



دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

موضوع :

**نقش ابعاد منشی شخصیت و هیجانات منفی در پیش
بینی وقوع و عدم وقوع بیماری های قلبی**

استاد راهنما:

دکتر تورج هاشمی نصرت آباد

اساتید مشاور:

دکتر زینب خانجانی - دکتر شهرام همایونی فر

تهیه و تنظیم:

خدیجه عزیزی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

صفحه	عنوان
1	فصل اول : کلیات تحقیق
2	مقدمه
2	بیان مسئله
12	اهمیت و ضرورت پژوهش
15	اهداف پژوهش
15	اهداف کلی
16	اهداف فرعی
16	فرضیه های تحقیق
17	تعریف متغیرها
17	تعریف مفهومی
17	تعریف بیماری های قلبی
18	تعریف ابعاد منشی شخصیت
19	تعریف هیجانات منفی
19	تعریف نگرانی
21	فصل دوم : مبانی نظری و پیشینه تحقیق
22	مقدمه
23	اختلالات روان تنی
31	منظورهای تبیینی بیماری های قلبی - عروقی
31	واکنش پذیری قلبی - عروقی
33	فشارهای روانشناختی و حالات هیجانی منفی
41	ویژگی های شخصیتی

50	تحقیقات انجام شده در داخل و خارج کشور
55	فصل سوم : روش تحقیق
56	مقدمه
56	نوع پژوهش
56	جامعه و نمونه آماری
56	روش نمونه گیری
57	ابزار جمع آوری اطلاعات
57	پرسشنامه ابعاد منشی شخصیت کلونینجر (TCI)
57	پرسشنامه هیجانات منفی (DS14)
58	پرسشنامه نگرانی ایالتی پن
59	روش اجرای پژوهش
59	روش تجزیه و تحلیل داده ها
60	فصل چهارم : نتایج تحقیق
61	مقدمه
61	توصیف گروهها در متغیرهای مورد مطالعه
63	بررسی فرضیه های پژوهش
63	بررسی فرضیه اول
71	بررسی فرضیه دوم
72	بررسی فرضیه سوم
72	بررسی فرضیه چهارم
73	بررسی فرضیه پنجم
74	بررسی فرضیه ششم

74	بررسی فرضیه هفتم
75	بررسی فرضیه هشتم
75	بررسی فرضیه نهم
77	فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری
78	مقدمه
84	محدودیت های تحقیق
85	پیشنهادات
86	منابع فارسی
86	منابع انگلیسی
	پیوست ها
	1- پرسشنامه ابعاد منشی شخصیت کلونینجر(TCI)
	2- پرسشنامه هیجانان منفی (DS14)
	3- پرسشنامه نگرانی

فصل اول

طرح پژوهش

مقدمه

بیماری قلبی از نظر آسیب شناختی و همه گیرشناسی جزء شایع ترین بیماری ها با تنوعات نشانه ای و طبقه بندی هاست که سالیانه در اغلب کشورها به مرگ و میر کثیری از افراد بشری منجر گردیده و گاه رتبه اول را در شیوع به خود اختصاص می دهد (سازمان بهداشت جهانی، 2002¹). این بیماری ها از نظر آسیب شناسی در خوشه اختلالات روان تنی DSM²-IV (1994) جای می گیرند و از این رو در شکل گیری آن ها بر نقش عوامل روانشناختی نیز تاکید می شود (کرتیس³، 2004). در طول سالیان متمادی بر نقش عوامل زمینه ساز، تداوم بخش و آشکار کننده این بیماری ها تاکید گردیده و در این میان، نقش عواملی همچون سبک زندگی⁴، ویژگی های شخصیت، وضعیت های هیجانی و خلقی و استرس های تجربه شده مورد توجه قرار گرفته است (دیماتئو⁵، 2000).

