



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
FREIBURG

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
ERIKSSON INSTITUTE
FOR PSYCHOANALYSIS
University of Applied Sciences
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

مقایسه شاخص‌های برون‌گرایی - درون‌گرایی، نوزز‌گرایی - پسیکوز‌گرایی و سبک‌های حل مسأله بیماران عروق کرونری قلب با بیماران مبتلا به سردرد میگرنی و افراد سالم

بهروز بهروز^۱ - مسعود اشرف‌آبادی^۲ - فرحناز شاکه‌نیا^۳ - گلاویژ عزیززاده^۴

چکیده

در مدل زیستی-روانی-اجتماعی در حوزه روانشناسی سلامت اعتقاد بر این است که عوامل غیر زیستی (شخصیتی-روانشناختی) در شکل‌گیری، تشدید و موفقیت در درمان بسیاری از بیماران نقش دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه شاخص‌های برون‌گرایی-درون‌گرایی، نوزز‌گرایی-پسیکوز‌گرایی و سبک‌های حل مسأله بیماران عروق کرونری قلب با بیماران مبتلا به سردرد میگرنی و افراد سالم است. پژوهش از نوع توصیفی و در حیطه پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران عروق کرونری و سردرد میگرنی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) در سال ۹۰-۱۳۸۹ می‌باشد، که به روش تصادفی ساده تعداد ۵۰ بیمار سردرد میگرنی و ۵۰ بیمار قلبی و ۵۰ فرد سالم به عنوان نمونه انتخاب شدند. اطلاعات به کمک فرم کوتاه پرسشنامه شخصیت بزرگسالان آیسنک (EPQ-RS) (۱۹۸۵) و پرسشنامه حل مسأله کسیدی ولانگ (۱۹۹۶) جمع‌آوری شد. و به روش آماری توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس چند متغیره) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نشان داد که بین بیماران عروق کرونری، میگرنی و افراد سالم از لحاظ ابعاد برون‌گرایی و نوزز‌گرایی تفاوت معناداری وجود دارد ولی از لحاظ پسیکوز‌گرایی تفاوتی مشاهده نمی‌شود. همچنین مقایسه‌های زوجی مشخص کرد که بین بیماران عروق کرونری در مقایسه با افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم از لحاظ شاخص‌های برون‌گرایی و نوزز‌گرایی تفاوت دارند ولی در عامل پسیکوز‌گرایی بین بیماران قلبی و افراد سالم و میگرنی تفاوتی وجود ندارد. در مورد سبک‌های حل مسأله تحلیل واریانس نشان داد که بین سه گروه از لحاظ سبک‌های حل مسأله تفاوت معناداری وجود دارد بدین صورت که، بیماران قلبی بیشتر از روش‌های ناکارآمد حل مسأله استفاده می‌کنند و بیماران میگرنی و افراد سالم از روش‌های سازنده

۱- نویسنده مسئول: دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان. کارشناس ارشد، دانشگاه اصفهان behrouz.psycho64@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی

۳- کارشناس ارشد، دانشگاه اصفهان

۴- کارشناس ارشد، دانشگاه همدان

حل مسأله استفاده می کنند. علاوه بر شخصیت، عوامل شناختی و رفتاری که با سهولت بیشتری تغییر می یابند، نیز با بیماری کرونری قلب و سردرد میگرنی رابطه دارند و می توان با تغییر این سبک ها به کاهش مشکلات این دسته از مبتلایان کمک کرد.

کلیدواژه ها: برونگرایی- درونگرایی، نورزگرایی- پسیکوزگرایی، حل مسأله، عروق کرونری قلب، سردرد میگرنی.

مقدمه

امروزه بیماری های قلبی- عروقی ۱ بویژه بیماری عروق کرونری قلب ۲ یکی از سه علت اصلی مرگ و میر در کنار سرطان و سکنه مغزی در اکثر کشورهای صنعتی به شمار می رود (کابزانسکی ۳، ۲۰۰۲). و هر ساله جان میلیونها نفر را به خطر می اندازد و میلیاردها دلار هزینه ی ناشی از ضایعات مرگ و میر و از کارافتادگی را رقم می زند. عامل اصلی در ایجاد این بیماری عارضه، آترواسکلروز (AMD) می باشد که، منجر به پیدایش پلاک های سخت در دیواره ی داخلی شریان های کرونری می گردد و باعث تنگی یا انسداد این عروق می شود. در نتیجه ی این تنگی وانسداد، خون رسانی و اکسیژن دهی به ماهیچه قلب کاهش می یابد و این امر منجر به بروز طیفی از بیماری های کرونری قلب می شود (آندرولی ۴، ۲۰۰۱). در ایران مانند سایر کشورهای با درآمد متوسط، شیوع بیماری های سیستم گردش خون به ویژه بیماری های عروق کرونری در سال های اخیر رو به افزایش و نخستین علت مرگ و میر بوده است (صراف زادگان و همکاران، ۱۳۸۰؛ جعفری و همکاران، ۱۳۸۸)، بطوریکه بالغ بر ۴۶ درصد کل مرگ ها در ایران ناشی از بیماری های قلبی عروقی بوده است. در استان کرمانشاه نیز بیماری های عروق کرونری نخستین علت مرگ بوده و ۳۵/۶ درصد از کل مرگ ها بدلیل این عامل وقوع یافته است (سایت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۳۹۰؛ سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، ۱۳۹۰). عوامل روانی- اجتماعی زیادی در رابطه با بیماری عروق کرونری قلب مطرح شده اند که، خطر ابتلاء به آن را افزایش می دهند. این عوامل شامل عوامل شخصیتی، استرس های زندگی، سبک خاص زندگی و هیجانات منفی می باشند (تایلور ۵، ۲۰۰۳).

