



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND SONSTIGE PSYCHOLOGISCHE
BEREICHE
University of Applied Sciences
Department of Psychological
Sciences & 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)

ارزیابی عملکرد خانواده و شخصیت نوع D در بیماران قلبی عروقی (CHD) در بیمارستان بوعلی تهران

مریم ایزانلو^۱ - محمد درویشوند^۲ - فاطمه دین پژوه^۳

چکیده:

زمینه و هدف: در طب نوین، پژوهشگران عرصه علوم رفتاری، بر ارتباط بین ویژگی‌های روانی اجتماعی، ارتباطات خانوادگی و خصوصیات شخصیتی با بروز و سیر بیماری کرونر قلب تأکید دارند. هدف از مطالعه حاضر بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و تیپ شخصیت D در بیماران قلبی عروقی بوده است. **روش بررسی:** نمونه پژوهش حاضر ۱۰۰ نفر، بیمار مرد که به عنوان بیمار قلبی به بیمارستان بوعلی تهران مراجعه کرده و پرسشنامه عملکرد خانواده (FAD) و شخصیت نوع D (ds14) را تکمیل نمودند. داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS و با استفاده از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام تحلیل گردید. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین شخصیت D و زیرمقیاس ارتباط، همبستگی مثبت معنی‌دار و بین شخصیت D و زیرمقیاس عملکرد کلی، همبستگی منفی معنی‌دار در سطح ($p < 0/05$) وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به افزایش این بیماری مهم، متغیرهای پژوهش حاضر در پیش‌بینی این بیماری‌ها مداخلات پیشگیرانه با تأکید بر آموزش مهارت‌های ارتباطی جهت حل تعارضات بین فردی در خانواده پیشنهاد میشود به منظور انجام مداخلات روانشناختی به موقع و موثر ارزیابی روانشناختی و شخصیتی بیماران هنگام پذیرش در بیمارستانها و مراکز درمانی صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: عملکرد خانواده، شخصیت نوع D، بیماری قلبی عروقی

assessment of Type D personality and family functioning in patients with cardiovascular disease (CHD) in Sina Hospital, Tehran

Abstract

Background: In modern medicine, behavioral sciences researchers, the association between psychosocial characteristics, family connections and personality characteristics with occurrence and progression of coronary heart disease are emphasized. This study examined the relationship

* نویسنده مسئول دانشجوی دوره کارشناسی ارشد روانشناسی خانواده درمانی دانشگاه علم و فرهنگ، تهران maryame65@yahoo.com

^۲ - پزشک عمومی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران

^۳ - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی - دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

between family functioning And cardiovascular disease in patients with type D personality
Methods: A sample of 100 people, a heart disease patient who referred to Tehran Sina Hospital and Family Assessment Device (FAD), and type D personality were completed. Data SPSS software using Pearson correlation and stepwise regression methods were analyzed. The results showed a correlation between the personality scale D and below, a significant positive correlation between the personality scale D and the overall performance, the significant negative correlation ($05/0p <$) there. **Conclusion:** Due to the increase of the disease, the study variables in predicting the diseases preventive interventions with an emphasis on communication skills for resolving interpersonal conflicts in a timely and effective psychological interventions for families is suggested in order to evaluate the patient's psychological and personality admission to hospitals and medical centers in place.

Keywords: family practice. Personality type D. cardiovascular disease

مقدمه:

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 ویژگیهای شخصیتی میتواند فرد را مستعد ابتلا به بیماریهای روانتی کند. در سال ۱۹۵۴ دوباردر کتابی جامع بیماریهای خاصی را به ویژگیهای شخصیتی معینی نسبت داد. او معتقد بود افراد با ویژگیهای شخصیتی معین مستعد فرآیندهای بیماری خاصی میشوند، مثلا افراد پرخاشگر مستعد بیماری قلبی و افراد وابسته مستعد آسم هستند. محققین بعدها دریافتند عضو آسیب پذیر که در طول شکل گیری شخصیت مشخص میشود، ممکن است در هر جای بدن دچار عدم تعادل زیستی شود، به طوری که برخی از مردم، واکنشگرهای معدی و برخی واکنشگر قلبی عروقی، پوستی یا ... هستند. 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 ارگانیزم را تهدید کند تأثیر می پذیرد. (سلیگمن، روزنهان ۱۹۹۴)

