



دانشکده علوم انسانی  
گروه روانشناسی

پایان نامه

جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی - خانواده درمانی

عنوان:

**مقایسه کیفیت روابط، عملکرد جنسی و شخصیت نوع D در بیماران  
قلبی عروقی با افراد عادی**

نگارش:

مریم ایزانلو

استاد راهنما:

دکتر رسول روشن

استاد مشاور:

دکتر علیرضا مهدویان

بهمن ۱۳۹۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقدیم به پدر و مادر عزیزم

به پاس تمام زحماتشان و نگرانی هایشان

و به پاس عاطفه سرشار و گرمای امیدبخش وجودشان

که اگر نبودند هیچ بودم.....

با سپاس از ایزد متعال

و تقدیر و تشکر از زحمات بی دریغ و همراهی های پدرانۀ استاد عزیز جناب آقای دکتر رسول روشن که با راهنمایی های ارزشمند شان سهم بزرگی در انجام هرچه بیشتر این پژوهش داشتند.

همچنین استاد گرامی جناب آقای دکتر علیرضا مهدویان جهت همکاری صادقانه به منظور غنای بیشتر پژوهش، صمیمانه سپاسگزارم

از کلیه بیمارانی که بدون هرگونه چشمداشتی تجارب ارزنده خود را در اختیار ما قرار دادند و پرسنل زحمت کش بیمارستان بوعلی تهران بخصوص آقای دکتر محمد درویشوند که نهایت همکاری را برای اجرای این پژوهش داشتند صمیمانه قدردانی می شود.

## چکیده:

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت روابط، عملکرد جنسی و شخصیت نوع D در بیماران قلبی عروقی با افراد عادی می باشد.

**روش:** در یک بررسی علی-مقایسه ای در مرحله نخست ۱۵۰ بیمار قلبی عروقی که بطور مساوی از هر دو جنس به شیوه در دسترس از بیمارستان بوعلی تهران به عنوان نمونه انتخاب و در مرحله بعد ۱۵۰ فرد عادی (سالم) که سابقه بیماری قلبی نداشتند با گروه نمونه از لحاظ سن و جنس همتا سازی شده و انتخاب شدند. پس از کسب اجازه از آزمودنی ها، پرسشنامه کیفیت روابط، پرسشنامه عملکرد جنسی (نسخه زنان و مردان)، شخصیت نوع D دنولت را تکمیل نمودند. برای تحلیل داده ها، از شاخص های مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی واریانس چند متغیره و تک متغیره، رگرسیون استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی بیماران قلبی کمتر از افراد عادی است همچنین گروه بیماران قلبی از حمایت اجتماعی و عمق روابط پایین تر و از تعارض روابط بالاتری نسبت به جمعیت عادی برخوردارند و همچنین از عملکرد جنسی پایین تری نسبت به جمعیت عادی برخوردارند. افراد دارای بیماری قلبی عروقی از سنخ شخصیت D بیشتری در مقایسه با افراد عادی برخوردارند. هر سه فرضیه ما مورد تایید قرار گرفت.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به یافته های این پژوهش بیماری قلبی عروقی، به عنوان عاملی برای اختلال در عملکرد خانوادگی، کیفیت روابط اجتماعی و عملکرد جنسی شناخته می شود و شخصیت نوع D تا حدودی می تواند پیش بینی کننده ای برای ابتلا به این بیماری در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی: کیفیت روابط، عملکرد جنسی، شخصیت نوع D، بیماری قلبی عروقی

## فصل اول - گستره مسئله پژوهش

۱-۱- مقدمه.....	۲
۲-۱- بیان مسأله.....	۴
۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۱۰
۴-۱- اهداف پژوهش.....	۱۲
۱-۴-۱- هدف کلی.....	۱۲
۲-۴-۱- اهداف فرعی پژوهش.....	۱۲
۵-۱- فرضیه های پژوهش.....	۱۲
۶-۱- تعاریف مفهومی.....	۱۳
۱-۶-۱- کیفیت روابط.....	۱۳
۲-۶-۱- عملکرد جنسی.....	۱۳
۳-۶-۱- سنخ شخصیت D.....	۱۳
۴-۶-۱- بیماران قلبی عروقی.....	۱۳
۷-۱- افراد عادی.....	۱۴
۷-۱- تعاریف عملیاتی.....	۱۴
۱-۷-۱- کیفیت روابط.....	۱۴
۲-۷-۱- عملکرد جنسی.....	۱۴
۳-۷-۱- سنخ شخصیت D.....	۱۴
۴-۷-۱- بیماران قلبی عروقی.....	۱۴
۵-۷-۱- افراد عادی.....	۱۴