مدل زیستی روانی- اجتماعی^۶ دو دیدگاه زیستی- طبی و روانی- اجتماعی را برای تبیین بیماری و سلامتی ادغام کرده است. بر طبق این مدل، عوامل زیست شناختی می توانند آمادگی ژنتیکی، سبک غذایی و عدم تعادل های بیوشیمیایی باشند و عوامل روانشناختی هم رفتارها، شخصیت افراد و بالأخره عوامل اجتماعی (شامل؛ اعضای خانواده، محیط خانه و وقایع) باشند. بنابراین می توان پذیرفت که

¹-Cardio Vascular Disorder

²-Coronary Heart Disease

³-Kubzansky

⁴-Andreoli

⁵-Taylor

⁶-Biopsychosocial Model

این بیماری از لحاظ علت شناسی و درمان چند عاملی است (فیرس^۱، ۲۰۰۷؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۹). و تأکید اصلی پژوهش‌ها طی دهه‌های اخیر متمرکز بر نقش عوامل هیجانی- شخصیتی- رفتاری (خشم و خصومت، افسردگی و اضطراب و شیوه‌های حل مسأله و مقابله) در بروز و پیشرفت CHD بوده است و این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که، هیجان‌ات منفی و خصیصه‌های شخصیتی علاوه بر بروز CHD موجب تشدید و وخامت آن نیز می‌شوند (اسپیرو^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ روسنرگرن و تایبلین^۳، ۲۰۰۹؛ کاواچی^۴ و همکاران، ۲۰۰۰).

در این ارتباط گرووا^۵ و همکاران (۱۹۹۷) نشان دادند که، بیماران با اختلالات قلبی- عروقی بیشتر دارای خصوصیات نظیر درونگرایی، کاهش رویا، افزایش واکنش‌های اضطرابی و افسردگی به استرس هستند. همچنین در عوامل روان‌آزرده‌گرایی، در سطح بالاتر و در عامل برونگرایی، در سطح پایین‌تری قرار دارند (ولاروت^۶ و همکاران، ۲۰۰۶؛ آمیلونگ^۷، ۱۹۹۸؛ چالز^۸ و همکاران، ۲۰۰۸)، و خصوصیات نظیر خشم، خصومت، هیجان سرکوب شده، افسردگی و بدبینی با ابتلاء به بیماری‌های قلبی- عروقی همبستگی مثبت دارند (دنولت و دفریوت^۹، ۲۰۰۲). و افراد دچار حمله قلبی در مقایسه با گروه کنترل بیشتر دارای خصوصیات چون بی‌ثباتی هیجانی، اضطراب، افسردگی، درونگرایی و حساسیت هستند (بوناگیدی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۶). براساس نظریه آیسنک^{۱۱} شخصیت دارای سه عامل مزاجی برونگرایی^{۱۲}، نورزگرایی^{۱۳} و پسیکوزگرایی^{۱۴} است. وی، برای ابعاد برونگرایی و نورزگرایی مبانی عصب‌شناختی قائل است؛ درحالی‌که بعد برونگرایی- درونگرایی به دستگاه عصبی مرکزی (CNS) وابسته است، پیوستار نورزگرایی- پایداری به سیستم عصبی خودمختار (ANS) ارتباط دارد. فرد برونگرا (E)؛ دارای مشخصه‌های جامعه‌طلبی، برانگیختگی، خوش‌بینی و نیاز به محرک و نورزگرایی (N)؛ مبین شدت واکنش‌های هیجانی است. فرد نورزگرا واکنش‌های شدید و درازمدتی نسبت به تنیدگی نشان می‌دهد و نشانه‌های ناپایدار خلقی، زودرنجی، حساسیت نسبت به مسائل جزئی و اضطراب در وی مشاهده می‌شود و از انواع ناراحتی‌های جسمانی مانند؛ سردرد، کم‌درد و مسائل هاضمه شکایت دارد. عامل پسیکوزگرایی (P)؛ از لحاظ رفتاری بر اساس بی‌رحمی، عدم حساسیت

1 -Phares

2-Spiro

3-Rosengren & Tibllin

4-Kawachi

5-Gereova

6-Vollrath

7-Amelong

8-Chales

9-Denollet & Defruyt

10 - Bonaguiddi

11 - Eysenck

12-Extraversoin

13 - Neuroticism

14 -Psychotism

اجتماعی، فقدان هیجان پذیری، بی توجهی نسبت به خطر، به مخاطره انداختن خود، نفرت از دیگران و جاذبه نسبت به چیزهای نامعمول، مشخص می شود (دادستان، ۱۳۹۰).

