماران دارای تیپ شخصیتی D در مقایسه با بیماران فاقد تیپ شخصیتی D به طور معنی داری وضعیت بهداشتی پایین تری گزارش شده است (پدرسون و همکاران، ۲۰۰۶). در مطالعات آینده نگر درباره نقش تیپ شخصیتی D به عنوان یک پیش بینی کننده وضعیت بهداشتی هشدار داده اند (دنولت، ۲۰۰۵b). لذا در این پژوهش تلاش شده است که ارتباط متغیرهای تیپ شخصیتی D، خستگی، خصومت و احساس پیوستگی با وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی مورد بررسی قرار گیرد.

7 - Drageset

10 - Kivimaki, Kalimo & Toppinen

13- Rubenach

8 - Eriksson & Lindstrom

11 - Torsheim, Aaroe & Wold

9 - Gana

12 - Soto Torres

## بیان مسئله

افکار و هیجان‌های ما می‌توانند کیفیت واکنش‌های بدنی ما را تحت تاثیر قرار دهند. بیماری نیز یکی از واکنش‌های بدنی است و معمولا بیماری‌های جسمانی نظیر زخم‌های معده ای، بیماری کرونر قلبی، سرطان، آسم و غیره به عنوان واکنش‌هایی هستند که می‌توانند به وسیله‌ی افکار متاثر شوند. اما شواهد زیادی نشان می‌دهد که وقوع و بروز یا تشدید چنین بیماری‌هایی تحت تاثیر حالات روان شناختی است؛ چنین اختلالی یک اختلال روان تنی<sup>۲</sup> نامیده می‌شود و به عنوان یک اختلال بدنی تعریف می‌شود که در آن بدن متاثر می‌شود. این حوزه که با این اختلالات سر و کار دارد، در مرز روان شناسی و پزشکی قرار می‌گیرد و روان شناسی تندرستی<sup>۳</sup> یا روان شناسی پزشکی<sup>۴</sup> نامیده می‌شود. اختلالات روان تنی در DSM-IV تحت عنوان "عوامل روان شناختی که عارضه ای پزشکی را تحت تاثیر قرار می‌دهند" آمده است (آزاد، ۱۳۷۴).

یکی از عوارض پزشکی که متاثر از عوامل روان شناختی است و موضوع مطالعه‌ی این پژوهش را تشکیل می‌دهد، بیماری کرونر قلبی است. اکثر تحقیقات، در زمینه‌ی عوامل خطرزای روان شناختی برای بیماری کرونر قلبی و پیچیدگی‌های آن متمرکز بوده است. بیماری کرونر قلبی یکی از اختلالات قلبی عروقی است که تنوع بسیار دارد و به دلیل ضایعه و انسداد شریان‌های کرونر قلب ایجاد می‌شود. در این اختلال، دیواره‌ی یک یا چند شریان کرونر قلب به دلیل ته نشین شدن موادی به نام پلاک (مواد چربی یا فیبری) به طور جزئی یا کلی مسدود می‌شود و رسیدن خون به بخش‌های مختلف قلب به صورت دائم یا موقت دچار توقف می‌شود. گرفتگی شریان‌های قلب شکل‌های مختلفی به خود می‌گیرد که یکی از آنها آنژین صدری<sup>۵</sup> است و علت آن از دست دادن حالت انقباض و انبساط شریان‌های قلب است (آزاد، ۱۳۷۴).

شماری از عادات تندرستی و متغیرهای زیست پزشکی عوامل خطرزای مهم برای بیماری قلبی هستند. حملات قلبی بین افراد مسن تر، مرد و وزن بالا، دارای فشارخون بالا و کلسترول بالا، سیگاری و کسانی که کمتر ورزش می‌کنند، شایع تر است. اما باید توجه داشت که تقریبا در نیمی از افراد که دچار بیماری کرونر قلبی می‌شوند، این عوامل خطرزای ویژه وجود دارند.

در سالهای اخیر برخی از شواهد نشان داده اند که عوامل روان شناختی با ناراحتی قلبی و پیشرفت بیماری‌های قلبی رابطه دارد. یکی از عواملی که نقش تعدیل کننده در رابطه‌ی بین سلامت و استرس

دارد، تیپ شخصیتی D می‌باشد (دنولت، ۲۰۰۳). تیپ شخصیتی D در تعامل با دو مولفه عاطفه منفی و بازداری اجتماعی تعریف می‌شود. عاطفه منفی به تمایل تجربه عواطف منفی در طول زمان و موقعیت‌ها اشاره می‌کند. در صورتیکه بازداری اجتماعی به تمایل برای بازداری از بیان این هیجانات در تعامل اجتماعی اشاره می‌کند. دنولت و همکاران (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که تیپ شخصیتی D مستقل از عوامل دیگر، پیش‌بینی‌کننده‌ی مهمی برای ناراحتی‌های قلبی می‌باشد. در همین راستا خستگی و خصومت ارتباط تنگاتنگی با بیماری‌های قلبی-عروقی دارند و تیپ شخصیتی D اثرات پایدار و مهمی روی آنها دارد (پدرسون و همکاران، ۲۰۰۷).

خستگی از شکایت‌های شایعی است که اغلب در حرفه پزشکی مورد غفلت قرار گرفته است. خستگی یکی از شکایت‌های عمده‌ی بیماران سرطانی، قلبی-عروقی، بیماری‌های عفونی و افسردگی است. خستگی یک احساس ذهنی ضعف، فقدان انرژی و فرسودگی است. احساس خستگی یک تجربه‌ی انسانی متداول است و درجه بندی‌های ذهنی شدت آن در جمعیت عمومی به طور متفاوت بررسی می‌شود. تقریباً ۲۰ درصد افراد خستگی را به عنوان یک مشکل گزارش می‌کنند (لویس و وسلی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲). اگرچه افراد یک علت پزشکی را برای خستگی خود جستجو می‌کنند، اما خستگی یک علامت شایع در بخش مراقبت‌های اولیه‌ی پزشکی است (دیوید و استراوس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲). پدرسون و همکاران (۲۰۰۷) دریافته‌اند که تیپ شخصیتی D اثرات پایداری روی خستگی دارد. خستگی یک عامل خطر واقعی برای بیماری‌های قلبی-عروقی است و خطر مرتبط با خستگی در بیماران دارای نقایص قلبی حدود ۲ تا ۳ برابر می‌باشد. لذا با توجه به نامشخص بودن اثر خستگی بر روی بیماری کرونر قلبی، به نظر می‌رسد که برخی از مشکلات بیماران کرونر قلبی ناشی از این متغیر باشد و می‌تواند منجر به اثر بخشی کمتر آنها در زندگی شود.

