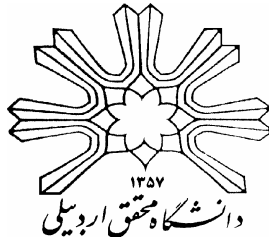


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده ادبیات و علوم انسانی
گروه روانشناسی

نقش تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خود دلسوزی در پیش بینی
رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی

اساتید راهنما:

دکتر عباس ابوالقاسمی

و

دکتر محمد نریمانی

توسط:

مریم تقی پور

خرداد - ۱۳۹۰

تقدیم به...

آنان که به من آموختند آنچه را که نمی دانستم،

آنان که آموخته‌هایم را به تجربه پیوند زدند،

آنان که افتادن و دوباره ایستادن را به من آموختند،

آنان که خطا کردن، بخشیدن و بخشیده شدن را به من آموختند،

آنان که با ساختن موانع برسر راهم، توانایی و پشتکارم را به چالش کشیدند

و تقدیم به...

همه آنانی که مرا به خودباوری رساندند.

نام خانوادگی دانشجو: تقی پور	نام: مریم
عنوان پایان نامه: نقش تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خود دلسوزی در پیش بینی رفتارهای بهداشتی بیماران کرونر قلبی	
اساتید (راهنما): استاد راهنمای اول، دکتر عباس ابوالقاسمی استاد راهنمای دوم، دکتر محمد نریمانی	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
گرایش: عمومی	دانشگاه: محقق اردبیلی
تاریخ فارغ التحصیلی: ۱۳۹۰/۳/۲	تعداد صفحه: ۱۵۶
کلید واژه ها:	
بیماری کرونر قلبی، تیپ شخصیتی D، خوددلسوزی، حمایت اجتماعی، رفتارهای بهداشتی	
چکیده:	
<p>نظر به اهمیت و تاثیر روزافزون عوامل روانی - اجتماعی در سلامت جسمی و تاثیر عوامل روان شناختی در بروز بیماریهای مختلف از جمله بیماریهای قلبی و عروقی این پژوهش با هدف کلی بررسی ارتباط تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خود دلسوزی در پیش بینی رفتارهای بهداشتی بیماران کرونر قلبی و تعیین تفاوت بین بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و افراد سالم در این متغیرها و رفتارهای بهداشتی آنان، انجام گرفت.</p> <p>جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه بیماران کرونر قلبی مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی شهید مدرس تهران در سال ۱۳۸۹ و نمونه پژوهش شامل ۸۴ نفر بیمار کرونر قلبی و ۴۴ نفر گروه سالم می باشد. برای جمع آوری داده ها از چک لیست جمعیت شناختی، فرم کوتاه پرسشنامه نشانه های روانی، مقیاس تیپ شخصیتی D، مقیاس خوددلسوزی، پرسشنامه حمایت اجتماعی و پرسشنامه رفتارهای بهداشتی استفاده شد. نتایج پژوهش فرضیه ارتباط میان تیپ شخصیتی D و پیش بینی رفتارهای بهداشتی و فرضیه ارتباط میان خوددلسوزی و پیش بینی رفتارهای بهداشتی را مورد تایید قرار داد. ولی فرضیه ارتباط میان حمایت اجتماعی و پیش بینی رفتارهای بهداشتی توسط یافته های پژوهش مورد تایید قرار نگرفت. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان دادند که تیپ شخصیتی D و خود دلسوزی می توانند تغییرات مربوط به رفتارهای بهداشتی را در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی به صورت معنی داری پیش بینی کنند، در صورتی که در افراد سالم فقط تیپ شخصیتی D می تواند تغییرات مربوط به رفتارهای بهداشتی را در این گروه به صورت معنی داری پیش بینی کند. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) بر روی نمره های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی، خود دلسوزی، رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و افراد سالم نشان داد که بین میانگین نمره های تیپ شخصیتی، خوددلسوزی، رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و افراد سالم تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.001$).</p>	

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل اول: کلیات پژوهش
۲	مقدمه.....
۵	بیان مسئله.....
۱۰	اهمیت و ضرورت تحقیق.....
۱۲	اهداف.....
۱۲	اهداف کلی.....
۱۲	اهداف جزئی.....
۱۳	سئوالات و فرضیه‌های تحقیق.....
۱۳	الف) سئوالات تحقیق.....
۱۳	ب) فرضیه‌های تحقیق.....
۱۴	تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها.....
۱۴	بیماری کرونر قلبی.....
۱۴	رفتارهای بهداشتی.....
۱۴	تیپ شخصیتی D.....
۱۴	حمایت اجتماعی.....
۱۵	خوددلسوزی.....
	فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق
۱۷	مقدمه.....
۱۷	الف - بیماریهای کرونر قلبی.....
۱۸	ساختار و عملکرد قلب.....
۱۸	ساختار قلب.....
۱۹	عملکرد قلب.....
۱۹	سرخرگهای کرونر قلب.....
۲۰	بیماری سرخرگهای کرونر قلب.....
۲۰	علائم بالینی بیماری سرخرگهای کرونر (بیماری ایسکمیک قلب).....
۲۱	روشهای تشخیص بیماری قلبی عروقی.....
۲۳	درمانها.....
	متغیرهای تحقیق
۲۴	الف) بیماری کرونر قلبی.....
۲۵	عوامل خطر ساز بیماری کرونر قلبی.....
۲۵	الف - عوامل فیزیولوژیک.....
۲۵	۱- سیگار کشیدن.....