## فصل دوم - مروری بر یافته های نظری و پژوهشی در قلمرو مسئله پژوهش

- ۱-۲- بیماری مزمن..... ۱۶
- ۲-۲- قلب و جریان خون..... ۱۷
- ۱-۲-۲- شریانهای اصلی گردش خون..... ۱۹
- ۲-۲-۲- شریانهای کرونری..... ۱۹
- ۳-۲-۲- بیماریهای قلبی..... ۲۱
- ۱-۳-۲-۲- تصلب شرایین..... ۲۱
- ۲-۳-۲-۲- آترواسکلروز..... ۲۲
- ۴-۲-۲- بیماری های عروق کرونر..... ۲۴
- ۱-۴-۲-۲- آنژین پایدار..... ۲۴
- ۲-۴-۲-۲- سندرم کرونری حاد..... ۲۴
- ۳-۴-۲-۲- آنژین ناپایدار..... ۲۴
- ۴-۴-۲-۲- انفارکتوس میوکارد (MI)..... ۲۴
- ۵-۲-۲- دیگر بیماریهای عروقی..... ۲۵
- ۳-۲-۲- عوامل خطر غیر قابل تغییر..... ۲۶
- ۱-۳-۲- افزایش سن..... ۲۶
- ۲-۳-۲- جنسیت (مرد بودن)..... ۲۶
- ۳-۳-۲- توارث ( از جمله نژاد)..... ۲۷
- ۴-۳-۲- تاریخچه خانوادگی..... ۲۷
- ۴-۲-۲- عوامل خطر قابل تعدیل..... ۲۸
- ۱-۴-۲- مصرف دخانیات..... ۲۸
- ۲-۴-۲- بالا بودن کلسترول خون..... ۲۸
- ۳-۴-۲- پرفشاری خون..... ۲۸
- ۴-۴-۲- کم تحرکی..... ۲۸
- ۵-۴-۲- چاقی و اضافه وزن..... ۲۹
- ۶-۴-۲- دیابت..... ۲۹
- ۵-۲-۲- دیگر عوامل خطر..... ۲۹
- ۶-۲-۲- درمان بیماریهای قلبی..... ۳۰
- ۱-۶-۲- جراحی قلب..... ۳۰



۳۰	۷-۲- عوامل روانشناختی موثر بر کارکرد قلب
۳۱	۱-۷-۲- کیفیت روابط خانوادگی
۳۶	۲-۷-۲- کیفیت روابط اجتماعی
۳۹	۳-۷-۲- عملکرد جنسی
۴۲	۴-۷-۲- شخصیت
۴۳	۱-۴-۷-۲- شخصیت نوع D
۴۷	۸-۲- یافته های پژوهشی در ایران
۴۸	۹-۲- یافته های پژوهشی در خارج از ایران
۵۴	۱۰-۲- خلاصه و جمع بندی

### فصل سوم - گستره روش شناختی

۵۵	۱-۳- طرح پژوهش
۵۵	۲-۳- جامعه آماری
۵۵	۳-۳- روش نمونه گیری
۵۶	۴-۳- ابزار اندازه گیری
۵۶	۱-۴-۳- پرسشنامه مقیاس کیفیت روابط
۵۷	۲-۴-۳- پرسشنامه سنجش عملکرد جنسی ( IIEF )
۵۹	۳-۴-۳- پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)
۶۰	۴-۴-۳- پرسشنامه DS14
۶۱	۵-۳- شیوه اجرای طرح
۶۲	۶-۳- معیارهای ورود و خروج در پژوهش
۶۲	۱-۶-۳- معیارهای ورود در پژوهش گروه نمونه
۶۲	۲-۶-۳- شرایط خروج از مطالعه
۶۲	۳-۶-۳- معیارهای ورود در پژوهش گروه گواه
۶۳	۴-۶-۳- شرایط خروج از مطالعه
۶۳	۷-۳- روش تجزیه و تحلیل داده ها