خصومت و مواجهه با استرس‌های مزمن بر شدت بیماری کرونر قلب تاثیر دارند. در مطالعه‌ی مانوک و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۸۶) افراد دارای خصومت بالا به طور بالقوه ویژگی‌های روانی-رفتاری را نشان دادند که منجر به آسیب در عروق کرونر قلب آنها می‌شود. به عبارت دیگر، در فردی که دارای سطوح بالایی از اعتماد بدبینانه است، اکثر طول روز را نسبت به دیگران در یک حالت گوش به زنگی سپری می‌کند تا مطمئن شود که دیگران با او بد رفتاری نخواهند کرد. این احتمال وجود داشت که وی موارد متعددی از رفتارهای بد دیگران را تجربه کند و عصبانی شود یا حتی در نتیجه آن رفتارها پرخاشگرانه عمل کند. این گوش به زنگی منجر به ترشح زیاد تستوسترون خواهد شد و خشم موجب افزایش کاته

۱ - Lewis & Wessely

2- David & Straus

3 - Manuck et al

کولامین و کورتیزول می‌شود که این امر به همراه کاهش آنتاگونیسم<sup>۱</sup> پاراسمپاتیکی، تحریک سیستم عصبی سمپاتیک، احتمال آسیب اندوتلیال<sup>۲</sup> (دیواره‌ی عروق) و پیشرفت آتروسکلروز را فراهم می‌کند. وجود این مواد نورواندوکرینی، در ادرار و متابولیت‌های آن در شرایط روزمره در افرادی که مشخصه‌ی خصومت را دارند، این فرضیه را مورد تایید قرار می‌دهد. طبق یافته‌های پژوهشی مختلف، خصومت و عصبانیت با سطح بالای روان نژندی و سطح پایین وظیفه شناسی رابطه دارد و می‌تواند در بروز بیماری کرونر قلبی موثر باشد (اسمیت و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹)

احساس پیوستگی که شامل قابل کنترل بودن، قابل فهم بودن و معنی دار بودن زندگی است می‌تواند باعث تعدیل آشفتگی‌های جسمانی و روان شناختی شود. احساس پیوستگی فرایندهای سالم ماندن را علی رغم استرس تقویت می‌کند (آنتونوسکی، ۱۹۹۳). سه جنبه قابل کنترل، قابل فهم و معنی دار بودن اصطلاحاتی هستند که احساس پیوستگی را تشکیل می‌دهند. قابل کنترل بودن به احساسی اشاره می‌کند که برای زندگی مواجهه با محرکات درونی و بیرونی، منابع کافی در اختیار می‌گذارد. قابل فهم بودن، احساسی است که اطلاعات بیرونی سازمان یافته، مستقیم و ثابت می‌باشند. بالاخره، معنی دار بودن یعنی حسی که سرمایه گذاری هیجانی برای تفاوت در عرصه‌های زندگی، ارزشمند است (سندل، بلومبرگ و لازار<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷) یافته‌های پژوهشی (جولکنن و اهلستروم<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶) بیانگر این است که احساس پیوستگی اثرات خصومت و خشم را در وضعیت بهداشتی بیماران قلبی عروقی تعدیل می‌کند.

در این میان رفتار و وضعیت بهداشتی یک عامل تعدیل کننده از ارتباط بین تیپ شخصیتی D و مشکلات قلبی عروقی است. بیماران دارای تیپ شخصیتی D بیشتر رفتارهای بهداشتی ناسازگارانه نظیر سیگار کشیدن، ورزش نکردن و رژیم غذایی بد دارند. وضعیت بهداشتی شامل بهداشت جسمانی و روانی می‌باشد و اطلاعاتی درباره سبک زندگی بیمار و باورهای وی را مورد ملاحظه قرار می‌دهد.

نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که بیماران دارای تیپ شخصیتی D در مقایسه با سایر بیماران از لحاظ وضعیت بهداشتی بیشتر آسیب می‌بینند (اگواریوس و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). بنابراین با توجه به تأثیری که تیپ شخصیتی D در سبک زندگی، انتخاب‌ها و اعمال و رفتار دارد، می‌تواند به پیش آگهی ضعیف‌تر در بیماران قلبی عروقی منجر شود.

بنابراین پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به سئوالات اساسی زیر می‌باشد:

1 - antagoism

2 - endothelial

3 - Smith et al

4 - Sandell, Blomberg & Lazar

5 - Julkunen & Ahlstrom

6 - Aguarus et al

- آیا تیپ شخصیتی D، خستگی، خصومت و احساس پیوستگی با وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی رابطه دارند؟

- کدامیک از متغیرهای تیپ شخصیتی D، خستگی، خصومت و احساس پیوستگی وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی را پیش بینی می‌کند؟

### اهمیت و ضرورت تحقیق

امروزه انواع بیماریها به علت پدیده تورم اقتصادی جوامع و پیشرفت فن آوری و تراکم جمعیت در مناطق شهری با تغییر شیوه زندگی و گرایش افراد به عادات نامناسب شیوع گسترده ای پیدا نموده اند. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ بیماری‌های قلبی و عروقی، حوادث و سرطان ها، مهم ترین عامل مرگ و میر در جهان بوده اند. ۲/۲۹ درصد از کل مرگ‌ها در سال ۲۰۰۳ مربوط به بیماری‌های قلبی و عروقی بوده است که ۸۰ درصد آن در کشورهای کم درآمد و فقیر اتفاق افتاده است (غضنفری و همکاران، ۱۳۸۳).