از طرفی، شخصیت تعیین کننده سبک های حل مسأله به عنوان، عامل درک تفاوت های فردی در آسیب پذیری نسبت به مشکلات جسمی و ذهنی است (اندلر و پارکر^۱، ۲۰۰۹). حل مسأله فرآیندی شناختی-رفتاری و مبتکرانه است که فرد به کمک آن راهبرد های موثر و سازگارانه برای مشکلات روزمره را شناسایی می کند (کسیدی و لانگ^۲، ۱۹۹۶). شش سبک حل مسأله عبارتند از: سبک حل مسأله خلاقانه، اعتماد، گرایش، درماندگی، کنترل و اجتناب. سه سبک نخست، سبک حل مسأله کارآمد و سه سبک بعدی، سبک حل مسأله ناکارآمد خوانده می شوند (چانگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). در دهه های اخیر برای بررسی نقش سبک های حل مسأله در بروز CHD و نیز شناسایی سبک های ناکارآمد که به افزایش شدت بیماری کمک می کنند، پژوهش های بسیاری انجام شده است (گرین^۴ و همکاران، ۲۰۰۳؛ فرناندس^۵ و همکاران، ۲۰۰۳؛ اکبری و همکاران، ۱۳۸۷؛ بارکر^۶ و همکاران، ۲۰۰۵؛ هانسن و مینتس^۷، ۲۰۰۵) که گویای این مسأله هستند. بیمارانی که در رویارویی با استرس، از سبک های ناکارآمد بهره می گیرند، در مقایسه با بیمارانی که سبک های حل مسأله کارآمد را به کار می برند، پنج برابر بیشتر به انفارکتوس قلبی دچار می شوند (دنولت، ۲۰۰۵). همچنین بین سبک حل مسأله ناکارآمد و بروز بیماری عروق کرونر رابطه معنادار و مثبت وجود دارد، در حالی که سبک های حل مسأله کارآمد، احتمال بروز CHD را کاهش می دهد (گرین و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین میان سبک اجتناب و بروز CHD در زنان و بین سبک گرایشی و بروز CHD در مردان ارتباط معناداری وجود دارد (فرناندس و همکاران، ۲۰۰۳؛ دنولت و همکاران، ۲۰۰۶).

اکبری و همکاران (۱۳۸۷) نیز نشان دادند که، ابراز هیجان های منفی در مردان مبتلاء به CHD بصورت مستقیم ولی سبک ابراز هیجان های منفی در زنان مبتلاء به این بیماری بصورت سرکوبگری می باشد. اخیراً سبک های حل مسأله به عنوان عامل پیش بینی کننده نتیجه درمان در بیماران پیوند قلبی مطرح شده است و براساس این نتایج بیمارانی که در درمان موفق بوده اند، بیشتر از سبک حل مسأله اعتماد، خلاقانه و گرایش استفاده می کنند و کمتر از سبک ناکارآمد حل مسأله استفاده می کرده اند. سبک های حل مسأله ناکارآمد، بزرگترین پیش بینی کننده ناتوانی در بیماران پیوند قلبی محسوب می گردد (بارکر و همکاران، ۲۰۰۵). مطالعات طولی شش ساله نشان داده اند که، سبک حل مسأله کارآمد به بیمار کمک می کند که بیماری خود را اداره کند و بر طول عمر خود بیفزاید (هانسن و

¹ -Endler & Parker

² -Cassidy & Long

³ -Jang

⁴ - Gerin

⁵ -Fernandes

⁶ -Burker

⁷ -Hanson & Miintz

میتس، ۲۰۰۵). نتایج برخی دیگر از پژوهش‌هایی که زیر تأثیر تفکر دوگانگی جسم و ذهن، انجام شده نشان داده‌اند که عوامل شناختی، نقش بسیار مهمی در ایجاد مشکلات جسمانی داشته و تأثیر درمانی مداخله‌های بالینی مبتنی بر جنبه‌های شناختی در پیشگیری و مهار اینگونه مشکلات معنادار بوده‌اند. در این راستا، نتایج اینگونه تحقیقات تأثیر درمانی آموزش سبک‌های حل مسأله را بر مشکلات روان-تنی^۱ و بیماری‌های قلبی-عروقی نشان داده‌اند (ویلیکسون و ماینورس والیس^۲، ۲۰۰۷؛ یانگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به موارد فوق و ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های حل مسأله در زمینه‌سازی برای ابتلاء و تشدید بیماری‌های قلبی-عروقی و با توجه به شیوع بالای این بیماری در کشور پژوهش حاضر به مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های حل مسأله در بیماران قلبی-عروقی (عروق کرونری قلب) و همچنین مقایسه این خصوصیات با افراد مبتلاء به سردرد میگرنی و افراد سالم پرداخته‌است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه؛ پژوهش از نوع توصیفی و در حیطه پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران عروق کرونری قلب و بیماران سردرد میگرنی مرکز آموزشی-درمانی امام رضا(ع) می‌باشد که در سال ۹۰-۱۳۸۹ به این بیمارستان مراجعه کرده‌اند. برآورد حجم نمونه به روش آزمون فرضیه و اندازه‌های اثر بدست آمده از تحقیقات قبلی و تحلیل توان صورت گرفت، که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، تعداد ۵۰ نفر مبتلاء به بیماری عروق کرونری قلب که برای انجام عمل جراحی جهت بازکردن رگهای قلب خود بستری بودند، با دامنه سنی ۲۴-۶۳ سال انتخاب و بیماران دریچه‌ای، آنژیوگرافی و سایر نارسانای‌های قلبی مادرزادی از آزمودنی‌های این پژوهش حذف گردیدند. و همچنین ۵۰ نفر مبتلاء به سردرد میگرنی از بین افرادی که به مرکز آموزشی-درمانی امام رضا(ع) مراجعه کرده و بنا به تشخیص پزشک معالج مبتلاء به سردرد میگرنی بودند، با دامنه سنی ۲۶-۶۲ سال و به روش تصادفی ساده انتخاب شدند و ۵۰ نمونه سالم نیز از بین همراهان و ملاقات کنندگان بیماران و کارکنان این بیمارستان که فاقد بیماری بودند، با دامنه سنی ۲۴-۵۸ به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. در مرحله اجرای پژوهش پس از ارائه توضیحات مقدماتی درباره پرسشنامه‌ها و هدف از اجرای آزمون، نحوه پاسخگویی به آزمون‌ها برای آزمودنی‌ها شرح داده می‌شد، و آزمون‌ها بر روی افراد اجرا گردید. درخصوص ملاحظات اخلاقی پس از کسب رضایت نامه از بیماران و دادن آگاهی‌های لازمه، به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده فقط در پژوهش حاضر استفاده خواهد شد و از هر گونه سوء استفاده محفوظ خواهند بود. اطلاعات جمع‌آوری شده علاوه بر آمار توصیفی با کمک آمار استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیره) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