### فصل چهارم - یافته های پژوهش

- ۴-۱- یافته های توصیفی مربوط به فرضیه های پژوهش ..... ۶۵
- ۴-۲- آزمون فرضیه ها ..... ۶۹

### فصل پنجم - بحث و نتیجه گیری

- ۵-۱- مروری بر مهم ترین یافته های پژوهش ..... ۸۴
- ۵-۱-۱- فرضیه اول ..... ۸۵
- ۵-۱-۲- فرضیه دوم ..... ۹۰
- ۵-۱-۳- فرضیه سوم ..... ۹۴
- ۵-۱-۴- فرضیه چهارم ..... ۹۵
- ۵-۲- نتیجه گیری ..... ۹۷
- ۵-۳- محدودیتهای تحقیق ..... ۹۸
- ۵-۴- پیشنهادهای پژوهشی ..... ۹۹
- منابع فارسی ..... ۱۰۲
- منابع انگلیسی ..... ۱۰۴
- پیوست ..... ۱۱۸

## فهرست جداول

- جدول ۳-۱- شماره‌ی سوال‌های پرسشنامه‌ی کیفیت روابط..... ۵۶
- جدول ۳-۲- شماره‌ی سوال‌های پرسشنامه IIEF ..... ۵۸
- جدول ۳-۳- شماره‌ی سوال‌های پرسشنامه FSFI..... ۵۹
- جدول ۳-۴- شماره‌ی سوال‌های پرسشنامه‌ی DS14..... ۶۱
- 
- جدول ۴-۱- فراوانی و درصد فراوانی افراد نمونه به تفکیک سالم و بیمار بودن... ۶۵
- جدول ۴-۲- فراوانی و درصد آزمودنی‌ها بر اساس تحصیلات به تفکیک جنسیت ۶۶
- جدول ۴-۳- فراوانی و درصد آزمودنی‌ها بر اساس سن به تفکیک جنسیت..... ۶۷
- جدول ۴-۴- شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک وضعیت سلامت ..... ۶۸
- جدول ۴-۵- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مربوط به ابعاد پرسشنامه کیفیت روابط بر اساس وضعیت سلامت در دو گروه سالم و بیمار قلبی ..... ۷۰
- جدول ۴-۶- نتایج تحلیل واریانس تک متغیره مربوط به ابعاد پرسشنامه کیفیت روابط بر اساس وضعیت سلامت در دو گروه سالم و بیمار قلبی..... ۷۰
- جدول ۴-۷- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مربوط به ابعاد پرسشنامه عملکرد جنسی مردان بر اساس وضعیت سلامت در دو گروه سالم و بیمار قلبی ..... ۷۲
- جدول ۴-۸- نتایج تحلیل واریانس تک متغیره مربوط به ابعاد پرسشنامه عملکرد جنسی مردان بر اساس وضعیت سلامت در دو گروه سالم و بیمار قلبی ..... ۷۲
- 
- جدول ۴-۹: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مربوط به ابعاد پرسشنامه عملکرد جنسی زنان بر اساس وضعیت سلامت در دو گروه سالم و بیمار قلبی ..... ۷۳
- جدول ۴-۱۰: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مربوط به ابعاد پرسشنامه عملکرد جنسی زنان بر اساس وضعیت سلامت در دو گروه سالم و بیمار قلبی ..... ۷۴
- 
- جدول ۴-۱۱: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مربوط به ابعاد پرسشنامه شخصیت (DS14) بر اساس وضعیت سلامت در دو گروه سالم و بیمار قلبی ..... ۷۵
- جدول ۴-۱۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مربوط به ابعاد پرسشنامه شخصیت (DS14) بر اساس وضعیت سلامت در دو گروه سالم و بیمار قلبی ..... ۷۶