۲۸	۲- بالا بودن فشارخون.....
۲۹	۳- هیپرلیپیدمی و افزایش لیپوپروتئین با چگالی پائین (LDL).....
۳۱	۴- لیپوپروتئین با چگالی بالا (HDL).....
۳۱	۵- تری گلیسرید و خطر بیماری قلبی عروقی.....
۳۲	۶- سندروم متابولیک، مقاومت به انسولین و دیابت.....
۳۴	۷- ورزش، کاهش وزن و چاقی.....
۳۵	ب - عوامل روانی اجتماعی.....
۳۶	۱- استرس زندگی و فرسودگی شغلی.....
۳۷	۲- خصوصیات جمعیت شناختی اجتماعی.....
۳۷	۳- استرس ذهنی حاد.....
۳۷	۴- شخصیت و بیماری کرونر قلبی.....
۴۰	پیشینه پژوهشهای انجام شده مرتبط با عوامل خطر ساز بیماری کرونر قلبی.....
۴۲	ب) وضعیت بهداشتی.....
۴۲	پیشینه پژوهشهای انجام شده مرتبط با وضعیت بهداشتی.....
۴۶	ج) تیپ شخصیتی D.....
۴۸	مدل طبقه بندی تیپهای شخصیت DIRE.....
۵۲	عوامل بیوشیمیایی و تیپ شخصیتی D.....
۵۳	تیپ شخصیتی D به عنوان یک تعیین کننده آشفستگیهای هیجانی.....
۵۳	تیپ شخصیتی D و پیشگویی پیامدهای سلامتی.....
۵۵	تیپ D به عنوان تیپ درمانده (پریشان).....
۵۶	پایایی و ارزیابی تیپ شخصیتی D.....
۵۷	پیشینه پژوهشهای انجام شده مرتبط با تیپ شخصیتی D.....
۶۱	د) حمایت اجتماعی.....
۶۳	انواع حمایت اجتماعی.....
۶۵	منابع حمایت اجتماعی.....
۶۵	حمایت اجتماعی و سلامت.....
۶۷	حمایت اجتماعی و شخصیت.....
۶۸	پیشینه پژوهشهای انجام شده مرتبط با حمایت اجتماعی.....
۷۱	ه) خوددلسوزی.....
۷۳	مؤلفه های اصلی خوددلسوزی.....
۷۳	الف- خود مهربانی یا مهربانی با خود.....
۷۳	ب- ویژگی مشترک انسانی.....
۷۴	ج- ذهن آگاهی.....
۷۵	پیشینه پژوهشهای انجام شده مرتبط با خوددلسوزی.....
۷۹	جمع بندی.....

فصل سوم: روش تحقیق (ابزارها و روش اجرا)

۸۲	.....مقدمه
۸۲	.....روش پژوهش
۸۲	.....جامعه آماری
۸۳	.....اندازه نمونه و روش نمونه گیری
۸۴	.....ابزارهای پژوهش
۸۴	.....(۱) چک لیست جمعیت شناختی
۸۴	.....(۲) مقیاس تیپ شخصیتی D
۸۵	.....(۳) فرم کوتاه پرسشنامه نشانه های روانی
۸۶	.....(۴) پرسشنامه حمایت اجتماعی
۸۶	.....(۵) پرسشنامه رفتارهای بهداشتی
۸۷	.....(۶) مقیاس خود دلسوزی
۸۷	.....روش اجرا
۸۸	.....روش های تجزیه و تحلیل اطلاعات

فصل چهارم: یافته های تحقیق

۸۹	.....الف) یافته های جمعیت شناختی
۹۶	.....ب) یافته های توصیفی
۱۰۴	.....ج) یافته های مربوط به فرضیه ها
۱۱۵	.....د) یافته های جانبی

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱۲۲	.....مقدمه
۱۲۲	.....بحث در نتایج
۱۳۴	.....محدودیت ها
۱۳۵	.....پیشنهادات
۱۳۷	.....منابع