امروزه بیماری‌های قلبی، بویژه بیماری کرونری قلب که طیف بالینی آن از ایسکمی خاموش تا آنژین مزمن پایدار، انفارکتوس حاد میو کارد و مرگ ناگهانی قلبی متفاوت است (گریگس و لوسکالزو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴)، و یکی از سه علت اصلی مرگ و میر در کنار سرطان و سکته‌ی مغزی در اکثر کشورهای صنعتی به شمار می‌روند. این بیماریها از عوامل مربوط به رفتارها، عادات و شیوه‌های زندگی افراد تاثیر می‌پذیرد.

در کشورهای شرق مدیترانه و خاورمیانه، از جمله کشور ایران، بیماری‌های قلبی یک مشکل عمده بهداشتی و اجتماعی به شمار می‌رود که ابعاد آن به سرعت در حال افزایش است (متکلم، ۱۳۶۹). در بررسی‌هایی که به صورت پراکنده انجام شده است، نسبت مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی در ایران ۲۵ تا ۴۵ درصد گزارش شده است از کل مرگ و میرهای کشور در سال ۱۳۷۵، ۷۴۵۵۵ مورد مربوط به بیماری کرونری قلب بوده است که این رقم ۳۵/۸۹ درصد کل مرگ و میرها را شامل می‌شود (سعیدی، ۱۳۸۳). علاوه بر مرگ و میر، این بیماری منجر به شیوع قابل توجه ناتوانی و کاهش تولید شده و علت عمده صرف هزینه‌های بهداشتی است (گریگس و لوسکالزو، ۲۰۰۴). از آنجا که سالانه هزینه‌های هنگفتی برای درمان بیماری‌های کرونر قلبی پرداخت می‌شود، پژوهش در این زمینه اهمیت بسیار دارد. عوامل روانی اجتماعی زیادی در رابطه با بیماری کرونر قلبی مطرح شده اند که خطر ابتلا به آن را چه به طور مستقل و چه به صورت ترکیبی افزایش می‌دهند. پژوهش حاضر به بررسی تعدادی از این متغیرها که شامل تیپ



شخصیتی D، خصومت، خستگی و احساس پیوستگی و وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی می‌باشد، پرداخته است.

تحقیقات قلبی نشان دادند که تیپ شخصیتی D عاملی مضر برای قلب است که نه تنها با پیش آگهی بد و وضعیت بهداشتی آسیب دیده ارتباط دارد، بلکه با افزایش سطوح خستگی و خصومت نیز همراه است، بنابراین نشان دادن شاخص هایی از خستگی و خصومت اهمیت دارد زیرا پیامدهای اندازه گیری این نشانه‌ها با پیش آگهی بد و وضعیت بهداشتی نامناسب ارتباط دارد. با توجه به اینکه ایجاد تغییر در تیپ‌های شخصیتی تقریباً دشوار است، می‌توان با مشاهده ارزیابی حالات خلقی نظیر خصومت و خستگی که ناپایدار و دارای نوسان هستند، زمینه‌های ایجاد تغییر در رفتارهای نامناسب را در این بیماران فراهم ساخت. نتایج این تحقیق می‌تواند از نظر مداخلات درمانی حائز اهمیت ویژه باشد. به عبارت دیگر، کمک روان شناسی به درمان و پیشگیری از عوارض پزشکی است که در حال حاضر در مراکز درمانی توجهی به آن نمی‌شود. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند راهگشای تحقیقات دیگر در کشور باشد.

چون مطالعه ای با چنین متغیرهایی بر روی بیماران کرونر قلبی در ایران صورت نگرفته است، انجام این پژوهش از اهمیت زیادی برخوردار خواهد بود. نتایج این پژوهش نیز می‌تواند به مسئولین و برنامه ریزان بهداشتی کشور در زمینه‌ی پیشگیری و درمان کمک نماید. شناسایی دقیق تر تیپ شخصیتی D، خستگی، خصومت از نظر مداخلات درمانی می‌تواند بسیار کمک کننده باشد زیرا در این صورت برنامه‌های درمانی بر این عناصر خاص متمرکز خواهد شد و نتایج درمانی بهتری بدست خواهد آمد.

## اهداف

### هدف کلی

- بررسی ارتباط تیپ شخصیتی D، خستگی، خصومت و احساس پیوستگی با وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی.
- تعیین پیش بین های وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی از طریق متغیرهای تیپ شخصیتی D، خستگی، خصومت و احساس پیوستگی و سهم هر یک از آنها.

### اهداف جزئی

- تعیین رابطه بین تیپ شخصیتی D و وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی.
- تعیین رابطه بین خصومت و وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی .
- تعیین رابطه بین خستگی و وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی.
- تعیین رابطه بین احساس پیوستگی و وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی.
- تعیین رابطه چند متغیری تیپ شخصیتی D، خستگی، خصومت و احساس پیوستگی با وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی.

### سؤال تحقیق

سهم هر یک از متغیرهای تیپ شخصیتی D ، خستگی، خصومت و احساس پیوستگی در پیش بینی وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی چقدر است؟

### فرضیه‌های تحقیق

- ۱- بین تیپ شخصیتی D و وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی رابطه منفی وجود دارد.
- ۲- بین خستگی و وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی رابطه منفی وجود دارد.
- ۳- بین خصومت و وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی رابطه منفی وجود دارد.
- ۴- بین احساس پیوستگی و وضعیت بهداشتی بیماران کرونر قلبی رابطه مثبت وجود دارد.

### تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها:

**بیماری کرونر قلبی:** این بیماری یکی از اشکال بیماری‌های قلبی عروقی است که از رسوب چربی در جدار سرخرگ‌های کرونر (سرخرگ‌هایی که به قلب خون رسانی می‌کنند) ایجاد می‌شود (مجلسی و همکاران، ۱۳۷۷). منظور از بیماران کرونر قلبی در این پژوهش، بیمارانی هستند که توسط پزشک متخصص به عنوان بیمار کرونر قلبی تشخیص داده شده‌اند.