¹ -Psychosomatic

² -Wilkison & Mynors-Wallis

³ -Yang

ابزار سنجش

۱) ابزارهای جمع آوری داده ها شامل، فرم کوتاه پرسشنامه شخصیت بزرگسالان آیسنک (EPQ-RS) (1985) و پرسشنامه حل مسأله کسیدی ولانگ (۱۹۹۶) بود. پرسشنامه شخصیت بزرگسالان آیسنک، یک مقیاس خودسنجی ۴۸ سوالی "بلی" و "خیر" است که، شامل سه بعد شخصیت روان آزرده گرای/پایداری هیجانی (۱۲ آیتم)، بعد برون گرای/درون گرای (۱۲ آیتم) و روان پریش گرای (۱۲ آیتم) و یک مقیاس دروغ سنج می باشد که، گرایش به خوب نمائی را می سنجد و (۱۲ آیتم) بعدی را شامل می شود. پایایی و اعتبار این آزمون توسط بخشی پور و باقریان (۱۳۸۵) بر روی جمعیت ایرانی انجام شده است. پایایی بدست آمده در بررسی آنها برای مقیاس P ۰/۶۷، برای مقیاس E ۰/۸۹، برای مقیاس N ۰/۹۰، برای مقیاس L ۰/۸۹ بود. در بررسی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) نیز، برای مقیاس E ۰/۷۷، برای مقیاس N ۰/۷۴، برای مقیاس P ۰/۵۲ و برای مقیاس L ۰/۶۱ بدست آوردند. برای ارزیابی حل مسأله از پرسشنامه حل مسأله کسیدی ولانگ دارای ۲۴ سؤال استفاده شد. که ۶ خرده مقیاس را می سنجد و هر کدام از خرده مقیاس ها در برگیرنده ۴ ماده آزمون است. این مقیاس بوسیله محمدی وصاحبی (۱۳۸۰) اعتبار یابی شده است و پایایی درونی آن را با بهره گیری از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۶۰ گزارش نمودند. ضرایب آلفا برای درماندگی ۰/۶۹، برای مهار گری ۰/۶۶، برای خلاقیت ۰/۶۳، برای اعتماد ۰/۷۲، برای اجتناب ۰/۵۳ و برای گرایش ۰/۳۷ بدست آمده است. میانگین همبستگی درونی ماده ها برای سبک های مذکور بترتیب ۰/۳۷، ۰/۳۳، ۰/۲۹، ۰/۳۹، ۰/۲۱، ۰/۲۰ بود. همچنین ضریب آلفا در بررسی بابا پور خیرالدین و اژه ای (۱۳۸۲) برابر با ۰/۷۷ بود. همبستگی درونی این خرده مقیاس ها با یکدیگر و با نمره کل مطلوب و معنادار بود ($P < ۰/۰۱$).

فرضیه های پژوهش

بین بیماران قلبی و افراد سالم و افراد دارای سردرد میگرنی از نظر میزان برونگرایی (E) تفاوت معناداری وجود دارد.

- ۱) بین بیماران قلبی و افراد سالم و افراد دارای سردرد میگرنی از نظر میزان نورز گرای (N) تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۲) بین بیماران قلبی و افراد سالم و افراد دارای سردرد میگرنی از نظر میزان پسیکوز گرای (P) تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۳) افراد سالم و افراد دارای سردرد میگرنی نسبت به افراد بیمار قلبی، بیشتر از سبک های حل مسأله کارآمد استفاده می کنند.
- ۴) افراد بیمار قلبی نسبت به افراد سالم و افراد دارای سردرد میگرنی بیشتر از سبک های حل مسأله ناکارآمد استفاده می کنند.

یافته ها

جهت تجزیه و تحلیل فرضیات از روش تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد که به همین دلیل ابتدا پیش فرض های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش فرض برابری واریانس ها رعایت شده است. همچنین آزمون باکس نشان می دهد که سترویید برابری واریانس بین گروهها یا برابری کوواریانس بین گروهها رعایت شده است (جدول ۱).