فهرست جداول

عنوان جدول	صفحه
الف) یافته های جمعیت شناختی	۸۹
جدول ۴-۱: توزیع فراوانی و درصد سابقه ابتلا به بیماری قلبی در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی.....	۸۹
جدول ۴-۲: توزیع فراوانی و درصد سابقه مصرف دارو در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی	۸۹
جدول ۴-۳: توزیع فراوانی و درصد BMI ، فشار سیستولیک، فشار دیاستولیک و گروه خون در بیماران کرونر قلبی و افراد سالم.....	۹۰
جدول ۴-۴: توزیع فراوانی و درصد لیپوپروتئین های خون در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و افراد سالم.....	۹۱
جدول ۴-۵: توزیع فراوانی و درصد سن، جنس، وضعیت تاهل، سابقه خانوادگی بیماری قلبی و دیابت در بیماران کرونر قلبی و افراد سالم.....	۹۲
جدول ۴-۶: توزیع فراوانی و درصد EF، تعداد سیگار، مدت ابتلا در بیماران کرونر قلبی و افراد سالم.....	۹۳
جدول ۴-۷: توزیع فراوانی و درصد تعداد فرزندان، تحصیلات، سطح درآمد در بیماران کرونر قلبی و افراد سالم.....	۹۴
جدول ۴-۸: توزیع فراوانی و درصد تیپ شخصیتی D بین بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و افراد سالم.....	۹۵
ب) یافته های توصیفی	۹۶
جدول ۴-۹: میانگین و انحراف معیار متغیرهای سن، فشارخون و چربیهای خون در بیماران کرونر قلبی و گروه سالم	۹۶
جدول ۴-۱۰: میانگین و انحراف معیار تیپ شخصیتی D و مؤلفه های آن در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و گروه سالم	۹۷
جدول ۴-۱۱: میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی و مؤلفه های آن در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و گروه سالم.....	۹۷
جدول ۴-۱۲: میانگین و انحراف معیار آسیب پذیری روانی و مؤلفه های آن و رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و گروه سالم.....	۹۸
جدول ۴-۱۳: میانگین و انحراف معیار خود دلسوزی و مؤلفه های آن در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و گروه سالم.....	۹۹
جدول ۴-۱۴: نتایج آزمون باکس برای میانگین نمره های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی، خود دلسوزی، رفتارهای بهداشتی و آسیب پذیری روانی در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و افراد سالم.....	۹۹

- جدول ۴-۱۵: نتایج آزمون لوین برای متغیرهای تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی، خود دلسوزی، رفتارهای بهداشتی و آسیب-پذیری روانی در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و افراد سالم..... ۱۰۰
- جدول ۴-۱۶: نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANOVA) تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی، خوددلسوزی، رفتارهای بهداشتی و آسیب پذیری روانی در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و افراد سالم..... ۱۰۰
- جدول ۴-۱۷: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) نمره‌های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی، خوددلسوزی، رفتارهای بهداشتی و آسیب پذیری روانی در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و افراد سالم ۱۰۱
- جدول ۴-۱۸: مقایسه میانگین نمره‌های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی، خود دلسوزی، رفتارهای بهداشتی و آسیب‌پذیری روانی در بیماران کرونر قلبی با و بدون جراحی و افراد سالم با آزمون LSD..... ۱۰۲
- ۱۰۴ (ج) یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها**
- جدول ۴-۱۹: ضریب همبستگی بین تیپ شخصیتی D (مولفه‌های آن) با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی و گروه سالم ۱۰۴
- جدول ۴-۲۰: ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی (مولفه‌های آن) و رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی و گروه سالم ۱۰۵
- جدول ۴-۲۱: ضریب همبستگی خوددلسوزی (مولفه‌های آن) با رفتارهای بهداشتی و آسیب‌پذیری روانی بیماران کرونر قلبی و گروه سالم ۱۰۶
- جدول ۴-۲۲: ضریب رگرسیون چند متغیری تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی، خود-دلسوزی و رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی با درمان جراحی ۱۰۷
- جدول ۴-۲۳: ضریب رگرسیون چند متغیری تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی، خوددلسوزی با رفتارهای بهداشتی در گروه بیماران کرونر قلبی بدون درمان جراحی ۱۰۸
- جدول ۴-۲۴: ضریب رگرسیون چند متغیری تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی با رفتارهای بهداشتی در گروه سالم ۱۰۹
- جدول ۴-۲۵: ضریب رگرسیون چند متغیری تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی در کل گروهها (رفتارهای بهداشتی) ۱۱۰

- جدول ۴-۲۶: ضریب رگرسیون چند متغیری تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی، خوددلسوزی با آسیب پذیری روانی در گروه بیماران با درمان جراحی ۱۱۱
- جدول ۴-۲۷: ضریب رگرسیون چند متغیری تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی با آسیب پذیری روانی در گروه بیماران بدون درمان جراحی ۱۱۲
- جدول ۴-۲۸: ضریب رگرسیون چند متغیری تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی، خود-دلسوزی با آسیب پذیری روانی در گروه سالم ۱۱۳
- جدول ۴-۲۹: ضریب رگرسیون چند متغیری مولفه‌های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی، خوددلسوزی با آسیب پذیری روانی در کل گروهها ۱۱۴