**تیپ شخصیتی D:** تیپ شخصیتی D توسط تعامل دو ویژگی شخصیتی ثابت و کلی تعریف می‌شود که عبارتند از : عاطفه منفی و بازداری اجتماعی. عاطفه منفی به تمایل تجربه عواطف منفی در طول زمان و موقعیت‌ها اشاره می‌کند. در حالیکه بازداری اجتماعی به تمایل برای بازداری از بیان این هیجانات در تعامل اجتماعی اشاره می‌کند (دنولت، ۲۰۰۳). منظور از تیپ شخصیتی D میزان نمره ای است که فرد در مقیاس تیپ شخصیتی D کسب کرده است. مقیاس اندازه گیری این متغیر، فاصله‌ای است.

**خستگی:** خستگی یک احساس ذهنی ضعف، فقدان انرژی و فرسودگی است. علایمی چون نیاز به استراحت کافی، خواب آلودگی، احساس ضعف، کاهش بنیه و توان کار کردن، کاهش قدرت عضلانی، کاهش تمرکز، درگیری فکری، اشتباهات لفظی، مشکل حافظه، عدم علاقه به کارهای روزمره و سخت بودن شروع به کار بیانگر خستگی هستند (شارپ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶). در این مطالعه منظور از خستگی میزان نمره‌ای است که فرد از مقیاس خستگی چالدرو و همکاران (۱۹۹۳) کسب کرده است. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر، فاصله‌ای است.

**خصومت:** خصومت به عنوان یک ویژگی شخصیتی حاکی از داشتن نگرشی نسبتاً ثابت زیان بار و ارزیابی منفی از رویدادها و اشخاص تعریف می‌شود (لئون و میسترز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ به نقل از رافضی، ۱۳۸۳). منظور از خصومت میزان نمره‌ای است که فرد از مقیاس خصومت کوک و مدلی<sup>۳</sup> (۱۹۵۴) کسب کرده است. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر، فاصله‌ای است.

**احساس پیوستگی:** احساس پیوستگی<sup>۴</sup> به عنوان یک حس فراگیر بردباری و تحمل در عین حال پویا، احساسی از اعتماد و اطمینان به اینکه زندگی کنترل پذیر، قابل فهم و معنی دار است، توصیف می‌شود (آنتونوسکی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳). منظور از احساس وابستگی میزان نمره‌ای است که فرد از مقیاس احساس وابستگی کسب کرده است. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر فاصله‌ای است.

**بهداشت:** تعریف سازمان بهداشت جهانی از بهداشت به صورت زیر است: بهداشت، علم و هنر پیشگیری از بیماریها و طولانی کردن عمر و ارتقاء سلامتی به وسیله کوششهای متشکل اجتماعی است (سازمان نظام پزشکی ایران، ۱۳۸۷). به عبارت دیگر، بهداشت یعنی توانایی برای ایفای نقشهای اجتماعی، روانی و جسمی. بهداشت تنها نبود بیماری یا عقب ماندگی نیست (گنجی، ۱۳۷۶).

منظور از وضعیت بهداشتی شامل بهداشت جسمانی و روانی می‌باشد که میزان نمره‌ای است که فرد از پرسشنامه وضعیت بهداشتی بدست می‌آورد و منظور کارکردهای فیزیکی، اجتماعی، سرزندگی، درد بدنی و غیره است. مقیاس اندازه‌گیری این متغیر، فاصله‌ای است.

---

1 - Sharpe

2 - Leon & Meesters

3 - Cook-Medley

4 - sense of coherence

5 - Antonovsky

فصل دوم:

پیشینه‌ی تحقیق

## ادبیات و پیشینه تحقیق

در این بخش به توضیحات و ارائه‌ی پیشینه‌ی تحقیقات مرتبط با بیماریهای کرونر قلبی، تیپ شخصیتی **D**، خستگی، خصومت، احساس پیوستگی و وضعیت بهداشتی می‌پردازیم.

## ساختار و عملکرد قلب

### الف - ساختار قلب

انسان می‌تواند در غیاب بافت مغز زنده به حیات بیولوژیک خود ادامه دهد (مثلا در افراد دچار مرگ مغزی) ولی مرگ قلبی همیشه با مرگ قطعی مساوی است. پس می‌توان گفت قلب مهم‌ترین عضو حیاتی بدن است (انجمن قلب امریکا، ۲۰۰۳).

این عضو مخروطی شکل بصورت کیسه ای عضلانی تقریباً در وسط فضای سینه (کمی متمایل به جلو و طرف چپ) ابتدا در دل اسفنج متراکم و وسیعی مملو از هوا یعنی ریه‌ها پنهان شده و سپس توسط یک قفس استخوانی بسیار سخت اما قابل انعطاف مورد محافظت قرار گرفته است (مجلسی و همکاران، ۱۳۷۷).

وزن قلب در مردان حدود ۳۰۰ گرم و در زنان حدود ۲۵۰ گرم (یعنی حدود ۰/۴ درصد وزن کل بدن) می‌باشد. قلب توسط یک دیواره عضلانی عمودی به دو نیمه راست و چپ تقسیم می‌شود. نیمه راست مربوط به خون سیاهرگی و نیمه چپ مربوط به خون سرخرگی است. هر یک از دو نیمه راست و چپ نیز مجدداً بوسیله یک تیغه عضلانی افقی نازک تر به دو حفره فرعی تقسیم می‌شوند (آکسفورد، ۱۹۸۷).

حفره‌های بالایی که کوچکتر و نازک تر هستند بنام دهلیز موسوم بوده و دریافت کننده خون می‌باشند. حفره‌های پایینی که بزرگتر و ضخیم ترند بطن‌های قلبی هستند و خون دریافتی را به سایر اعضاء بدن پمپ می‌کنند. پس قلب متشکل از چهار حفره است: دو حفره کوچک در بالا (دهلیزهای راست و چپ) و دو حفره بزرگ در پایین (بطن‌های راست و چپ) (مجلسی و همکاران، ۱۳۷۷).