بیان مساله

هرچند در دهه ی گذشته به نقش ویژگی شخصیت رفتار نوع الف⁶ (لوینسون⁷، 1994) در بروز و شکل گیری بیماریهای قلبی تاکید بیشتری شده است، با این حال، در چند سال گذشته با شکل گیری نظریه های زیستی

¹. world health organization

². Diagnostic psychiatry Association

³.Kartis

⁴.life style

⁵.Dimateo

⁶.Atypebehavior

⁷.Levenson

شخصیت بالاخص نظریه سرشتی - منشی کلونینجر¹ (1993) درپچه‌ای نو بر سبب شناسی این بیماری ها گشوده شده است، به نحوی که مبتنی بر یافته های این نظریه پاره‌ای از ویژگی های سرشتی - منشی می‌توانند به عنوان عامل زمینه ساز و تداوم بخش بیماری های قلبی عمل کنند (کلتیکانگاس²، راواجا³، ویکاری⁴، 2006). مبتنی بر دیدگاه کلونینجر (1993) سیستم های سرشتی در مغز، دارای سازمان یافتگی کار کردی متفاوت بوده و مستقل از یکدیگر برای فعال سازی ، تداوم و بازداری رفتار در پاسخگویی به گروههای معینی از حرکات عمل می کنند. فعال سازی رفتاری در پاسخ به محرکهای جدید و نشانه های پاداش و رهایی از تنبیه بوده و تفاوتهای فردی در چنین قابلیت، «نوجویی»⁵ نامیده می شود. از سویی، بازداری رفتاری در پاسخ به محرکهای تنبیه و فقدان پاداش بوده و تفاوت های فردی در این قابلیت، «آسیب پرهیزی»⁶ نامیده می شود. از طرفی رفتاری که با پاداش تقویت شده و پس از قطع پاداش تداوم می یابد به بعد «پاداش وابستگی»⁷ تعلق دارد. نهایت اینکه بعد چهارم به «پشتکار»⁸ اشاره دارد که از سه بعد قبلی قابل تفکیک می باشد.

¹.cloninger temparement character

².keltikangas

³. Ravaja

⁴.vikary

⁵.Novelty seeking

⁶.Harmavoidence

⁷.reward dependence

⁸.persistance

مطابق دیدگاه کلونینجر (1994) و کلونینجر و شوراکیک¹ (2000) چهار بعد سرشتی با هیجان های اصلی آدمی همخوانی داشته به نحوی که ترس با آسیب پرهیزی، خشم با نوجویی، عشق با پاداش - وابستگی و تسلط² با پشتکار همراه است. از سویی وی عنوان می کند که منش نیز دارای 3 بعد خودراهبری³، همکاری⁴ همکاری⁴ و خود فراروی⁵ است که ویژگی ها و رفتارهایی همچون تاثیر بخشی، رحم، شفقت و متانت را در در بر می گیرد.

در چند سال گذشته با وسعت گیری دامنه تبیینی نظریه کلونینجر (1994) در حوزه اختلالات روان تنی، پژوهش های متعددی (هیئتیسانن⁶، راباک⁷، جونالا⁸، ویکاری⁹، رایتاکاری¹⁰، جارونین¹¹، 2009، کلتیکانگاس، کلتیکانگاس، راواجا، و ویکاری¹² (1999) در جهت تهیه مدارک و نتایج عینی برای داوری در خصوص پیش بینی های این نظریه به عمل آمده است. در این راستا نتایج متفاوتی گزارش شده اند به نحوی که کلتیکانگاس