جدول ۱- آزمون پیش فرض برابری کوواریانس ها (آزمون باکس)

سطح معناداری	درجه آزادی دوم	درجه آزادی اول	F	Box's M
۰.۱	۱/۰۴	۱۲	۴.۷۵۳	۵۸.۷۶۹

آزمون مانوا با استفاده از روش لاندائیکس جهت بررسی فرضیه اول نشان داد که بین سنتروید متغیر وابسته در چند گروه تفاوت معنادار وجود دارد (جدول ۲). یعنی سه گروه بیماران قلبی، میگرنی و افراد سالم از لحاظ متغیر وابسته باهمدیگر تفاوت دارند.

جدول ۲- تحلیل واریانس به روش لاندائیکس

شاخص	ارزش	F	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
لاندائیکس	.۱۵۸	۷۳/۳۰۱	۲۹۰	۰.۰۰	۰/۶۰۳	۱

آزمون تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که بین سه گروه از لحاظ دو متغیر شخصیتی برونگرایی و نورزگرایی تفاوت معنادار وجود دارد ولی از لحاظ عامل سوم، پسیکوزگرایی تفاوت معناداری وجود ندارد. سایر شاخص ها در جدول (۳) قابل مشاهده می باشد.

جدول ۳- تحلیل واریانس چند متغیره سه گروه از لحاظ متغیرهای شخصیتی

متغیر	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
نورزگرایی	۷۱۴/۰۹۳	۲	۳۵۷/۰۴۷	۱۰۲/۰۹۳	۰/۰	۰/۵۸۶	۱
برونگرایی	۱۹۰۶/۲۹۳	۲	۹۵۳/۱۴۷	۲۷۸/۸۸۶	۰/۰	۰/۷۹۱	۱
پسیکوزگرایی	۲/۸۱۳	۲	۱/۴۰۷	۰/۵۴۰	۰/۵۸۴	۰/۰۰۷	۰/۱۳۸

همچنین نتایج مقایسه های زوجی بین سه گروه بیماران عروق کرونری قلب با بیماران میگرنی و افراد سالم نشان داد که بین بیماران قلبی و افراد مبتلا به سردرد میگرنی و افراد سالم در دو متغیر شخصیتی برونگرایی و نورزگرایی تفاوت معناداری وجود دارد ولی بین بیماران عروق کرونری با افراد مبتلا به میگرن و افراد سالم از لحاظ عامل پسیکوزگرایی تفاوت معناداری وجود ندارند (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه زوجی متغیرهای شخصیتی در سه گروه بیماران عروق کرونری، بیماران میگرنی و افراد سالم

متغیر	مقایسه زوجی		انحراف معیار	سطح معناداری	حداقل	حداکثر	مجموع میانگینها
	ا	ب					
نورزگرایی	میگرن	قلب	۰/۳۷۴	۰/۰۰	۴/۶۰۱	۶/۰۷۸	۵/۳۴۰
	سالم	قلب	۰/۳۷۴	۰/۰۰	۲/۱۲	۳/۵۹۸	۲/۸۶۰
برونگرایی	میگرن	قلب	۰/۳۸۰	۰/۰۰	-۳/۰۱۱	-۱/۵۴۹	-۲/۲۸۰
	سالم	قلب	۰/۳۸۰	۰/۰۰	-۹/۱۷۲	-۷/۷۰	-۸/۴۴
پسیکوز گرایی	میگرن	قلب	۰/۳۲۳	۰/۳۸۷	-۳/۵۸	۰/۹۱۸	۰/۲۸۰
	سالم	قلب	۰/۳۲۳	۰/۹۵۱	-۱/۶۵۸	۰/۶۱۸	-۰/۲۰

نتایج حاصل از بررسی تفاوت های بین سه گروه از لحاظ شاخص های شش گانه حل مسأله نشان داد که سه گروه بیماران عروق کرونری، سردرد میگرنی و افراد سالم از لحاظ سبک های حل مسأله با همدیگر تفاوت معناداری دارند (جدول ۵).

جدول ۵- تحلیل واریانس چندمتغیره سه گروه از لحاظ سبک های حل مسأله

متغیر شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری سطح	اندازه اثر	توان آماری
گرایش	۳۷/۹۶۰	۲	۱۸/۹۸۰	۱۸/۹۹۳	۰/۰۰	۰/۲۰۵	۱
کنترل	۸۳/۰۸۰	۲	۴۱/۵۴۰	۵۶/۳۹۴	۰/۰۰	۰/۴۳۶	۱
اعتماد	۸۶/۵۷۳	۲	۴۳/۲۸۷	۴۹/۰۹۴	۰/۰۰	۰/۴۰۰	۱
اجتناب	۶۲/۴۴۰	۲	۳۱/۲۲۰	۴۹/۰۵۲	۰/۰۰	۰/۴۰۰	۱
خلاقیت	۸۰/۶۸۰	۲	۴۰/۳۴۰	۴۰/۸۰۸	۰/۰۰	۰/۳۵۷	۱
درماندگی	۳۶/۸۹۳	۲	۱۸/۴۴۷	۱۸/۲۶۸	۰/۰۰	۰/۱۹۹	۱