۱۱۵

یافته های جانبی

- جدول ۴-۳۰: خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی از طریق مولفه‌های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی در بیماران با درمان جراحی به روش گام به گام ۱۱۵
- جدول ۴-۳۱: خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی از طریق مولفه‌های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی در بیماران بدون درمان جراحی به روش گام به گام ۱۱۶
- جدول ۴-۳۲: خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی از طریق مولفه‌های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی در گروه سالم به روش گام به گام ۱۱۷
- جدول ۴-۳۳: خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی از طریق مولفه‌های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی در کل گروهها به روش گام به گام ۱۱۸
- جدول ۴-۳۴: خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی آسیب‌پذیری روانی از طریق مولفه‌های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی در بیماران با درمان جراحی به روش گام به گام ۱۱۹
- جدول ۴-۳۵: خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی آسیب‌پذیری روانی از طریق مولفه‌های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی در بیماران بدون درمان جراحی به روش گام به گام ۱۱۹
- جدول ۴-۳۶: خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی آسیب‌پذیری روانی از طریق مولفه‌های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی در گروه سالم به روش گام به گام ۱۲۰
- جدول ۴-۳۷: خلاصه نتایج رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی آسیب‌پذیری روانی از طریق مولفه‌های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی کل به روش گام به گام ۱۲۱

فصل اول

کلیات تحقیق

مقدمه

امروزه بیماریهای قلبی عروقی شایعترین علت مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه و صنعتی شناخته شده است. آمار نشان می‌دهد که در کشورهای توسعه یافته نیز سالانه بیش از ۱/۵ میلیون نفر دچار حملات قلبی می‌گردند که از این تعداد در حدود ۵۰۰ هزار نفر می‌میرند (امینی و احمدی فراز، ۱۳۸۷). تحقیقات حاکی از آن است که تا سال ۲۰۲۰ بیماری های قلبی عروقی در فهرست اولین بیماری ناتوان کننده قرار می‌گیرند، لذا پیشگیری و درمان به موقع جهت کاهش عوارض، نقش مهمی در دستیابی به اهداف بهداشتی خواهد داشت (امینی و احمدی فراز، ۱۳۸۷).

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ۲۵ درصد از زنان و مردان به علت بیماریهای قلبی-عروقی فوت می‌کنند، به طوری که پیش بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ شایعترین علت مرگ و میر در دنیا بیماریهای قلبی عروقی باشند. شایعترین بیماری قلبی عروقی انفارکتوس میوکارد است که ناشی از آترواسکلروز عروق کرونر است. در حقیقت می‌توان عوامل خطر ساز انفارکتوس میوکارد را با عوامل خطر ساز آترواسکلروز در یک ردیف قرار داد. عوامل خطر ساز بیماریهای قلبی عروقی به دو دسته کلی قابل تعدیل و غیر قابل تعدیل تقسیم می‌گردند. عواملی همچون سن بالا، جنس، نژاد از جمله عوامل غیر قابل تعدیل و پرفشاری خون، هیپرلیپیدمی، استعمال دخانیات، دیابت قندی، الگوی زندگی، بی تحرکی و ... را از عوامل قابل تعدیل می‌توان برشمرد. شناسایی عوامل خطر ساز بیماریهای قلبی عروقی و کنترل این عوامل خطر ساز از مهمترین اقدامات طب پیشگیری است و ضروری است که در هر جامعه شناسایی و برنامه های کنترل آنها طراحی شود (بیات ماکو، آرش و خدایاری، ۱۳۸۷).

بیماریهای قلبی اگر خوب کنترل نگردند، می‌توانند تمامی ابعاد زندگی فرد را تحت تاثیر قرار داده و از کیفیت زندگی مبتلایان تا حدود زیادی بکاهند (تاد^۱ و همکاران، ۲۰۰۲؛ چان، چان و چانگ^۲، ۲۰۰۵) از آنجا که این

^۱- Tod & et al

^۲- Chan, chan & chang

بیماری‌ها سیر مزمن داشته و درمان قطعی ندارند، با ارتقاء سطح سلامتی و پیشگیری، می‌بایست از روند پیشرفت آنها جلوگیری نموده و از ناتوانی‌های حاصل از آنها کاست (بلک و هواکس^۱، ۲۰۰۵).

رفتارهای بهداشتی فعالیت‌هایی هستند که صرف نظر از وضعیت سلامت واقعی یا مشاهده شده توسط فرد با هدف حفظ، حمایت و ارتقاء سلامت انجام می‌شود (مظلومی محمودآباد^۲، ۱۳۸۴). در مجموع بیماران عروق کرونری رفتارهای بهداشتی ناسازگارانه تری نظیر سیگار کشیدن، ورزش نکردن و رژیم غذایی بد دارند (دنولت، هولمز، ورینتس، کونراد^۳، ۲۰۰۷).