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. بیماریهای عروق کرونر قلب (CHD) بر اثر تنگی وانسداد عروق کرونر، عروقی که خون سرشار از اکسیژن را به قلب می رسانند، به وجود می آید. این بیماری یکی از عاملهای اصلی مرگ و میر در جهان محسوب می شود. (اندولیت 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 (مردی، ۱۳۷۶). این بیماری، یکی از بیماریهای حساس به حالتهای روانشناختی می باشد. این بیماری در دنیای غرب بیش از هر بیماری دیگر مردم را می کشد. در ایالت متحده بیش از نیمی از افراد بالای ۴۵ سال به علت بیماری قلبی یا بیماری مربوط به گردش خون می‌میرند. (سلیگمن، روزنهان ۱۹۹۴) این اختلال در مردان به مراتب شایعتر از زنان است (تیلور، ۱۹۹۱؛ کاپلان و سادوک، 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. 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. در یک سری از بررسی‌ها نقش عوامل روانی - اجتماعی در بیماریهای قلبی - عروقی آزمون شده که نتایج دال بر موارد زیر گزارش گردیده است:

استرس (فشار روانی) زیاد می‌تواند فشار وارده به رگ‌های خونی و عضلات قلب و عروق را در بیماران قلبی افزایش دهد. خشم و پرخاشگری، غرغرو بودن، ناسازگاریهای زناشویی، تحصیلی یا شغلی بر ساختار دستگاه قلبی - عروقی تأثیرات منفی دارد.

افسردگی، اضطراب حاد، تنفر و عصبانیت می‌تواند باعث افزایش سدیم در کلیه و در نتیجه بدکاری فعالیت‌های قلبی - عروقی شود. 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.

افتادگی درجه میترال 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 زندگی اند افزایش می‌یابد.

همچنین در مورد نوع شخصیت و خطر ابتلا به بیماریهای قلبی - عروقی در سال ۱۹۵۹ 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 دو متغیر مهم را مورد بررسی قرار داد و این دو متغیر را در بیماران قلبی و افراد عادی مورد مقایسه قرار خواهد داد. متغیر اول عملکرد خانواده در این بیماران است. همانطور که میدانید 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 می‌دهد (شریعتمداری ۱۳۷۷).

پژوهش ویدنرو مندل (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 پی ریزی می شود. آنان به این نتیجه رسیدند که این افراد با مسائل زندگی به صورت هیجانی بر خورد می کنند، در واکنش به استرسها بیشتر دچار تنش و آشفتگی می شوند و تنش بیشتر به تشدید واکنشهای قلبی عروقی می انجامد. و به ایجاد بیماریهای عروقی قلب کمک می کند. در این رابطه تامپسون 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.

همچنین در بررسی دیگر در این رابطه مولی 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 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 آنرا افزایش می دهند (برانوالد و همکاران ۲۰۰۱). از این میان اخیرا 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 و همکاران ۱۹۸۸).

در سال های اخیر یک سازه شخصیتی جدید تحت عنوان سنخ شخصیت D مطرح شده است. این سنخ از شخصیت، از طریق تمایل همزمان به تجربه هیجانات منفی (عواطف منفی) و اجتناب از ابراز این هیجانات در تعاملات اجتماعی با دیگران (بازداری اجتماعی) مشخص می شود. تشخیص این سنخ شخصیتی با مقیاس های اندازه گیری ویژگی های مذکور امکان پذیر است. 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 ۲۰۰۳). حسینی در ۱۳۸۹ در پژوهشی که بر روی نوع شخصیت بیماران قلبی انجام داد، افرادی که دارای شخصیت d هستند، عواطف منحنی مزمن دارند و بسیاری از تبادلات اجتماعی را بر استرس می دانند و احساسات واقعی خود را از دیگران پنهان می کند. این پژوهش با مطالعه بر روی ۳۳۷ بیمار مبتلا به بیماری قلبی و

عروقی انجام شد و نشان داد احتمال حمله قلبی یا مرگ، بدون در نظر گرفتن شدت بیماری در بیمارانی که شخصیت نوع D دارند نسبت به سایر بیماران قلبی با انواع دیگر شخصیت ها ۵ برابر بیشتر است.