¹.Surakic

².mastery

³.self- directiveness

⁴.cooperativeness

⁵.self transcend

⁶.Hintsanen

⁷.Raback

⁸.Juonala

⁹.vikary

¹⁰.raitakari

¹¹. jaronin

¹².Keltikangas, ravaja,

و همکاران (2006) در مطالعه خویش اذعان میکنند که بعد نوجویی (NS) قادر است وقوع تصلب شرایین را پیش بینی کند. در صورتی که نتایج مطالعه سویو¹ و کینگ² (2007) آن را تایید نمی کند. در عوض، مطالعه پولکی³، راباک⁴ و همکاران (2005) حاکی از آن است که بعد پاداش - وابستگی (RD) رابطه مثبتی با وقوع بیماری تصلب شرایین دارد. با این حال، در مطالعات استرلا⁵ و (2001) و کلتیکانگاس و همکاران (2003) نشان داده شده که بعد آسیب پرهیزی (HA) با وقوع بیماری تصلب شرایین همراه است. مطالعه طولی سویو و همکاران (2007) حاکی از آن است که ابعاد نوجویی و پاداش - وابستگی در بیماران مبتلا به انسداد کرونر قلبی بالاست. در صورتی که نتایج مطالعه هینتسانن⁶ و همکاران (2005) نشان می دهد که بعد پاداش - وابستگی (RD) نمی تواند وقوع انسداد کرونر قلبی (CHD) را پیش بینی کند. این نتایج متفاوت و متناقض با مطالعات لت⁷ و همکاران (2005) به چالش کشیده شده اند و چنین به نظر می رسد که که ابعاد سرشتی و منشی مورد نظر کلونینجر (1994) قادر است وقوع بیماریهای قلبی بالاخص تصلب شرایین و انسداد کرونر قلبی را پیش بینی کند.

¹.Sovio

².king

³.pulkki

⁴.Raback

⁵.Strelau

⁶.Hintsanen

⁷.Lett

در توجیه ارتباط عامل های سرشتی با بیماریهای قلبی، هیتیتسانن¹ و همکاران (2009) معتقدند که عوامل سرشتی در واکنش افراد به موقعیتهای استرسزا دخیلند. در این راستا هو² و همکاران (2006) چنین استنباط می کنند که واکنش دهی به استرس به تغییرات فیزیولوژیکی، کاهش سلامتی و افزایش بیماری منتهی می شوند. از سوی کلونینجر (1994) اذعان می کند که ابعاد سرشتی شخصیت با سیستم های مغزی و انتقال دهنده های عصبی متفاوتی در گیرند، به نحوی که نوجویی با ترشح دوپامین، آسیب پرهیزی با سروتونین، پاداش - وابستگی با نورآدرنالین همراه است. از طرفی مطالعات سالیوان³ و همکاران (2007) نشان می دهد که نوجویی و آسیب پرهیزی با استرس های فیزیولوژیکی و روانی ارتباط تنگاتنگ دارند. با این حال، تیرکا⁴ و همکاران (2007) عنوان می کنند که نوجویی و پاداش وابستگی با خطر ابتلا به انسداد کرونر قلبی در ارتباط است. در صورتی که آسیب پرهیزی و پشتکار با افزایش سطح کورتیزول مترشحه، فرد را در برابر عوامل استرس زا محافظت می کنند.

از سوی، مطالعه تیرکا و همکاران (2006) حاکی از آن است که فعالیت شدید محور آدرنال - هیپوفیز و تالاموس با نوجویی پایین همراه است. از این رو، نوجویی بالا می تواند فرد را در برابر انسداد کرونر قلبی محافظت کند. در صورتی که مطالعه راواجا و همکاران (2006) نشان می دهد که نوجویی بالا با استرس شدید روانشناختی، رفتارهای مخرب سلامتی و برخی عوامل زیستی خطر ساز انسداد کرونر قلبی همچون