تحقیقات زیادی در مورد روان‌شناسی سلامت در حوزه بیماری‌های قلبی-عروقی صورت گرفته است. شواهد حاکی از آن است که شخصیت نقش مهمی در چنین بیماری‌هایی دارد. یکی از متغیرهای مهم اثر گذار دیگر بر بیماری عروق کرونری، تیپ شخصیتی D است. مفهوم تیپ شخصیتی D بیانگر تعامل صفات ویژه‌ای است که ممکن است روی سلامتی اثرات زیانباری داشته باشد. بین تیپ شخصیتی D و مولفه‌های آن و تندرستی بیماران عروق کرونری رابطه‌ی منفی وجود دارد. نتایج این تحقیق حاکی از این است که تنش‌های ناشی از تیپ شخصیتی D از طریق تغییرات رفتاری و فیزیولوژیکی بر سلامتی اثر می‌گذارند (دنولت، کونراد، برودسیرت، کلرک، استیونز و ویرینتس^۳، ۲۰۰۳).

بیماری قلبی به دلیل ماهیت مزمن و ناتوان ساز خود بسیار تهدید کننده و تکان دهنده تلقی می‌گردد. در نتیجه این بیماران همواره دچار نوعی استرس مزمن بوده و در نتیجه نمی‌توانند رابطه عاطفی خوبی با دیگران و محیط برقرار نمایند. یافته‌های پژوهش نشان داد که بیمارانی که در مرحله‌ی پی‌گیری شرکت کرده بودند به صورت معنی داری از بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردار بودند. این یافته به آن معنا است که بهزیستی روانشناختی به مشارکت بیشتر و موثرتر در فرایند درمان بیماران کمک می‌کند و در نتیجه احتمال بهبودی را افزایش می‌دهد (بشارت، پورنگ، صادق پورطبایی و پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۷).

^۱- Black & Hawks

^۲- Denollet, Holmes, Vrints & Conraads

^۳- Denollet, Conraads, Brutsaert, Clerck, Stevens & Vrints

شواهد حاکی از آن است که سطوح پایین حمایت اجتماعی با افزایش مرگ قلبی و سایر علل که منجر به مرگ و میر می‌شود، ارتباط داشته و در پیشرفت آرترو اسکروز در بیماران قلبی عروقی مؤثر هستند (سل، گراف، گوسنس و ویسرن، ۲۰۰۸). شواهد قوی و پایداری در ادبیات وجود دارد که انزوای اجتماعی و یا نقصان حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل خطر ساز مستقل در بیماریهای کرونر قلبی است (بونکر^۱ و همکاران ۲۰۰۳؛ روزانسکی، بولومنتال و کاپلان^۲ ۱۹۹۹). حمایت اجتماعی با بروز بیماری کرونر قلبی (رزنگرن، آرث-گومر، ویلهم سن^۳ ۱۹۹۸؛ روزانسکی و همکاران ۱۹۹۹؛ انگ و همکاران، ۲۰۰۲) و با میزان مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی عروقی مرتبط است. اثرات مفید حمایت اجتماعی در پیش آگهی بیماران کرونر قلبی و جلوگیری از عود مجدد بیماریهای قلبی عروقی بویژه در مردان به اثبات رسیده است (آرث-گومر و همکاران ۱۹۹۸).

دلسوزی را می‌توان بعنوان یک هیجان که همدردی با دیگران را تسهیل می‌کند در نظر گرفت (شیوتا، کلتنر و جان^۴، ۲۰۰۶). حفظ دلسوزی برای دیگران (مانند نقش اجتماعی با افزایش بهزیستی روانشناختی مرتبط است) (کوپر و شلدن^۵، ۲۰۰۸). افرادی که حس دلسوزی برای دیگران را در دوره ای کوتاه از یک برنامه آزمایشی آموختند احساس بیشتری از ارتباط و اتصال با دیگران و افزایش خلق مثبت را نسبت گروه کنترل تجربه کردند (هاچرسون، سپالا و گراس^۶، ۲۰۰۸). بنظر می‌رسد که دلسوزی با رفتارهای بهداشتی بیماران مرتبط باشد.

در این پژوهش تلاش شده است که ارتباط متغیرهای تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خود دلسوزی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی مورد بررسی قرار گیرد.

¹- Bunker & et al

²- Roznski, Blumenthal, Kaplan

³- Rosengren, Orth-Gomer & Wilhelmsen

⁴- Shiota, Keltner & John

⁵- Cooper & Shelden

⁶- Hutcherson, Seppala & Gross

بیان مسئله

بیماریهای قلبی - عروقی به عنوان عمده ترین علل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است (سل، گراف و ویسرن، ۲۰۰۸) که از این میان بیماری عروق کرونری به عنوان کشنده ترین بیماری قلبی-عروقی شناخته شده است و بیش از ۵۰ درصد مرگ های قلبی را به خود اختصاص می دهد (ریدکر^۱، ۲۰۰۱). در بیماریهای قلبی - عروقی متغیرهایی مانند فشارخون بالا، دیابت، کلسترول بالا، سبک زندگی ناسالم و متغیرهای اجتماعی - روانشناختی به عنوان عوامل خطر ساز شناخته شده اند که بیش از ۹۰ درصد علل بروز بیماریهای کرونر قلبی را تبیین می کنند (لاناس و همکاران، ۲۰۰۴).