نتایج مقایسه های زوجی در مورد بررسی تفاوت های موجود در بین سه گروه بیماران قلبی عروقی، بیماران سردرد میگرنی و افراد سالم از لحاظ شش سبک حل مسأله در جدول (۶) آورده شده است. همانطور که از جدول مشاهده می شود بیشترین تفاوت ها بین دو گروه بیماران عروق کرونری و افراد سالم می باشد. از سوی دیگر بین بیماران میگرنی و بیماران عروق کرونری از لحاظ سبک های حل مسأله

شش گانه باهمدیگر تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۶- مقایسه زوجی سبک های حل مسأله در سه گروه بیماران عروق کرونری، بیماران میگرنی و افراد سالم

شاخص متغیر	مقایسه زوجی		انحراف معیار	سطح معناداری	حداقل	حداکثر
	I	J				
خلایت	میگرن		۰/۱۹۹	۰/۰۰	-۲/۱۷۳	-۱/۳۸۷
	سالم	قلب	۰/۱۹۹	۰/۰۱	-۱/۰۷۳	-۲/۲۸۷
اعتماد	میگرن		۰/۱۸۸	۰/۰۲۷	-۷۹۰	-۱/۴۰۹
	سالم	قلب	۰/۱۸۸	۰/۱۵۱	۰/۱	-۰/۴۹
گرایش	میگرن		۰/۲۰۰	۰۰/۰	-۱/۶۱۵	-۳۶۵
	سالم	قلب	۰/۲۰۰	۰/۰۲۳	-۱/۸۵۵	-۸۵۵
اجتناب	میگرن		۰/۱۶۰	۰۰/۰	۱/۲۶۵	۱/۸۹۵
	سالم	قلب	۰/۱۶۰	۰۰/۰	۰/۴۴۵	۱/۰۷۵
درماندگی	میگرن		۰/۲۰۱	۰۰/۰	۰/۷۸۳	۱/۵۷۷
	سالم	قلب	۰/۲۰۱	۰/۰۹۳	-۰/۵۷	۰/۷۳۷
کنترل	میگرن		۰/۱۷۲	۰۰/۰	۱/۴۸۱	۲/۱۵۹
	سالم	قلب	۰/۱۷۲	۰۰/۰	۰/۴۸۱	۱/۱۹۹

بحث

روان و تن و ارتباط بین آنها در سراسر تاریخ بشر مورد بحث و گفتگو بوده است. غالب محققان بر این نکته تأکید دارند که خصیصه های معین روانشناختی از جمله برخی ویژگی های شخصیتی می تواند فرد مستعد را مبتلا به، بیماری های روان- تنی کند. دونبار^۱ (۱۹۵۴) در کتابی جامع، بیماری های خاصی را به ویژگی های شخصیتی معینی نسبت داد. او معتقد بود افراد با ویژگی های شخصیتی معین مستعد فرآیندهای بیماری خاصی می شوند، مثلاً افراد پرخاشگر مستعد بیماری قلبی و افراد وابسته مستعد آسم هستند (علوی و محمدی، ۱۳۸۶). محققین بعدها دریافتند عضو آسیب پذیر که در طول شکل گیری شخصیت مشخص می شود، ممکن است در هر جای بدن دچار عدم تعادل زیستی شود، به طوریکه برخی از مردم، واکنش گره های معدی و برخی واکنش گره قلبی- عروقی،

¹ -Dunbar

پوستی یا .. هستند (استانلی و استوارت و پرتوریوس^۱، ۲۰۰۱). هدف اصلی این پژوهش نیز مقایسه شاخص های برونگرایی-درونگرایی، نوززگرایی-پسیکوزگرایی و سبک های حل مسأله بیماران عروق کرونری قلب با بیماران مبتلا به سردرد میگرنی و افراد سالم می باشد. همانطور که در بخش یافته های تحقیق مشاهده می شود، فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه بین بیماران عروق کرونری قلب و افراد سالم و دارای سردرد میگرنی در بعد شخصیتی برونگرایی (E) تفاوت وجود دارد، تایید می شود. براساس نظر آیسنگ برونگرها برای انگیزتگی، نیازمند تحریکات شدید بیرونی هستند، نسبت به محرک های سطح پایین حساسیت زیادی نشان نمی دهند و آستانه درد بالاتری دارند. بنابراین عواملی که زمینه ساز بروز بیماری های قلبی می باشند به میزان کمتری روی برونگرها اثرگذار هستند (دادستان، ۱۳۹۰). این نتیجه در راستای نتایج پژوهش علیلو و همکاران (۱۳۸۹) است. در تبیین عوامل شخصیتی میبایست از متغیرهای واسطه ای همچون هیجان های منفی استفاده کرد. مطالعات متعدد نشان داده اند (سوند^۲ و همکاران، ۲۰۰۷؛ آمی^۳ و همکاران، ۲۰۰۸؛ سالس و باند^۴، ۲۰۰۵؛ والدچرکوس و همکاران^۵، ۲۰۰۷)، که هیجان های منفی افسردگی و اضطراب که در نظریه آیسنگ به عنوان دو صفت اساسی در عامل روان آزدگی طبقه بندی شده اند هم در علت شناسی و هم در پیشرفت بیماری کرونری قلب موثرند. هیجان های منفی ممکن است به صورت مستقیم از طریق ایجاد تغییر در عملکرد و سیستم بصل النخاع-آدرنال-سمپاتیک موجب بالا رفتن سطح سرمی کورتیزول و کاتوکلامین ها شده یا با تأثیر بر ثبات الکتریکی قلب یا به صورت غیر مستقیم، از طریق رابطه با عوامل خطر ساز رفتاری از قبیل سوء مصرف الکل، سیگار کشیدن، چاقی و کم تحرکی بر شکل گیری CHD تأثیر بگذارند (کابزانسکی، ۲۰۰۲). نتایج به دست آمده، همسو با نتایج (ولاروت و همکاران، ۲۰۰۶؛ آمیلونگ، ۱۹۹۸؛ چالزو و همکاران، ۲۰۰۸) می باشد که نشان دادند افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی در مقایسه با افراد سالم در بعد برون گرایی در سطح پایین تری قرار دارند.