¹.hehntisanant

².Hu

³.sullivan

⁴.Tyrka

چاقی در ارتباط است. از طرفی، مطالعه ماس¹ (1997) حاکی از آن است که آسیب پرهیزی پیش رونده و منظم با استرس روانی بالا و واکنش های همدلانه بالا در موقعیتهای استرس زا همراه می باشد و این عامل خطر ابتلا به بیماری های قلبی را افزایش می دهد. با این حال مطالعه کلیتیگانگاس و همکاران (2004) نشان می دهد که آسیب پرهیزی بالا، فرد را در برابر ابتلا به CHD محافظت می کند. از طرف دیگر یافته های پژوهشی کتر² و همکاران (2000) نشان می دهد که پاداش وابستگی و پشتکار با خطر ابتلا به CHD در ارتباط می باشد. در صورتی که مطالعه سویو³ (2007) حاکی از آن است که پاداش وابستگی عاملی مثبت در پیش بینی سلامت روانشناختی می باشد. با این تفاسیر، چنین به نظر می رسد که نتایج مطالعات به عمل آمده از تنوعات و ابهامات وسیعی برخوردارند از این رو، این تناقضات و ابهام های نظری و پژوهشی، راه را برای پژوهش های جدید بازگذاشته اند. لذا سوالی که به ذهن پژوهشگر خطور میکند این است که آیا ابعاد سرشتی قادرند وقوع بیماریهای قلبی را پیش بینی کنند و دیگر این که آیا بین افراد سالم و مبتلا به بیماریهای قلبی از نظر ابعاد سرشتی تفاوت وجود دارد.

از طرفی در چند سال گذشته سیل عظیم تحقیقات روانشناختی به بررسی رابطه هیجانات منفی و بیماریهای قلبی بویژه انسداد کرونر (سی مه⁴ 1993) معطوف شده است. با مرور پیشینه ی پژوهشی چنین به نظر می رسد که مطالعات مربوط به ارتباط اضطراب با CHD از تنوعات بیشتری برخوردار است. در صورتی که

¹.Masse

².Ketterer

³.sovio

⁴.syme

این مطالعات، به رابطه هیجان خشم و CHD کمتر معطوف شده اند (هارموت¹ و همکاران، 1975). از طرفی برخی از مطالعات به رابطه بین افسردگی و بیماری های قلبی به خصوص تصلب شرائین متمرکز شده اند (گلدشتاین² و همکاران 1992). این مطالعات چنین القاء می کنند که هیجان منفی در بروز و تداوم CHD نقش دارند. (هاینس³، 1987).

نکته اینجاست که این گونه بررسی ها قادرند نقش احتمالی هیجان منفی در سبب شناسی CHD را روشن کنند و دانش موجود را در این حوزه افزایش دهند. با این تفاسیر چنین به نظر می رسد که هیجان مثبت و منفی قادرند فعالیت قلب را افزایش دهند (کاواچی⁴ 1994) و با افزایش فعالیت قلب و دمای آن و افزایش سوخت و ساز و انرژی آن، زمینه آسیب رسانی به قلب، مهیا می شود (کاواچی، 1994). در این راستا، مطالعه کوبزاسکی⁵ (1997)، ایگر⁶ (1992)، سه سو⁷ (1998) و دورمان⁸ (1996) نشان می دهد که هیجان منفی همچون خشم و اضطراب، افسردگی، خطرپذیری CHD را افزایش می دهند. از سویی، کامارک⁹ (1991)، اشنایدرمن¹⁰ (1987) عنوان می کنند که هیجان منفی (اضطراب، افسردگی) به طور بالقوه