بیماری کرونر قلبی یکی از اشکال بیماری های قلبی - عروقی است که از رسوب چربی در جداره سرخرگ های کرونر (سرخرگهایی که به قلب خون رسانی می کنند) ایجاد می شود (مجلسی، محبی و مجلسی، ۱۳۷۷). این بیماری یکی از سه علت اصلی مرگ و میر در کنار سرطان و سکته مغزی در کشورهای صنعتی به شمار می رود (لیندزی و پاول، ۱۳۷۹؛ سازمان جهانی بهداشت، به نقل از سارافینو، ۲۰۰۲). بیماری کرونر قلبی اولین عامل مرگ در کشورهای مختلف است (انجمن قلب امریکا، ۲۰۰۲؛ به نقل از اسکرودر و اسکاورزر^۲، ۲۰۰۵). طبق آمارهای موجود در انجمن قلب امریکا بیش از ۶۰ میلیون نفر در امریکا از بیماریهای قلبی و عروقی رنج می برند.

رفتارهای بهداشتی در بیماران قلبی - عروقی می تواند تحت تاثیر رفتارهای فردی مانند عادات تغذیه ای نامناسب، فقدان فعالیت جسمانی و ورزش، استرس های جسمی و روانی، وزن، استراحت و خواب، استفاده از سیگار، مصرف نوشیدنی های الکلی و دیگر رفتارهای خطرزا باشد. متغیرهای زیادی در تندرستی بیماران قلبی عروقی تاثیر دارند (گریگس و لوسکالزو^۳، ۲۰۰۵).

¹- Ridker

²- Schroder & Schwarzer

³- Grigs & Loskalzo

در سالهای اخیر شواهد زیادی در مورد اهمیت عوامل روانشناختی در سبب شناسی و تشدید بیماریهای قلبی عروقی فراهم شده است (روزانسکی^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). تیپ شخصیتی D بعنوان یک عامل خطر در پیش-آگهی دراز مدت بیماران قلبی با تیپ شخصیتی درمانده مورد توجه قرار گرفته است. به اعتقاد دنولت (۲۰۰۳) تیپ شخصیتی D به افرادی اشاره دارد که بصورت خودبخودی سطوح بالای هیجان منفی و بازداری اجتماعی را تجربه می‌کنند. به عبارت دیگر، افراد دارای تیپ شخصیتی D برای تجربه هیجانات منفی و اجتناب از بیان این هیجانات در تعاملات اجتماعی مستعد هستند و تصور می‌شود که وجود هیجان منفی در آنها کم نیست و نه تنها باید بعنوان یک عامل خطر به آن توجه کرد بلکه باید دقت کرد که روشهای انطباقی فرد با این هیجانات منفی چگونه است (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۸). دنولت و همکاران (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که تیپ شخصیتی D مستقل از عوامل دیگر، پیش بینی کننده‌ی مهمی برای ناراحتیهای قلبی می‌باشد. رفتارهای بهداشتی یک عامل تعدیل کننده 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 (پدرسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که بیماران دارای تیپ شخصیتی D در مقایسه با سایر بیماران از لحاظ وضعیت بهداشتی بیشتر آسیب می‌بینند (برای مثال اگواریوس و همکاران^۳، ۲۰۰۷). ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۸) نشان دادند که تنها مولفه عاطفه منفی تیپ شخصیتی D تندرستی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری را پیش بینی می‌کند. بنابراین با توجه به تاثیری که تیپ شخصیتی D در سبک زندگی، انتخاب‌ها و اعمال و رفتار دارد، می‌تواند به پیش آگهی ضعیف‌تری در بیماران قلبی عروقی منجر شود.

^۱- Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab & Kubzansky

^۲- Pedersen, Denollet, Ong, Serruys, Erdman & Van Domburg

^۳- Aguaris & et al.