### ب - عملکرد قلب

قلب مانند تلمبه ای خون تازه (خون سرخرگی) را تا دور دست ترین نقاط بدن فرستاده و سپس خون استفاده شده (خون سیاهرگی) را مجدداً جهت پالایش در ریه‌ها و کلیه‌ها به سوی خود باز می‌گرداند. هر نوبت فعالیت قلبی حدود  $0/8$  ثانیه طول می‌کشد و مرکب از دو مرحله انقباض به مدت  $0/27$  ثانیه و استراحت به مدت  $0/54$  ثانیه است. بنابراین در حالت طبیعی در هر دوره فعالیت قلبی، زمان بی حرکتی و استراحت قلب دو برابر زمان انقباض آن است. قوای محرکه یا تلمبه قلب در اصل در طرف چپ (بطن چپ) این عضو قرار گرفته و بطن راست با پمپاژ ضعیف خود، تنها ارتباط قلب و ریه‌ها را جهت تبادل گازی برقرار می‌کند. لذا ضخامت جدار و قدرت انقباضی بطن چپ چند برابر بطن راست بوده و علائم بیماریهای قلبی نیز عمدتاً مربوط به اختلالات موجود در بطن چپ هستند. در بسیاری از آزمایشهای تشخیصی قلب و عروق، از جمله اسکن قلب مطالعه و بررسی بطن چپ، هدف اصلی آزمایش را تشکیل می‌دهد. با هر ضربان قلب حدود  $100$  میلی لیتر خون توسط بطن چپ به طرف اعضاء بدن رانده می‌شود. حجم خون پمپ شده به اعضاء بدن در یک روز بالغ بر  $10/000$  لیتر و در یک عمر متوسط، بیش از  $250$  میلیون لیتر می‌باشد (انجمن قلب آمریکا،  $2003$ ).

### ج- سرخرگهای کرونر قلب

خون رسانی به عضله قلب (که میوکارد نام دارد) توسط سیستم گردش خون کرونر (اکلیلی یا تاجی) تأمین می‌شود. این سیستم از دو سرخرگ اصلی کرونر چپ و کرونر راست و انشعابات آنها تشکیل شده است. مقدار جریان خون سیستم سرخرگی کرونر حدود  $225$  میلی لیتر در دقیقه است. البته در شرایط خاص (فعالیتها و هیجانهای روحی) همراه با بالا رفتن سرعت ضربان قلب و افزایش حجم خون خارج شده از این عضو، جریان خون سرخرگهای کرونر نیز تا حد  $4-6$  برابر افزایش می‌یابد (آکسفورد،  $1987$ ).

### بیماری سرخرگهای کرونر قلب

علت اصلی اغلب بیماری قلبی و مرگ ناگهانی، تصلب شرائین است که به معنی تجمع چربی در جداره‌ی درونی شریان‌های کرونری می‌باشد. این نوع گرفتگی مانع از رسیدن خون به عضله قلب می‌شود که نتیجه آن حمله قلبی و مرگ ناگهانی است (مجلسی و همکاران،  $1377$ ). امروزه بیماری سرخرگهای کرونر قلب، شایعترین عامل مرگ و میر در جهان را تشکیل می‌دهد. لذا باید کوچکترین ناراحتی قلبی را جدی گرفت و قبل از پیشرفته شدن آن، برای تشخیص و درمان بیماری اقدام نمود. حملات قلبی در نزدیک به  $1/3$  موارد بطور ناگهانی و برای نخستین بار، بدون وجود آگاهی

قبلی شخص از بیماری زمینه ای خود اتفاق می افتند. عوامل خطر<sup>۱</sup> بیماری سرخرگهای کرونر قلب عبارتند از :

(۱) افزایش سن، (۲) مرد بودن، (۳) سیگار کشیدن، (۴) داشتن فشار خون بالا، (۵) داشتن کلسترول خون بالا، (۶) فعالیت جسمانی و (۷) عوامل ارثی (روزنهان و سلیگمن<sup>۲</sup>، ترجمه سید محمدی، ۱۳۷۹).

البته بعضی عوامل دیگر نظیر فشارهای روحی- روانی نیز در بروز این بیماریها نقش دارند. مثلاً افراد بسیار پر کار، پر مسئولیت، عجول، عصبی، کسانی که در زمانی کوتاه چندین کار را بطور یکجا و با هم انجام می دهند، افراد بسیار کمال گرا که از خود انتظاراتی به مراتب بالاتر از امکانات و تواناییهای خود دارند بیشتر از سایرین در معرض خطر ابتلا به بیماریهای قلبی قرار دارند.

کنون<sup>۳</sup>، معتقد است که بسیاری از مردم تصور می کنند که قلب دائماً کار می کند، ولی در حقیقت بعد از هر ضربان انقباضی، استراحت معینی برای قلب وجود دارد. وقتی که بطور متوسط در هر دقیقه ۷۰ بار نبض می زند معنایش این است که قلب فقط ۹ ساعت از ۲۴ ساعت را کار کرده و ۱۵ ساعت بقیه را استراحت می کند، مانند قلبمان همیشه قبل از احساس خستگی استراحت کنیم (انجمن قلب امریکا، ۲۰۰۳).

### علائم بالینی بیماری سرخرگهای کرونر (بیماری ایسکمیک قلب)

فرد ناگهان دچار درد قفسه سینه شده و موجی از ترس وجود وی را فرا می گیرد. به اندازه کافی درباره این درد اطلاعات وجود دارد تا آن را خطر ناک بدانیم. درد واقعی قلب که پزشکان به آن آنژین صدری می گویند ویژگیهای خاصی دارد. دردی است در ناحیه وسط سینه که همراه با احساس فشار و گرفتگی توصیف می شود. معمولاً این درد، دردی خنجری و لحظه ای نیست بلکه بتدریج ایجاد شده و کمتر از ۲۰ دقیقه طول می کشد. با فعالیت، تشدید و با استراحت یا با خوردن قرصهای نیتروگلیسیرین تسکین می یابد.