فرض دوم تحقیق نیز مبنی بر اینکه بین بیماران قلبی و افراد سالم و دارای سردرد میگرنی از نظر میزان نوززگرایی (N) تفاوت وجود دارد، نیز تایید می شود. یافته های زیادی همسو با نتیجه به دست آمده، یعنی بالا بودن میزان نوززگرایی در بیماران قلبی نسبت به افراد به هنجار گزارش شده است (ولاروت و همکاران، ۲۰۰۶؛ چالزو و همکاران، ۲۰۰۸). افراد نوززگرا احساس پریشانی و نگرانی می کنند در حالیکه استرس محیطی مهمی وجود ندارد و این در حالی است که استرس های مزمن وحاد با بیماری کرونر قلب در ارتباط است (دنولت و دفریوت، ۲۰۰۲). نوززگرایی وقوع بعدی حوادث استرس زای زندگی را پیش بینی می کند. فرد نوززگرا به حوادث به شکل منفی واکنش نشان می دهد و منفی بودن آنرا زیاده سنجی می کند. این افراد حوادث استرس زا را تهدید قلمداد می کنند (بارکر و همکاران، ۲۰۰۵). عواطف منفی بالا در این افراد مانند افسردگی، غم، خشم و خصومت مشکلات بین فردی را افزایش می دهد که

¹ -Stanley & Stuart & Pretorius

² - Sunde

³ - Amy

⁴ - Suls & Bund

⁵ -Woldecherkos

نهایتاً به کاهش حمایت‌های اجتماعی و مقابله‌های هیجانی به رویدادهای زندگی منجر می‌گردد (کاردوم و کاراییک^۱، ۲۰۰۱). احساس خصومت یکی از صفات اصلی نوز گرای است. افراد متخاصم و نوز گرا ویژگی‌های بدبینانه، خشم و عصبانیت‌های همیشگی، مخالفت‌جویی و پرخاشگری بالا دارند. از سوی دیگر بین نوز گرای و رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار، پر خوری، مصرف الکل، فشار خون بالا و کلسترل بالا رابطه‌ی مثبت وجود دارد (تایلور، ۲۰۰۳). بنابراین نوز گرای بالا از طریق ادراک منفی حوادث و در نتیجه تجربه بیشتر استرس، کاهش حمایت‌های اجتماعی، احساس خصومت و بد بینی و رفتارهای پرخطر، بروز بیماری‌های عروق کرونری قلب را افزایش می‌دهد. فرض سوم تحقیق مبنی بر اینکه بین بیماران قلبی و افراد سالم و افراد دارای سردرد میگرنی از نظر میزان پسیکوز گرای (P) تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید نمی‌شود. ظاهراً این بعد از ویژگی‌های شخصیتی در افراد عادی و افراد دارای سردرد میگرنی و بیماران قلبی کرونری یکسان است. آیسنگ معتقد است که روانپیشی گرای یک ویژگی زیرساز شخصیت است که به درجات گوناگون در تمامی افراد دیده می‌شود. چنانچه عبار این ویژگی برجسته باشد فرد را مستعد ابتلا به برخی ناهنجاری‌های روانی می‌کند، در واقع افرادی که در این بعد نمره‌ی بالا کسب می‌کنند معمولاً افرادی پرخاشگر، جامعه ستیز، سرد، خود محور، بی رحم، متخاصم و نسبت به نیازهای دیگران بی رحم و بی اعتنا هستند (دادستان، ۱۳۹۰؛ دوریتی و ماتوس^۲، ۱۹۸۸). این نتایج همسو با نتایج به دست آمده از تحقیقات (آمیلونگ، ۱۹۹۸؛ چالزو همکاران، ۲۰۰۸) است. در ایران نیز علیلو و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان رابطه سیستم‌های فعال سازی/بازداری رفتاری و ابعاد شخصیت با ابتلا به بیماری‌های کرونر قلبی رابطه‌ی بین پسیکوز گرای و بیماری کرونر قلبی پیدا نکردند.