متغیر مرتبط دیگر با رفتارهای بهداشتی، حمایت اجتماعی است. منظور از حمایت اجتماعی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع مورد نیاز فراهم می‌کنند. حمایت دیگران، تامین کننده خدمات و اطلاعات عینی است که احساس مراقبت شدن، مورد حمایت واقع شدن، احترام داشتن، ارزشمند بودن را برای فرد فراهم می‌سازد. فرد احساس می‌کند که در بخش قابل توجهی از مراودات اجتماعی قرار داشته و در یک تعهد دو جانبه شریک است. حمایت اجتماعی یک کمک دو جانبه است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خود، احساس عشق و ارزشمندی می‌گردد و همه این موارد به فرد فرصت خود شکوفایی می‌دهد (حمید، ۱۳۸۵). سودمندی روان‌شناختی حمایت اجتماعی ممکن است ناشی از اثر آن روی ارزیابی ذهنی عوامل فشار، انتخاب شیوه‌های موثر سازگاری، احساس عزت‌نفس و مهارت‌های فردی باشد (لیبرمن^۱، ۱۹۸۲؛ کوهن و مک کی^۲، ۱۹۸۴؛ لیپور، ایوانز و اشنایدر^۳ ۱۹۹۱ به نقل از علی‌پور، ۱۳۸۳). نتایج این پژوهش‌ها حاکی از آن است که میزان آسیب‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای حمایت اجتماعی بالا در مقایسه با افراد دارای حمایت اجتماعی پایین کمتر است (برای مثال مونرو، برومت، کنل و استینر^۴، ۱۹۸۶؛ فراسر، اسپینک^۵ ۲۰۰۲ به نقل از علی‌پور، ۱۳۸۳). در بیماران کرونر قلبی و سایر بیماری‌های مزمن خود کنترلی وابسته به حمایت اجتماعی است (دیماتو^۶، ۲۰۰۴). علاوه‌براین، در رویکرد شناختی- اجتماعی بندورا، حمایت اجتماعی یک پیش زمینه مهم برای تغییر رفتار بهداشتی بوسیله خود کنترلی مناسب است (بندورا^۷، ۱۹۹۸). در برخی مطالعات نشان داده شده است که حمایت اجتماعی مستقیماً بر فرایندهای فیزیولوژیک مرتبط با آرترواسکلروز تأثیر دارد. مردان با فشار خون بالا که حمایت اجتماعی سطح بالایی داشتند، سطح اپی نفرین خونشان مانند افراد گروه کنترل بود در حالی که در مردان مبتلا به فشارخون بالا، با حمایت اجتماعی پائین سطح اپی نفرین بالاتر بود (سل،

1- Liberman

2- Cohen & MC-key

3- Lipour, Iwans & Shnaider

4- Monroe, Bromet, Connell & Steiner

5- Fraser & Spink

6- Dimatteo

7- Bandura

گراف، گوسنس و ویسرن ۲۰۰۹). کینگ^۱ و همکاران (۲۰۰۱) نتیجه‌گیری کرده‌اند که حمایت اجتماعی با شدت و نتایج حمله قلبی و پذیرش و مشارکت در برنامه بازتوانی قلبی رابطه مستقیم دارد. مدارک قوی و پایداری در ادبیات وجود دارد که انزوای اجتماعی و یا نقصان حمایت اجتماعی یک عامل خطر ساز مستقل در بیماریهای کرونر قلبی است (بونکر و همکاران ۲۰۰۳؛ روزانسکی و کاپلان ۱۹۹۹). حمایت اجتماعی با بروز بیماری کرونر قلبی و با میزان مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی - عروقی ارتباط دارد (رزنگرن، آرث-گومر، و ویلهلم سن ۱۹۹۳؛ روزانسکی و همکاران ۱۹۹۹؛ انگ و همکاران، ۲۰۰۲). اثرات مفید حمایت اجتماعی در پیش آگهی بیماران کرونر قلبی مورد توجه است (هدبلیدو و همکاران ۱۹۹۲؛ اورث-گومر و همکاران ۱۹۹۳) که این چالش نیاز به بررسی دارد.

شواهد پژوهشی حاکی است که کمبود حمایت اجتماعی یک عامل خطر مستقل در شدت و گسترش آرترواسکلروز در زنان میانسال که تحت آنژیوگرافی قرار گرفته‌اند، می‌باشد. این ارتباط از عوامل خطر طبی و سبک زندگی مانند سیگار کشیدن، رژیم غذایی و سبک زندگی بی‌تحرک مستقل بود (آرث-گومر، ۱۹۹۳ و ۱۹۹۸). حمایت اجتماعی ضعیف هم بعنوان عامل خطر در عود مجدد وقایع بالینی در زنان شناسایی شده است (هورستن، میتل‌من، واما، اسپنک، گوستافسون و آرث گومر^۲، ۱۹۹۹).

متغیر دیگری که بنظر می‌رسد با رفتارهای بهداشتی بیماران قلبی عروقی مرتبط باشد، خوددلسوزی است. نف (۲۰۰۳) از سازه خود دلسوزی بعنوان شکلی از پذیرش خود تعریفی جدید داده‌است. خوددلسوزی نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی خود است که ناخوشایند هستند و شامل سه عنصر اصلی است. اول اینکه هر زمان که فرد متوجه ناکارآمدی خود شود و از آن رنج ببرد موجودیت (بودن) خود را دوست بدارد و آن را درک کند. دوم حسی است از ویژگی مشترک انسانی، و تشخیص این امر که درد و شکست، جنبه‌های غیرقابل اجتناب مشترک در تجربه همه انسانهاست. نهایتاً، خوددلسوزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانات خود است و توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج‌آور (بجای اجتناب از آنها)

¹- King & et al

²- Horsten, Mittleman, Wamala, Schenck- Gustafsson & Orth-Gome´r

بدون بزرگنمایی و یا احساس غم و تاسف برای خود می باشد. شواهد پژوهشی حاکی است، دانشجویانی که توجه بیشتری به همکلاسی‌هایشان دارند اعتماد به نفس بالاتر، عزت نفس بیشتر و کارآمدی بالاتر و نوسان فشارخون کمتری را نشان دادند (پیفری و لاولر^۱، ۲۰۰۶). افرادی که دلسوزی بالاتری نسبت به دیگران دارند، دیگران را هم برای خود دلسوزتر ادراک می‌کنند (لیمی و کلارک^۲، ۲۰۰۸؛ کروکر و کان ولو^۳، ۲۰۰۸).