¹.Harmut

².Goldstein

³.Hayness

⁴.kawachi

⁵.kubzasky

⁶.Eakar

⁷.sesso

⁸.Dorman

⁹.kamarck

¹⁰.Shnider

بالقوه در ایجاد CHD نقش دارند. این هیجانات از طریق انقباض های عضلانی و گرفتگی آنها روی سلامتی تاثیر می گذارتد (فریدمن¹، 1998). از طرفی هایوارد²(1995) بیان می دارد که هیجانات منفی از طریق افزایش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و افزایش تحرک محور هیپوتالاموس - هیپوفیز، آدرنوکورتیکال، تاثیرات خویش را بر روی فعالیت های قلب بر جای می گذارند. از سوی دیگر، بارلو³ (1988) بیان می دارد که این هیجانات از راه ایجاد تغییر در نظم خودکار قلب، تاثیرات خود را بر عملکرد قلب تثبیت می - کنند. در این راستا، لونتال⁴ (1993) اذعان می کند که هیجانات منفی ممکن است پیامد بیماری های قلبی و یا اینکه پیش آگهی این بیماری ها باشد. با این حال، شواهد پژوهشی کوبزانسکی⁵ (1998)، گلداشتاین⁶ (1995) و کوهن⁷ (1995) حاکی از آنند که هیجانات منفی همچون خشم، اضطراب و افسردگی ارتباطی با CHD ندارند. هرچند که مطالعات میلر⁸ (1996)، اسپیلبرگر⁹ (1985)، و اسمیت¹⁰ (1985) نشان می دهد که بین هیجان خشم و CHD رابطه تنگاتنگ وجود دارد، لکن برخی یافته

¹.Friedman

².Haiward

³.barlow

⁴.Leventhal

⁵.kubzansky

⁶.Goldeshtain

⁷.cohen

⁸.miller

⁹.spilberger

¹⁰.smith

های پژوهشی (دمبروسکی¹، 1989) این ارتباط را تایید نمی کند. در برخی مطالعات (شکل 1983، ویلیامز²، 1980)، به ارتباط مولفه های خشم همچون خصومت با CHD اشاره شده است، در صورتی که مطالعات باس³ (1961) نشان می دهد که بین فرونشانی خشم و CHD رابطه تنگاتنگ وجود دارد.

از طرفی در چند سال اخیر مطالعات مربوط به اضطراب و بیماری های قلبی فزونی یافته است. هر چند که مطالعه میلر⁴ (1950) حاکی از آن است که بین اضطراب و CHD رابطه معنی دار وجود ندارد. ولی یافته های های پژوهشی آگولاندر⁵ (1991) نشان می دهد که مردان با سطوح بالاتر اضطراب و هراس، در معرض ابتلا به CHD کشنده قرار دارند. در این راستا مطالعات کترر⁶ (1996) نیز رابطه بین اضطراب و CHD را تایید نموده است. از سویی، مطالعه جوناس⁷ (1997) در خصوص ارتباط نگرانی با CHD نیز نشان داد افرادی که نسبت به شرایط اجتماعی، سلامتی و مسائل مالی نگران هستند و این حالت به صورت مستمر تداوم دارد در خطر ابتلا به CHD هستند. مطالعات وارنبرگ⁸ (1989) چنین ارتباطی را تایید نمی کند.

¹.Dembroski

².williams

³.Buss

⁴.wiler

⁵.Allgulander

⁶.ketterer

⁷.Jonas

⁸.warrenburg

از سوئی، برخی از مطالعات (فراسور، 1995¹، کارنی 1996² و پرات³ 1996) به رابطه افسردگی و CHD پرداخته اند. در این تحقیقات مشخص شده است که حالت افسردگی، سهم معنی دار در پیش بینی ابتلا به CHD دارد. مطالعه بارفوت⁴ (1996) نشان می دهد که افسردگی قادر است خطر ابتلا به بیماری های قلبی بالاخص CHD را در مردان بهتر از زنان پیش بینی کند. با این حال، یافته های پژوهشی آندا⁵ (1993) این ارتباط را تایید نمی کند و مطالعات پیگیری فورد⁶ (1998) نیز حاکی از آن است که حالات افسردگی قادر به پیش بینی خطر ابتلا به CHD و انفارکتوس قلبی نیست. در عوض مطالعه آروما⁷ (1994) نشان می دهد که تغییرات خلقی می توانند خطر افزایش انفارکتوس قلبی را پیش بینی کنند. از طرفی کوپ⁸ (1998) در مطالعه خویش در خصوص رابطه افسردگی و CHD بیان می دارد که خستگی اساسی و نا امیددی به عنوان نشانه های افسردگی، قادرند وقوع CHD را پیش بینی کنند. وی توضیح می دهد که خستگی اساسی از استرس روانشناختی غیرقابل کنترل و مستمر ناشی می شود و به تخلیه انرژی بدنی و روانی منتهی می گردد و تضعیف روحیه و زود رنجی را به وجود می آورد.