جدول ۴-۱۳: تحلیل واریانس مربوط به رگرسیون سنخ شخصیتی D و کیفیت روابط در کل آزمودنی ها.....	۷۷
جدول ۴-۱۴: مشخصه های آماری رگرسیون سنخ شخصیتی D و کیفیت روابط در کل آزمودنی ها.....	۷۸
جدول ۴-۱۵: تحلیل واریانس مربوط به رگرسیون سنخ شخصیتی D و عملکرد جنسی در آزمودنی ها مرد.....	۷۹
جدول ۴-۱۶: مشخصه های آماری رگرسیون سنخ شخصیتی D و عملکرد جنسی در آزمودنی های مرد.....	۸۰
جدول ۴-۱۷: تحلیل واریانس مربوط به رگرسیون سنخ شخصیتی D و عملکرد جنسی در آزمودنی ها زن.....	۸۱
جدول ۴-۱۸: مشخصه های آماری رگرسیون سنخ شخصیتی D و عملکرد جنسی در آزمودنی های زن.....	۸۲

## **فصل اول**

### **گستره مسئله پژوهش**

ارتباط میان تن و روان از زمانهای دور و به بیان دیگر از ۱۰۰۰ سال پیش از میلاد مسیح مورد توجه و تأکید بوده است. عوامل مختلف زیستی از جمله میزان غیر طبیعی چربی های خاصی در خون، بالا رفتن سطح کلسترول بد یا پایین آمدن تراکم لیپوپروتین کلسترول، پایین رفتن سطح کلسترول یا بالا آمدن لیپوپروتین کلسترول، افزایش فشار خون، مصرف سیگار، فقدان فعالیت بدنی یا ورزش، داشتن اضافه وزن یا چاقی، افزایش سن، سابقه خانوادگی برای بیماری کرونر قلب زودرس افراد را مستعد ابتلا به بیماری قلبی می کنند. (اسچرودر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵) لکن پژوهشهای متعدد نشان داده اند که عوامل فوق به تنهایی نقش تعیین کننده در بروز این بیماری ها ندارند، بلکه عوامل روانشناختی و عامل های شخصیتی نیز تاثیر عمده ای در ابتلای افراد به این بیماری ایفا می کنند. (روزنسکی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

همچنین ویژگی های شخصیتی نقش مهمی در کاهش یا افزایش اثرات منفی استرس بر عملکرد قلب و عروق دارند. در سال ۱۹۳۰ وجود اختلالی به نام هیستری تبدیلی پژوهشگران را بر آن داشت تا رابطه میان مسائل عاطفی و وضعیت جسمانی را مورد بررسی قرار دهند بدین ترتیب رشته ای به نام پزشکی روان تنی بوجود آمد. از آنجا که این بیماری روان تنی محسوب می شود در بررسی عوامل موثر در پیدایش آن باید به ترکیبی از عوامل زیستی و روانی توجه داشت.

شواهد معاصری که بیماری قلبی را با متغیرهای روان شناختی مرتبط می سازند برگرفته از پژوهش هایی هستند که نخستین بار دو متخصص قلب به نامهای مایر فریدمن<sup>۳</sup> و ری روزنمن<sup>۴</sup> در ۱۹۷۵ انجام دادند.

---

1- Schroder, KE.

2-Rozanski, A.

3-Friedman, HS.

4- Rosenman, R.

در سال ۱۹۷۵ آنها یک الگوی رفتاری مستعد بیماری شریانی اکلیلی شناسایی کردند که آن را الگوی رفتاری سنخ الف نامیدند که این افراد دارای ویژگی های خشم و خصومت، عجول بودن هستند.

ویژگی های شخصیتی ممکن است تاثیر عمیقی در روش پاسخ به بیماری، انطباق با شرایط بیماری و یا با مقابله فرد با علایم داشته باشد (گوستاوسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

وضعیت روانی و ویژگیهای شخصیتی فرد مبتلا به بیماری قلبی می تواند او را آماده ی ابتلا به بیماری های دیگر کند. بطور مثال نتایج بررسی محققان علوم پزشکی در هلند نشان داد اختلال و نشانه های افسردگی خطر بروز سکنه ی مغزی را در مبتلایان به بیماری قلبی به تعداد دو برابر افزایش می دهد. (خیلان<sup>۲</sup>، سیدهو<sup>۳</sup> ۲۰۰۹).