یافته‌های پژوهشی حاکی است خوددلسوزی با مقیاسهای شادی، خوش‌بینی، هیجان مثبت، دانایی، ابتکار فردی، کنجکاوی و اکتشاف، پذیرنده‌گی و برونگرایی و وظیفه‌شناسی رابطه مثبت معنی‌داری دارد. در صورتی که خوددلسوزی با هیجان منفی و روان رنجوری رابطه معنی‌دار منفی داشت (نف و همکاران، ۲۰۰۶).

(نف، رود و پاتریک^۴، ۲۰۰۶) در پژوهشی بر روی دانشجویان نشان دادند که بین جنسیت و خوددلسوزی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. آنها نتیجه‌گیری کردند که دلسوزی با اضطراب رابطه منفی معنی‌داری دارد. نف، رود و پاتریک (۲۰۰۶) در مطالعه دیگری در ۴۰ دانشجو به این نتیجه رسید که خوددلسوزی بر احساس سلامتی تاثیر مستقیم دارد. افرادی که افزایش خوددلسوزی را تجربه می‌کردند، تجربه ارتباط اجتماعی آنها افزایش و خودتخریبی، افسردگی، خودانتقادی، افکار سرکوبگرانه و اضطراب آنها کاهش می‌یافت. بنظر می‌رسد که دلسوزی فقط در افراد بهنجار مورد بررسی قرار گرفته است و به عنوان یک متغیر مهم می‌تواند در بیماران کرونر قلبی مورد بررسی قرار گیرد.

پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که کدامیک از متغیرهای تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی، رفتارهای بهداشتی بیماران کرونر قلبی را پیش‌بینی می‌کنند؟

¹- Piferi & Lawler

²- Lemay & Clark

³- Crocker & Canevello

⁴- Neff, Rude & patrick

اهمیت و ضرورت تحقیق

توسعه شهرنشینی، زندگی در جهان صنعتی و کنترل بیماری‌های واگیردار، همراه با تغییر در ساختار سنی جامعه در جهت پیر شدن، جمعیت ما را هرچه بیشتر با افزایش شیوع بیماری‌های غیرواگیر مانند سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی عروقی، سکنه و دیابت و عوامل خطر ساز آنها روبه‌رو خواهد کرد (عزیزی، ۱۳۸۰). اختلالات قلبی عروقی در زمره اساسی‌ترین مشکلات بهداشتی قرار دارد، به طوری که در سال ۱۹۹۰ در کشورهای توسعه یافته حدود ۴۶/۶ درصد مرگ‌ها ناشی از اختلالات قلبی - عروقی بود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹). پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ نزدیک به ۲۵ میلیون مرگ ناشی از اختلال قلبی-عروقی در سال رخ دهد. براین اساس از هر سه مورد مرگ یک مورد آن به علت اختلالات قلبی-عروقی خواهد بود (انجمن قلب امریکا، ۱۹۹۸).

شیوع ۲۰ تا ۲۵ درصدی بیماری‌های قلبی-عروقی، که بعد از حادثه تصادفات در ایران (و بیشتر کشورها) دومین علت مرگ و میر می‌باشد و هزینه‌های هنگفت درمان و بستری و اشغال تخت‌های بیمارستان برای انتظار و نوبت عمل، از جهت دیگر افزایش تعداد نفرات نیازمند به ادامه و پیگیری مراقبت و درمان نگه-دارنده و هزینه‌های دارویی پس از ترخیص تقلیل نیروی فعال تولید کننده در کشورهای توسعه یافته و بخصوص در حال توسعه از جمله ایران (به نقل از جهان بین، ۱۳۷۹)، یکی از مهم‌ترین راهکارهای مناسب در پیشگیری و کنترل بروز بیماری‌های قلبی - عروقی، شناخت عوامل خطر مؤثر و رفتارهای مخاطره‌انگیز در ایجاد این بیماریها است که ما را در اقدامات، پیشگیری و برنامه‌ریزی کمک می‌کند.

چالش کنونی سلامت جوامع بشری بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی هستند که از شایعترین آنها بیماری‌های قلبی - عروقی است که براساس آمار منتشر شده از سوی انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۰۵ رتبه اول مرگ و میر را در سراسر دنیا به خود اختصاص داده و مسئول ۳۸ درصد مرگها، یعنی از هر ۲/۶ مورد مرگ، یک مورد می‌باشد (لئون‌آس، فرانکین، کوستا، بالادی، برا^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). بیماری‌های قلبی اگر خوب کنترل

^۱- Leon As., Frankin, Costa, Balady, Berra.& et al