با توجه به نتایج بخش یافته‌ها، فرض‌های چهارم و پنجم پژوهش، یعنی اینکه افراد سالم و افراد دارای سردرد میگرنی نسبت به افراد بیمار قلبی، بیشتر از سبک‌های حل مسأله کارآمد استفاده می‌کنند و افراد بیمار قلبی نسبت به افراد سالم و افراد دارای سردرد میگرنی بیشتر سبک‌های حل مسأله ناکارآمد استفاده می‌کنند، تأیید می‌شوند. بر طبق دیدگاه روانشناختی، جریان‌های شناختی و ذهنی که شخص از آنها آگاهی دارد، علت رفتار محسوب می‌شوند، نه انگیزه‌های درونی که شخص از آنها بی اطلاع است. این دیدگاه به انسان به عنوان یک پردازشگر اطلاعات و حل‌کننده مسأله مینگرد (آزاد، ۱۳۸۸). در این نقطه نظر، ما از طریق گردآوری، پردازش و اندویش اطلاعات به شناخت دست پیدا می‌کنیم؛ این کار از طریق احساس و ادراک، حافظه و تفکر صورت می‌گیرد. تفکر مستلزم عملیات و فرآیندهای ذهنی گوناگونی است که عبارتند از تصویرسازی، مفهوم سازی، خلاقیت، حل مسأله و زبان (پروچسکا و نورکراس، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۹). آلبرت ایس^۳ بیان می‌دارد که رفتار هر فرد بیشتر به نظام باورهای وی و راه‌های تعبیر و تفسیر موقعیت‌ها بستگی دارد و نه، به وضعیت عینی آن موقعیت. بررسی عملکرد افراد به عنوان یک برونداد رفتاری در محیط‌های

¹ -Kardum & krapic

² -Doherty & Matthews

³ -Albert Ellis

متفاوت، حاکی از وجود تفاوت های چشم گیری است که این سؤال را مطرح می کند، دلیل این اختلافات چیست؟ شاید اولین پاسخی که به ذهن می رسد، تفاوت در توانائی های افراد است. اما استدلال دیگری که در این جا به آن استناد می کنیم این است که افراد ترجیح می دهند از توانائی های خود چگونه استفاده کنند و آن بیانگر سبک تفکر افراد است (آزاد، ۱۳۸۸). پژوهش ها نشان داده اند که نگرش های ناکارآمد موجب می شود افراد هنگام مواجهه با مشکلات، به ندرت از مهارت های حل مسأله استفاده کنند (دورینگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۴؛ اوتو^۲، ۲۰۰۰).

این یافته ها مشخص کرد بیماران مبتلا به کرونا قلبی کمتر از افراد عادی از راهبردهای حل مسأله سازنده (خلاقانه/اعتماد/گرایش) استفاده می کنند. افراد بیمار نگرش مثبت کمتری به مسأله داشته و تمایل کمی برای رویارویی با مشکلات نشان می دهند. در مقابل، افراد سالم در مواجهه با مشکلات از سبک های حل مسأله ناکارآمد (درماندگی/کنترل/اجتناب) استفاده نمی کنند بلکه از سبک های کارآمد و سازنده استفاده می کنند. افرادی که در مقابله با رویدادهای منفی زندگی به جای استفاده از سبک های مقابله ای مثبت تر مثل مسوولیت پذیری، ارزیابی مثبت و حل مسأله سعی در دورشدن از موقعیت فشارزا را دارند بیشتر در معرض ابتلا به بیماری کرونا قلبی هستند. این مسأله را می توان اینچنین تبیین کرد که با اجتناب از حل مسأله نه تنها مسأله حل نمی شود بلکه درگیری های فکری و یا تشدید فزاینده آن بر فرد وجود دارد. تحت این شرایط فرد ممکن است برای اجتناب از مشکل به اعمال خطرزایی مثل دارو و مواد، سیگار و پرخوری دست بزند که همگی بر سلامت قلب تأثیر منفی دارند. برخی از مطالعات نشان داده اند که افراد مبتلا به بیماری قلبی تمایل دارند که فعالیت جسمانی و اجتماعی خود را کاهش دهند. به نظر می رسد که کاهش فعالیت خود نوعی کاهش مقابله ای فعالانه محسوب می شود این در حالی است که، بیماران عروق کرونری قلب برای کاهش خطر مرگ، باید فعالانه در درمان خود درگیر شوند. مشارکت بیماران قلبی در برنامه های درمانی باافزایش نجات این بیماران همراه است و استفاده از سبک اجتنابی به طور معناداری باافزایش اضطراب، خشم و افسردگی و کاهش فعالیت همراه است (دورینگ و همکاران، ۲۰۰۴). نتایج به دست آمده در ارتباط با سبک های حل مسأله همسو با نتایج (بارکر و همکاران، ۲۰۰۵؛ موربرگ و همکاران، ۲۰۰۱؛ گومز^۳ و همکاران، ۱۹۹۸) است. در ایران نیز خانجانی و همکاران (۱۳۸۹) به نتایج مشابهی دست یافتند.

سپاسگزاری

محققان بر خود لازم می دانند که از کلیه افرادی که در پژوهش حاضر شرکت کردند، مسئولان و پرسنل بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه که همکاری لازم را در اجرای این پژوهش داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

^۱-Doering

^۲-Otto

^۳-Gomez

منابع

- جری فیرس، اس.، تیموتی جی، ال. (۱۳۸۹). روانشناسی بالینی (نظریه ها، روشها و حرفه). ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران: انتشارات رشد. ص ۶۴۸-۶۶۵. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷).
- دادستان، پ. (۱۳۹۰). روانشناسی جنائی. تهران: انتشارات سمت. ص ۱۰۶-۱۱۸.
- اکبری، م.، علیلو، م. م.، اصلان آبادی، ن. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر هیجان های منفی، بازداری اجتماعی و نقش عامل جنسیت در بروز بیماری کرونری قلب.