قلب یک تلمبه عضلانی است که در سینه قرار دارد و بطور مداوم در حال کار کردن و تلمبه زدن است. قلب بطور شبانه روزی خون را به سرتاسر بدن تلمبه می کند. در حدود 100000 بار در روز قلب ضربان می زند. برای اینکه قلب بتواند این کار سنگین را انجام دهد نیاز دارد که توسط شریانهای کرونری، به عضله خودش هم خونرسانی مناسبی صورت پذیرد.

قلب که حساس ترین و پر کارترین عضو بدن است از هر تغییری که به صورت مستقیم ارگانسیم را تهدید کند تأثیر می پذیرد.

می توان گفت که قلب مسئولیت ایجاد جریان خون در حدود ۶۴ کیلومتر رگ های خونی را به عهده دارد تا از این طریق ارگان ها و بافت های بدن تغذیه شوند.

هر نوع آسیب به قلب یا دریچه های آن باعث کاهش قدرت پمپ قلب، افزایش فشار و عملکرد آن برای تامین نیازهای بدن می شود.

---

1-Gustafsson, JP.

2- Khillan, R.

3-Sidhu, GS.

بیماریهای عروق کرونر قلب (CHD) بر اثر تنگی وانسداد عروق کرونر، عروقی که خون سرشار از اکسیژن را به قلب می‌رسانند، به وجود می‌آید. این بیماری یکی از عامل‌های اصلی مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود. (اندرولی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴) بیماری کرونر قلب در گروه اختلال‌هایی قرار دارند که جنبه‌های روانشناختی در پیدایش و تکوین آن نقش اساسی ایفا می‌کنند.

۵۰ میلیون نفر در جهان سالیانه از بین می‌روند که از این تعداد نزدیک به ۱۲ میلیون نفر بر اثر بیماریهای قلبی و عروقی می‌میرند (مزند، ۱۳۷۶)

بنابراین شناسایی مشکلات موجود در بین افراد مبتلا به بیماریهای عروق کرونری، کمک فراوانی به رفع آسیب‌های روحی و جسمی می‌کند. و از آنجا که اختلالات و وضعیت روانشناختی، در ایجاد و یا تشدید بیماری در این افراد موثر می‌باشد لذا بررسی در این زمینه بسیار ضروری است.

## ۱-۲- بیان مسئله

بیماری قلبی عروقی، یکی از بیماریهای حساس به حالت‌های روانشناختی می‌باشد. این بیماری در دنیای غرب بیش از هر بیماری دیگر مردم را می‌کشد. در ایالت متحده بیش از نیمی از افراد بالای ۴۵ سال به علت بیماری قلبی یا بیماری مربوط به گردش خون می‌میرند. (روزنهان،<sup>۲</sup> ۱۹۹۴) این اختلال در مردان به مراتب شایعتر از زنان است (تیلور،<sup>۳</sup> ۱۹۹۱؛ کاپلان<sup>۴</sup> و سادوک<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵).

یافته‌ها تاکنون دلایل بسیاری برای بیماری‌های قلبی - عروقی عنوان گردیده است. برخی از پزشکان به زمینه‌های ژنتیک اعتقاد دارند و برخی به تأثیرات سایر بیماری‌های جسمی بر دستگاه‌های قلبی - عروقی اشاره می‌کنند.

---

1- Andreoli, TE.

2 -Rosenhan, D

3 -Taylor, S.

4- Kaplan, H.I

5- Sadock, B.J



پیش آگهی به چند عامل بویژه وسعت آسیب عروقی و شرایط بطنهای قلب بستگی دارد. درمانهای رایج عبارتند از: آنژیوپلاستی، جراحی بای پس و برنامه های توانبخشی (تیلور، ۲۰۰۴).

طبق آخرین یافته‌های پژوهشی اقدامات مربوط به پیشگیری و نیز سبک زندگی بیشترین نقش را در جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی ایفا می‌کند. این یافته‌ها عمدتاً مبتنی بر این پایه‌اند که مواجهه با رویدادهای فشارآور زندگی (مانند فشارهای شغلی) شکست و ناکامی مکرر، اختلافات زناشویی، روابط نامناسب با دیگران و روابط اجتماعی نادرست احتمال بیماری‌های قلبی - عروقی را افزایش می‌دهد. این عوامل هم می‌توانند علت به وجود آورنده بیماری و هم عللی باشند که در استمرار یا تشدید بیماری‌های قلبی - عروقی دخیل هستند. (تیلور، ۲۰۰۳).