¹.frasure

².karni

³.Pratt

⁴.Barfoot

⁵.Anda

⁶.ford

⁷.aroma

⁸.kopp

با توجه به این یافته ها ، سوال اساسی این است که آیا هیجانات منفی همچون اضطراب ، افسردگی، خشم و نگرانی قادرند وقوع یا عدم وقوع بیماریهای قلبی را پیش بینی کنند؟ به عبارتی آیا بین افراد مبتلا به بیماری های قلبی و افراد عادی از نظر هیجانات منفی تجربه شده (خشم، اضطراب و افسردگی و نگرانی) تفاوت وجود دارد؟

اهمیت و ضرورت پژوهش:

بیماری های قلبی از نظر آسیب شناختی و همه گیر شناختی جزء شایع ترین بیماری ها با تنوعات نشانه ای و طبقه بندیهاست که سالیان در اغلب کشورها به مرگ و میر کثیری از افراد بشری منجر گردیده و گاه رتبه اول را در شیوع به خود اختصاص می دهد.(سازمان بهداشت جهانی، 2002¹). این بیماری ها از نظر آسیب شناسی در خوشه اختلالات روان تنی جای می گیرد (DSM -IV, 1994)² و از این رو در شکل گیری آن آن بر نقش عوامل روانشناختی تاکید می شود(کرتیس، 2004)³. در سبب شناسی این بیماریها بر نقش عوامل زیستی، محیطی و روانشناختی تاکید شده است و در میان عوامل روانشناختی به تاثیرات عواملی همچون سبک زندگی، ویژگی های شخصیتی، وضعیت های عاطفی و هیجانی و استرس های تجربه شده، اشاره دارد.(دیماتئو، 2000)⁴ در چند دهه گذشته با شکل گیری نظریه های زیستی شخصیت بالاخص نظریه سرشتی - منشی کلونینجر⁵ (1996) دریچه ای نو بر سبب شناسی این بیماری ها گشوده شده، به نحوی که بر

¹. world health organization

².Diagnostic psychiatry Association

³.kartis

⁴.Dimateo

⁵.cloniger

بر اساس یافته های این نظریه، پاره ای از ویژگی های سرشتی - منشی می توانند به عنوان عامل زمینه ساز و تداوم بخش بیماری های قلبی نقش ایفا کنند. (کلتیکانگاس، راواجا، و ویکاری¹ 2006)؛ در چند سال گذشته با وسعت گیری دامنه تفسیری نظریه کلونینجر (1994) در حوزه اختلالات روان تنی، پژوهش های چندی (هیئتسانت، راباک، جونالا، ریکاوری، راتیاکاری، جارونین 2008)، در جهت تهیه مدارک و نتایج عینی برای داوری در خصوص نقش عوامل سرشتی و منشی در بروز اختلالات روان تنی بالاخص بیماریهای قلبی به انجام رسیده است.

مبتنی بر یافته های پژوهشی کلتیکانگاس و همکاران (2006) نوجویی (NS) به عنوان یک عامل سرشتی قادر است تصلب شراین را پیش بینی کند. از سویی بررسی سویو و کینگ² (2007) نشان می دهند که این عامل قادر به پیش بینی وقوع بیماریهای قلبی نیست. با این مطالعه، راباک³ و همکاران (2005) حاکی از آن است که بعد پاداش - وابستگی (RD) رابطه مثبتی با وقوع بیماری تصلب شراین دارد. از سویی بررسی استرلاو (2001) و کلتیکانگاس و همکاران (2004) نشان داده است که بعدآسیب پرهیزی (HA) با وقوع بیماری تصلب شراین همراه است. همچنین مطالعه طولی سویو و همکاران (2007) حاکی از آن است که ابعاد نوجویی و پاداش - وابستگی (RD) در بیماران مبتلا به انسداد کرونر قلبی بالا است. با این حال نتایج مطالعات هیئتسانن و همکاران (2005) نشان می دهد که بعد پاداش - وابستگی (RD) نمی تواند وقوع انسداد کرونر قلبی CHD را پیش بینی کند. مبتنی بر این یافته های متناقض، ضرورت انجام پژوهش های نوین در جهت تصریح نقش ابعاد سرشتی در وقوع بیماریهای قلبی، بیش از پیش قابل درک است. در چند