بررسی یافته های مطالعات مختلف نشان داد سنخ شخصیت D یک عامل خطر مستقل برای بروز آشفتگی های روان شناختی، بیماری های قلبی، پیش آگهی بد در بیماران قلبی و افزایش مرگ و میر است. شواهد ارتباط بین سنخ شخصیتی D و واکنش پذیری قلبی-عروقی، بی نظمی در محور HPA و به دنبال آن افزایش سطح کورتیزل و فرایندهای سایکونورواایمونولوژی را تایید می نماید. این تغییرات ممکن است عوامل واسطه ای بین سنخ شخصیت D و پیامدهای بالینی در بیماران قلبی باشد به نظر می رسد این سنخ شخصیت D نوعی پیش آگهی برای بروز بیماریهای قلبی عروقی است ما در این تحقیق بررسی می کنیم که چه رابطه ای بین عملکرد خانواده و شخصیت D در این بیماران وجود دارد و وجود دارد؟ و همینطور اینکه آیا می تواند عملکرد ناسالم خانواده بیمار داشتن سنخ شخصیت D در فرد را پیش بینی کند؟

در حالت کلی، در این قبیل بیماران عملکرد خانواده چگونه است و در این بیماران شیوع شخصیت نوع D به چه صورت است؟ بنابراین مشخص شدن اینکه ایا عوامل روانشناختی در علت شناسی اینگونه بیماریها نقش دارد، تلویحات مهمی را برای پیشگیری و درمان ان به ارمغان می آورد. با توجه به گزارشات فوق، هدف از پژوهش حاضر بررسی عملکرد خانواده و شخصیت نوع D در بروز بیماریهای قلبی ناشی از عروق کرونر قلب بوده است.

روش تحقیق

نوع تحقیق از نوع همبستگی است. جامعه آماری: بیماران قلبی در ۳ ماهه اول سال ۹۱ به بخش قلب بیمارستان بوعلی تهران به صورت سرپایی یا بستری مراجعه کرده اند. شیوه نمونه گیری: به صورت نمونه های در دسترس هدفمند صورت گرفته است.

روش اجرای تحقیق

در ابتدا با کمک یک متخصص قلب بیماران قلب عروقی مشخص شده اند و پس از آشنایی با بیماران و توضیح اهداف تحقیق، همچنین کسب رضایت از بیمار بصورت انفرادی پرسشنامه ها به ترتیب با فاصله زمانی کوتاه اجرا شد. پرسشنامه های تحقیق تنها به بیماران داده شد که مایل به شرکت در پژوهش بودند. داشتن حداقل سواد پنجم ابتدایی، برای تکمیل کنندگان پرسشنامه هالزامی بود. در تحلیل داده ها شاخص ها و روش های امار توصیفی، میانگین، همبستگی و رگرسیون گام به گام، و از نرم افزار SPSS برای تجزیه و تحلیل استفاده شد.

ابزارهای تحقیق

از روش زمینه یابی به صورت مصاحبه و پرسشنامه استفاده شد.

۱- از پرسشنامه مقیاس ارزیابی عملکرد خانواده (FAD) استفاده شد. این مقیاس شامل ۶۰ ماده است که برای سنجش عملکرد خانواده بر اساس الگوی مک مستر تدوین شده است. این ابزار توسط اپشتاین و همکاران (۱۹۸۳) با هدف توصیف ویژگی های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است. همچنین، توانایی خانواده در سازش با حوزه وظایف خانوادگی را بر روی یک مقیاس چهار درجه ای لیکرت به صورت کاملاً موافقم (۱)، موافقم (۲)، مخالفم (۳) و کاملاً مخالفم (۴) مشخص می نماید. به سوالها یا عباراتی که توصیف عملکرد ناسالم هستند معکوس نمره داده می شود. نمرات کمتر نشانه ی عملکرد سالم تر است. این ابزار با ضرایب الفای خرده مقیاسهای خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲. از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است. ۲- برای ارزیابی شخصیت نوع D از پرسشنامه DS14 استفاده می شود که توسط دنولت طراحی شده و دو ویژگی کلی که شامل عاطفه منفی و بازداری اجتماعی است را ارزیابی می کند. این پرسشنامه در کل شامل ۱۴ سوال می باشد. همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۸ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۸ می باشد. (دنولت ۲۰۰۵)