از سوی دیگر تغذیه نامناسب، افزایش کلسترل خون، کم تحرکی، استفاده نادرست از برخی داروها یا مواد شیمیایی، چاقی، دیابت، استفاده از تنباکو و سیگار همگی از عوامل خطر درجه اول برای بروز بیماری‌های قلبی عروقی به حساب می‌آیند و مواردی هستند که مربوط به سبک زندگی نادرست فرد می‌باشند. در یک سری از بررسی‌ها نقش عوامل روانی - اجتماعی در بیماری‌های قلبی - عروقی آزمون شده که عواملی همچون:

استرس (فشار روانی) زیاد، خشم و پرخاشگری، غرغرو بودن، ناسازگاری‌های زناشویی، تحصیلی یا شغلی، افسردگی، اضطراب حاد، تنفر و عصبانیت ضربه‌های روحی و فشارهای ناگهانی و شدید با افزایش ضربان قلب و ترشح برخی مواد شیمیایی نامناسب در خون آمادگی فرد را برای حملات قلبی و انواع سکته‌ها افزایش می‌دهد. (تنانت<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹).

افتادگی دریچه میترا که یک اختلال قلبی - عروقی است تا حد زیادی می‌تواند با اضطراب، ترس‌های طولانی مدت و هراس مرتبط باشد.

آریتمی (ناهماهنگی)های قلبی در افرادی که تحت فشارهای روانی مزمن احساسات عدم امنیت و بی‌کفایتی هستند یا دچار حساسیت‌های افراطی به مسایل زندگی‌اند افزایش می‌یابد.

---

1- Tannant, C.

همچنین در مورد نوع شخصیت و خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی در سال ۱۹۷۵ دو پزشک به نام‌های فریدمن و روزنمن در یک سری مطالعه روی بیماران قلبی به این نتیجه رهنمون شدند که چنین افرادی دارای سبک شخصیتی خاصی هستند .

از میان این عوامل محقق این سه متغیر مهم را مورد بررسی قرار داد و این سه متغیر را در بیماران قلبی و افراد عادی مورد مقایسه قرار خواهد داد. متغیر اول کیفیت روابط در این بیماران است.

روابط در خانواده به معنی نحوه ی ارتباط ، طرز برخورد افراد یک خانواده با هم است و احساسات و علاقه ی آنها به یکدیگر ، چگونگی دخالت یا عدم دخالت‌های آنها در کارهای هم و همکاری یا رقابت آنها با یکدیگر و نحوه ی ارتباطشان را نشان می دهد. (بولتون، ۲۰۰۱).

پژوهش ویدنر<sup>۱</sup> و مندل<sup>۲</sup> (۱۹۹۲) با عنوان " کیفیت روابط خانوادگی ، استرس و خطر عروقی قلب در کودکان " نشان داده است که اساس این بیماری از دوران کودکی و در روابط خانوادگی پر فشار پی‌ریزی می‌شود. آنان به این نتیجه رسیدند که این افراد با مسائل زندگی به صورت هیجانی برخورد می‌کنند ، در واکنش به استرسها بیشتر دچار تنش و آشفتگی می‌شوند و تنش بیشتر به تشدید واکنشهای قلبی عروقی می انجامد. و به ایجاد بیماریهای عروقی قلب کمک می‌کند.

در این رابطه تامپسون<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۵) در بررسی خود با عنوان کیفیت زندگی و روابط بیماران قلبی انجام دادند نشان دادند تغییراتی که این بیماری ایجاد می کند بر رضایت و کیفیت زندگی بیمار تاثیر می گذارد بدین معنی که، محدودیت های ایجاد شده وظایف شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی بیمار را با مشکل مواجه کرده و سبب انزوای اجتماعی و افسردگی می گردد.

---

1 - Weidner, G.

2 - Mendell ,N.

3- Thomsson, H.

همچنین در بررسی دیگر در این رابطه مولی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۵) به این نتیجه رسیدند عوامل فیزیکی ناشی از بیماری و عدم فعالیت موجب انزوای اجتماعی و همچنین اختلال در روابط جنسی بیماران شده و به تبع آن نقش های بیمار در زندگی خانوادگی و اجتماعی را تغییر می دهد در نتیجه بر کیفیت روابط بیمار با افراد خانواده و اجتماع تاثیر می گذارد.