ممکن است گردن، فک پایین، شکم، شانه و بازوها (بخصوص بازوی چپ) تیر بکشد. در آنژین صدری رسوب چربی در درون سرخرگهای کرونر قلب، مجرای آنها را تنگ کرده است. این بیماری که به بیماری تصلب شرایین<sup>۴</sup> معروف است بطور تدریجی از دوران نوجوانی آغاز شده و در اثر کاهش جریان خون عضله قلب، آن بخش از عضله را دچار کمبود اکسیژن و در نتیجه درد می کند. آنژین صدری اصولاً در هنگام

1 - Risk Factor

2 - Rosenhan & Seligman

3 - kannon

4 - Atherosclerosis

فعالیت یا لحظات هیجان روی می‌دهد یعنی در مواقعی که کار قلب افزایش یافته و نیاز آن به خون غنی از اکسیژن بیشتر شده است. سایر عوامل زمینه ساز عبارتند از: مواجه شدن با هوای سرد، پر خوری و خوردن غذاهای سنگین، روابط زناشویی و یبوست.

آنژین صدری در حین فعالیت، یک حالت اورژانس نیست اما یک زنگ خطر است. اگر مجرای داخلی یکی از سرخرگها بسیار باریک شود یا لخته ای خون، آن را کاملا مسدود سازد. در این صورت بخشی از عضله قلب می‌میرد (آنفارکتوس عضلانی<sup>۱</sup>) روی دادن چنین حالتی حمله قلبی نام دارد. درد حاصله شبیه آنژین صدری است اما طولانی تر و شدید تر و اغلب همراه با سرگیجه، حالت تهوع، تنگی نفس و تعریق می‌باشد (انجمن قلب آمریکا، ۲۰۰۳).

### بیماری کرونر قلبی

بیماری کرونر قلبی، یکی از عمده ترین مشکلات سلامتی و علت افزایش مرگ و میر در سراسر جهان می‌باشد (شارما و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). در حدود نیمی از مرگ و میرهای قلبی- عروقی، ناشی از اثر مستقیم بیماری کرونر قلبی است (ریدکر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). بیماری کرونر قلبی، به طور عمده، در سنین بالای ۴۰ سال رخ می‌دهد، با این وجود مردان و زنان جوان نیز گرفتار آن می‌شوند (فورنیر و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶؛ کل و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). درباره نسبت بیماران جوان دارای کرونر قلبی، تفاوت نظر وجود دارد (داگتی و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲؛ چاودهاری و مارش<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹). در مطالعات اخیر ۴ تا ۱۰ درصد بیماران کرونر قلبی، سن کمتر یا مساوی ۴۵-۴۰ سال داشته اند (داگتی و همکاران، ۲۰۰۲؛ زیمرمن و همکاران<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵). بالغین جوان دارای بیماری کرونر قلبی، گروه مهمی برای بررسی از نظر تعدیل عوامل خطرزا و پیشگیری ثانویه هستند، چرا که این گروه قشر فعال جامعه را در بر می‌گیرد.

بیماری‌های قلبی- عروقی اولین علت مرگ و میر زنان و مردان در جوامع شهری صنعتی و در حال توسعه است. در کشور آمریکا بیماری‌های قلبی - عروقی علت ۳۹/۴ درصد مرگ و میر است و در واقع از هر ۲/۵ مرگ، یک مورد به علت بیماری‌های قلبی - عروقی است. احتمال وقوع بیماری‌های کرونر قلبی در طول زندگی پس از ۴۰ سالگی برای مردان ۴۰ درصد و برای زنان ۳۲ درصد است و از هر ۵ مرگ در آمریکا یکی به علت بیماری‌های کرونر قلبی است و در واقع عمده ترین عامل مرگ و میر در این کشور

1 - Myocardial infarction  
5 - Cole et al

2 - Sharma et al  
6 - Doughty et al

3 - Ridker  
7 - Choudhury & Marsh

4 - Fournier et al  
۸ - Zimmerman et al



محسوب می‌شود (انجمن قلب آمریکا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). در ایران نیز اولین و شایع‌ترین علت مرگ و میر در تمام سنین و در هر دو جنس، بیماری‌های قلبی - عروقی به خصوص بیماری‌های کرونر قلبی است و از کل ۷۰۰ تا ۸۰۰ مورد مرگ روزانه، ۳۱۷ نفر به علت بیماری‌های قلبی - عروقی می‌میرند که ۱۶۶ مورد آن به علت سکته قلبی است و در هر روز ۲۷۲۶ سال عمر به علت بیماری‌های قلبی - عروقی به هدر می‌رود (مارموت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲). این بیماری با گسترش وسیع موجب ناتوانی و مرگ و میر بسیار و صرف هزینه‌های زیاد برای مراقبت و درمان می‌شود، به طوریکه هزینه مراقبت از بیماران کرونر قلبی در آمریکا سالانه ۱۲۹/۹ بیلیون دلار است (انجمن قلب آمریکا، ۲۰۰۳). در ایران هزینه‌های مستقیم (بستری و درمان) و غیر مستقیم (غیبت از کار و عدم اشتغال) ناشی از بیماری‌های کرونر قلبی ۲۶/۷۷ میلیارد دلار برآورد شده است (لاریجانی و همکاران، ۲۰۰۳).