¹. kelti kangas, ravaja vikari

². king, sovio

³. Raback

سال گذشته، سیل عظیم تحقیقات روانشناختی به بررسی ارتباط بین هیجانات و بیماری های قلبی بالاخص انسداد کرونر قلب معطوف شده است.¹(سی مه 1992).

در این خصوص مطالعه کوبزانسکی (1997)²، ایگر³ (1992) سه سو⁴ (1998) و دورمان⁵ (1991) نشان می دهد که هیجانات منفی همچون خشم، اضطراب و افسردگی، خطرپذیری CHD را افزایش می دهد. لکن یافته های پژوهشی دمبروسکی⁶ (1989) این ارتباط را تایید نمی کند. باهمه این اوصاف، مطالعات مربوط به رابطه اضطراب با بیماری های قلبی در چند سال اخیر رونق گرفته است. به نحوی که یافته های پژوهشی آلگولاندر⁷ (1991) نشان می دهد که مردان با سطوح بالای اضطراب و هراس در معرض ابتلا به CHD کشنده قرار دارند، هر چند که بررسی وارنبرگ⁸ (1989) چنین ارتباطاتی را تایید نمی کند. از طرفی در راستای تعمیق بررسی های مربوط به نقش هیجانات در وقوع بیماریهای قلبی، مطالعات فراسور⁹ (1995)، کارنی¹⁰ (1988)، و پرات¹¹ (1996) به ارتباط افسردگی و CHD متمرکز شده اند. این تحقیقات نشان می

¹.syme

².kubzansky

³.Eaker

⁴.sesso

⁵.Durman

⁶.Dembraski

⁷.Allgulander

⁸.warenborg

⁹.frasure

¹⁰.karni

¹¹.pratt

دهند که حالت افسردگی سهم معنی دار در پیش بینی ابتلا به CHD دارد. از سوی مطالعه بارفوت¹ (1996) (1996) نشان می دهد که افسردگی قادر است خطر ابتلا به بیماری قلبی بالاخص CHD را در مردان بهتر از زنان پیش بینی کند، هر چند که یافته های پژوهشی آندا (1993) و فورد² (1998)، حاکی از آن است که حالات افسردگی قادر به پیش بینی خطر ابتلا به CHD و انفارکتوس قلبی نیست. با توجه به یافته های متناقض و اهمیت بیماری قلبی در زندگی انسان و نقش آن به عنوان یکی از عوامل مرگ و میر، چنین به نظر می رسد که رفع ابهامات موجود در خصوص رابطه عوامل شخصیتی و حالات هیجانی با بیماریهای قلبی حائز اهمیت بوده و روشنگری در خصوص تناقضات پژوهشی موجود می تواند به رهنمودهای عملی و پیشگیرانه منتهی شود. از سوی دیگر، یافته های این پژوهش قادر است ملاحظات عملی برای دست اندرکاران امور سلامتی مهیا نموده و زمینه مداخلات روانشناختی در حوزه های بیماریهای روان تنی را مهیا سازد. از این رو، یافته های این پژوهش، کاربردهای وسیع در عرصه های درمان و پیشگیری بیماریهای قلبی ایفا می کند.

اهداف کلی

هدف کلی:

1. تعیین نقش ابعاد منشی شخصیت بر اساس مدل کلونینجر و هیجانان منفی در پیش بینی وقوع یا عدم

وقوع بیماری های قلبی

¹.Barfoot

².ford