از آنجایی که در برخی بررسی ها بر کیفیت روابط از تغییر در عملکرد جنسی نیز گزارش داده بودند و اینکه عملکرد جنسی از جنبه های مهم و موثر بر کیفیت زندگی است که اختلال در آن می تواند زندگی فرد و روابط زناشویی او را دچار مشکل کند . شناخت و آگاهی در زمینه تغییرات و اختلال در عملکرد جنسی در تشخیص و درمان بیماران قلبی امری مهم و ضروری است .

بنابراین متغیر دیگر مقایسه عملکرد جنسی در بیماران قلبی با افراد عادی در نظر گرفته شده است.

عملکرد جنسی رضایتبخش نیازمند عملکرد صحیح مجموعه ای از سیستم های روانشناختی -هورمونی ،عصبی و عروقی است.

مطالعات نشان می دهد بیماریهای قلبی اعم از سکته قلبی ، جراحی بای پس عروق کرونر، پیوند قلب و نارسایی قلبی سبب کاهش ظرفیت بدنی، خستگی، مشکلات تنفسی ، ترس از مرگ، اضطراب میشود. این عوامل در کنار نوع داروهای مصرفی و اختلال در مراقبت از خود سبب اختلال در عملکرد جنسی شده و حتی بسیاری از بیماران از این احتمال که انجام فعالیت جنسی ایجاد مشکل یا مرگ در آنها شود می ترسد (متیوس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

بنابراین اختلال عملکرد جنسی اثرات عمیقی بر زندگی بیمار و همسرش می گذارد که نیاز به بررسی، تشخیص ، مشاوره و راهنمایی کافی در این زمینه ضروری می باشد.

---

1- Molloy, GJ.

2- Mattews, K.

هیدلبرگ<sup>۱</sup> در سال ۲۰۱۰ در بررسی این رابطه نشان داد که مردان دچار اختلال نعوظ باید از نظر بیماریهای قلبی غربالگری شوند. او اظهار کرد مردان دچار اختلال نعوظ ۷۵ درصد بیشتر احتمال خطر بیماریهای قلبی عروقی را دارند. در واقع، اختلال نعوظ ممکن است یک نشانگر اولیه و پیش آگهی بروز بیماریهای قلبی عروقی باشد.

از طرفی عوامل روانی اجتماعی دیگری نظیر: متغیرهای شخصیتی، تعارض های بین فردی، فقدان حمایت اجتماعی، استرسهای زندگی مانند نقش شغلی و سبک خاص زندگی نیز در رابطه با این بیماری مطرح شده که خطر ابتلا به آن را افزایش می دهند (برانوالد<sup>۲</sup> و همکاران ۲۰۰۱).

که از این میان اخیراً ویژگیهای شخصیتی در رابطه با این بیماران مورد توجه قرار گرفته است.

ویژگیهای شخصیتی افراد می تواند الگوهایی را برای پیش بینی رفتار و حالت های روانی آنان فراهم آورد و تفاوت های فردی عامل مهمی است که نشان می دهد چرا برخی از افراد بهتر از دیگران با شرایط و متغیرهای محیطی کنار می آیند و از سطوح مختلف انگیزش، رضایت و سلامت برخوردارند (رولینسون<sup>۳</sup> و همکاران ۱۹۸۸).

برخی شواهد نقش عوامل ارثی را در تکوین این ویژگی ها تایید می نماید. مناقشات در مورد الگوی رفتاری سنخ A موجب شد متغیرهای شخصیتی در مطالعات قلبی موضوعیت خود را از دست بدهد با این وجود در چند سال اخیر سنخ شخصیت در زمینه بیماریهای قلبی توسط دنولت مطرح شده که به نظر می رسد این سنخ شخصیتی عامل مهمی در تبیین تفاوت های فردی در پاسخ به استرس ها، همبودی ها، عوارض قلبی، پیامدهای روانشناختی و خطر مرگ و میر به دنبال بیماریهای قلبی باشد. (پدرسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

---

1-Heidelberg, J.J

2-Braunwald, E.

3- Rolinson, J.A.

4 -Pedersen, SS.