تظاهرات بالینی بیماری کرونر قلبی شامل مرگ ناگهانی، آنژین صدری پایدار و ناپایدار، انفارکتوس حاد میوکارد و نارسایی احتقانی قلب هستند. انفارکتوس میوکارد، یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در بیماران بستری در بخش‌های قلب و عروق است. از جمله عوامل خطر ساز و دخیل در بیماری کرونر قلبی موارد زیر را می‌توان نام برد:

- فشار خون بالا: از عوامل خطر ساز بیماری کرونر قلبی مخصوصاً در افراد بالای ۶۵ سال به شمار می‌رود.
  - چربیها: عمدتاً شامل کلسترول، تری گلیسرید و فسفولیپید بوده و به صورت لیپوپروتئین در بدن به گردش در می‌آیند، به ویژه نقش لیپوپروتئین‌های حاوی کلسترول بیشتر در ایجاد بیماری‌های کرونر قلبی مورد توجه می‌باشد.
  - مصرف تنباکو: دود و تنباکو یکی دیگر از ریسک فاکتورهای اصلی بیماری‌های کرونر قلبی است، به طوری که خطر مرگ و میر در افراد سیگاری (یک پاکت در روز) تا ۷۰ درصد بیشتر و خطر بیماری کرونر قلبی حدود سه تا پنج برابر افراد غیر سیگاری است.
  - دیابت شیرین: میزان مرگ و میر حاصل از بیماری‌های عروق قلبی در مردان دیابتیک ۲-۳ برابر و در زنان دیابتیک ۳-۷ برابر بیش از افراد جامعه و غیر دیابتیک‌ها می‌باشد.
  - چاقی: ارتباط نزدیکی بین چاقی با ریسک فاکتورهای مهم نظیر هیپرتانسیون، افزایش چربی و دیابت وجود دارد.
- از سایر فاکتورهای خطر ساز می‌توان سابقه مثبت خانوادگی، عدم فعالیت فیزیکی، استرس، تیپ شخصیتی، جنس، یائسگی و غیره را نام برد (باسوک و همکاران، ۲۰۰۴).

مهم‌ترین عوامل خطر ثابت شده بیماری‌های کرونر قلبی عبارتند از: کلسترول خون بالا (کلسترول تام و غلظت بالای مواد پروتئینی<sup>۱</sup>)، فشار خون بالا، مصرف سیگار، دیابت و عادت‌های غذایی نامناسب (گراندی<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). اگرچه عوامل خطر بیماری کرونر قلبی به عنوان علل اصلی ایجاد بیماری‌های کرونر تشخیص داده شده‌اند، اما بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که کلسترول بالا در بسیاری از افراد مبتلا به بیماری کرونر قلبی وجود ندارد و بیماری‌های کرونر قلبی در اغلب موارد (بیش از ۵۰ درصد) در غیاب همه عوامل خطر عمده اتفاق می‌افتد (لفکویتز و ویلسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱؛ موسکا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲؛ ریدکر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲؛ مگنوز و بیگل هال<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱). مصرف سیگار، به عنوان یک عامل خطرزا، نقش اساسی در آترواسکلروز زودرس، به ویژه در کشورهای آسیای جنوبی دارد (انجمن قلب آمریکا، ۲۰۰۳؛ موسکا، ۲۰۰۲؛ ریدکر، ۲۰۰۲). سیگار کشیدن، علاوه بر تسریع آترواسکلروز، اکسیداسیون کلسترول را افزایش می‌دهد و به وازودیلاتاسیون وابسته به اندوتلیوم عروق کرونر، صدمه می‌زند (مگنوز و بیگل هال، ۲۰۰۱). مصرف سیگار در حال حاضر باعث ۴/۹ میلیون مرگ و میر سالانه می‌شود (۸/۸٪ کل مرگ و میرها). مرگ و میر وابسته به سیگار نسبت به سال ۱۹۹۰ یک میلیون افزایش داشته، که عمده این افزایش در کشورهای در حال توسعه بوده است. اگر الگوی فعلی مصرف سیگار ادامه پیدا کند، تا سال ۲۰۲۰، کل بیماری‌های قابل نسبت به مصرف سیگار به ۹ میلیون مرگ و میر سالانه می‌رسد که ۷ میلیون آن در کشورهای در حال توسعه خواهد بود (راس<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۸۲).

عامل خطرزای مهم دیگر برای بیماری کرونر قلبی، فشارخون بالا می‌باشد، فشار خون بالا زمینه را برای آسیب عروق و تسریع آترواسکلروز مستعد می‌سازد (فخرزاده همکاران، ۱۳۸۱). در سراسر جهان در حدود ۴۹ درصد بیماری‌های ایسکمیک قلب، قابل نسبت به کنترل نامتناسب فشار خون است و تصور می‌شود که این عامل در بیش از ۷ میلیون مرگ و میر سالانه دخیل باشد (فخرزاده و همکاران، ۱۳۷۷).

به طور کلی عوامل خطر متفاوتی برای این بیماری مطرح است که از آن میان عوامل فشارزای روان شناختی نقش مهمی در ایجاد و یا تشدید و استمرار این اختلالات دارند و در یک مطالعه عوامل روان شناختی سومین علت انفارکتوس میوکارد بوده است. نظام روان شناختی بر تاثیر عوامل روان پویایی انگیزش و شخصیت بر تجربه واکنش به بیماری تاکید می‌ورزد (مکینز، ۲۰۰۵؛ به نقل از عبداللهیان، ۱۳۸۵). در واقع بیماری‌های روان تنی یا بیماری‌های ناشی از استرس ممکن است در تمام دستگاه‌ها بروز کنند (فاوکی و همکاران، ۱۹۹۸). در پاسخ یک استرس روحی علاوه بر افزایش مقدار نوراپی نفرین و اپی

1 - low density lipoprotein  
5 - Ridker

2 - Grundy

6 - Magnus & Beaglehole

3 - Lefkowitz & Willerson

7 - Rose

4 - Mosca

نفرین مقدار کورتیزول خون بالا می‌رود. بالاترین اثر نوراپی نفرین در افزایش ضربان قلب و بالا بردن فشار خون به چشم می‌خورد. اپی نفرین نیز بالاترین اثر را در آزادسازی قند ذخیره شده به عهده دارد. عمل کورتیزول آماده سازی بدن برای انجام یک فعالیت فیزیکی می‌باشد اما متأسفانه یکی دیگر از اعمال کورتیزول تخریب بافت‌های نرم سالم بدن و تبدیل آنها به قند برای ایجاد یک منبع انرژی اضافی است (دانوک و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از عبداللهیان، ۱۳۸۵). ارتباط پاسخ‌های روحی با افزایش ترشح این هورمون‌ها دانشمندان را به این ادعا واداشته است تا معتقد باشند که چگونه انسان‌های پیروزمند ما قبل تاریخ، امروز قصد جان خود را کرده و خود را شکار می‌کنند. حوادث زندگی تاثیر فراوانی روی استعداد ابتلا به بیماری دارند. حوادث تغییر دهنده زندگی حوادثی است که در طی یک تا دو سال قبل از بروز بیماری ایجاد شده اند. به طور کلی رتبه بندی حوادث استرس زا در ایران مشابه با کشورهای اروپایی- امریکایی است (آزاد، ۱۳۷۶). در مطالعه ای که توسط عبداللهیان و همکاران (۱۳۸۵) انجام شد، نشان داد که شیوه‌های برخورد با استرس و سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند در کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های کرونر قلبی نقش مهمی ایفا کند.

### مکانیزم‌های زیست شناختی بیماری کرونر قلبی

با وجود پیشرفت‌های فراوان، فهم نهایی از سبب شناسی و آسیب زایی بیماری کرونر قلبی هنوز قابل حصول نیست. در حال حاضر، وسیع ترین فرضیه ی قابل قبول اینست که آغاز و پیشروی بیماری کرونر قلبی، آسیب ناشی از انسداد عروق بوسیله ی عوامل مختلفی تعیین می‌شوند که به صدمه دیدن دیواره ی رگ اندوتلیوم<sup>۱</sup> کمک می‌کند (روس و گلومنت، ۱۹۷۶). بدینسان ویژگی‌های روانی رفتاری و خصوصیات زیست شناختی، بویژه پاسخ‌های زیست شناختی بر کشمکش‌های رفتاری اثر دارند و به فرایندهای همراه با آسیب اندوتلیال کمک می‌کند (شرویتز<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۰).

تحقیقاتی که روی افراد تیپ A انجام شده است نشان می‌دهند زمانیکه افراد تیپ A در شرایط اذیت و آزار مورد بررسی قرار می‌گیرند یا اینکه از آنها خواسته می‌شود در زمان کوتاهی کاری را انجام دهند، به طور معنی داری پاسخهای قلبی - عروقی و کته کولامین پلاسمای بیشتری نسبت به افراد تیپ B نشان می‌دهند (هوستون<sup>۳</sup>، ۱۹۸۶). در مطالعه ای که ویلیامز و همکاران (۱۹۸۲) انجام دادند، در طی عملکرد یک کار ذهنی ریاضی مردان تیپ A جوان نسبت به افراد تیپ B، اتساع (انبساط) عروق ماهیچه ای بیشتر و افزایش بیشتری در نوراپی نفرین، اپی نفرین و کورتیزول نشان داده اند. در عوض، در طی

1 - endothelium

2 - Scherwitz

3 - Houston

عملکرد یک کار فریب آمیز حسی، تفاوت‌هایی در نورایی نفرین<sup>۱</sup>، اپی نفرین<sup>۲</sup> و کورتیزول<sup>۳</sup> وجود نداشت، اما افراد تیپ A افزایش معنی داری را در سطوح تستسترون نشان دادند. یک مطالعه متعاقب در آزمایشگاه پاسخ تستسترون بالاتر را در بین افراد تیپ A در طی یک عمل فریب آمیز حسی تکرار کرده است (ویلیام، بیرفوت، هوستون، اشنایدر، ۱۹۸۸).

نقش بالقوه‌ی افزایش طولانی کورتیکوستروئیدها نیز از اهمیت بالقوه‌ای برخوردار است. روزمی (۱۹۸۳) شواهدی را برای اثرات گلوکوکورتیکوئیدها در زیر عنوان کرده است: افزایش چربی خون، انسداد عروق، تعداد زیاد سلولهای مرده یا آسیب دیده اندوتلیوم عروقی.

در مطالعه‌ای از پرسنل نیروی هوایی که تحت آنژیوگرافی کرونری بودند، میزان زیاد کورتیزول پلاسما در طول یک روش استرس‌زای آزمایشگاه پزشکی، با بیماری کرونر قلبی شدیدتر همراه بوده است (هوستون و همکاران، ۱۹۸۸). کورتیکوستروئیدها اثرات مختلفی دارند که می‌توانند برای این روابط در نظر گرفته شوند. کورتیزول، فعالیت آنزیم‌های ترکیب کننده ی کته کولامینها را در آدرنال داخلی یا در آدرنال مدولا که به فعالیت زیست شناختی کته کولامینها منتهی می‌شود، افزایش می‌دهد (هوستون و همکاران، ۱۹۸۸). همچنین نشان داده شده است که کورتیکوستروئیدها در انسان پاسخهای عروقی با میانجی آلفا - آدرنرژیک را برای کته کولامینها نیرومند می‌سازند و تراکم گیرنده بتا آدرنرژیک را بر لوکوسیت‌های گلبولهای سفید خون افزایش می‌دهند (هوستون و همکاران، ۱۹۸۸).

در یک مطالعه نشان داده شده که میمونهای تحت تزریق خارجی کورتیزول و یک رژیم آسیب زای عروقی، دچار انسداد عروق بیشتری از میمونهای تحت رژیم غذایی به تنهایی، شدند (اسپراگ، تراکسر، پترسون، اشمیت و یانگ، ۱۹۸۰).

دیگر کاندیدای خوب برای مداخله در فرایندهای آسیب‌زای عروقی بیش پاسخدهی تستسترون در افراد تیپ A به ویژه در افراد دارای نمرات خصومت بالا در طی رفتار فریب آمیز حسی است. افزایش تستسترون ممکن است در بین افراد تیپ A آزمایشگاه موجود باشد، این امر توسط زوموف و همکاران (۱۹۸۴) نشان داده شد. آنها عنوان کردند که افراد تیپ A نسبت به افراد تیپ B، تستسترون گلوکوکوروناید<sup>۴</sup> بیشتری را در ادرار در طی ساعات کاری روزمره ترشح می‌کنند. انطباق‌های شناخته شده‌ای بین افزایش در میزان تستسترون در حین بلوغ و نقش آن در آسیب زایی عروقی وجود دارد (زوموف و همکاران، ۱۹۸۴).

---

1 - norepinephrin

2 - epineprin

3 - cortisol

4 -Testesteron glucornide