یافته ها:

میانگین سنی بیماران ۵۱ سال بود. ۲۵ درصد شغل دولتی داشتند و ۶۵ درصد در مشاغل آزاد کار می کردند و ۱۰ درصد بیکار بودند. همه آنان مذکر و متأهل بودند. تحصیلات ۳۵ درصد ابتدایی، ۲۴ درصد مقطع راهنمایی، ۱۸ درصد دبیرستانی، ۱۳ درصد دیپلم و ۱۰ درصد دانشگاهی بوده اند. در پاسخ به این سوال که چه رابطه یی بین عملکرد خانواده و شخصیت D وجود دارد از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
شخصیت D	-								
بازداری	۰/۷۵**	-							
عاطفه منفی	۰/۸۹**	۰/۳۶**	-						
حل مشکل	-۰/۱۵	-۰/۱۸*	۰/۱۱	-					
ارتباط	۰/۴۴*	۰/۲۷*	۰/۲۹*	۰/۴۸**	-				
نقشها	۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۴۷**	۰/۸۰**	-			
همراهی عاطفی	-۰/۰۶	-۰/۳۱**	۰/۱۲	۰/۵۵**	۰/۵۷**	۰/۳۵**	-		
آمیزش عاطفی	۰/۱۲	-۰/۰۸	۰/۱۸*	۰/۵۲**	۰/۵۹**	۰/۴۸**	۰/۵۱**	-	

-	۰/۷۲**	۰/۸۰**	۰/۴۳**	۰/۵۶**	۰/۶۸**	۰/۱۵	-۰/۱۷*	۰/۰۸	کنترل رفتار
۰/۳۹**	۰/۲۹**	۰/۴۴**	۰/۲۹**	۰/۳۹**	۰/۴۱**	-۰/۱۴	-۰/۳۲	-۰/۳۹*	عملکرد کلی

** P < ۰/۰۱ * P < ۰/۰۵

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین شخصیت D و زیر مقیاس ارتباط، همبستگی مثبت معنی دار و بین شخصیت D و زیر مقیاس عملکرد کلی، همبستگی منفی معنی دار در سطح ($p < ۰/۰۵$) وجود دارد. همچنین بین شخصیت D و زیر مقیاس های حل مشکل، نقشها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار همبستگی معناداری مشاهده نشد ($p > ۰/۰۵$). در پاسخ به این سوال که هر یک از زیر مقیاس های عملکرد خانواده پیش بینی کننده های معنی داری برای شخصیت D هستند، از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. شخصیت D به عنوان متغیر ملاک و زیر مقیاس های عملکرد خانواده به عنوان متغیرهای پیش بین وارد معادله رگرسیون شدند. جدول شماره ۲ نتایج تحلیل رگرسیون را نشان می دهد.

جدول شماره ۲: تحلیل رگرسیون زیر مقیاس های عملکرد خانواده با شخصیت D

شاخص	β	t	P	R	R^2	ضریب تغییرات	F	P
گام اول	۰/۴۵۲	۹/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۴۵۲	۰/۲۰۴	۰/۲۰۴	۸۹/۶۱	۰/۰۰۰
گام دوم	-۰/۳۳۴	-۷/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۵۸	۰/۳۱۲	۰/۱۰۸	۷۶/۳۵	۰/۰۰۰

بر اساس نتایج معادله رگرسیون، F مشاهده شده معنی دار است و از کل مقدار ۳۱/۲ درصدی ضریب تبیین متغیر ملاک، در گام اول تحلیل رگرسیون و مدل ۱ متغیر پیش بینی کننده یعنی ارتباط وارد معادله شد و با ضریب بتای ۰/۴۵۲، ۲۰/۴ درصد از تغییرات متغیر ملاک را تبیین کرد، سپس در گام دوم و مدل ۲ متغیر عملکرد کلی به آن اضافه شد و با ضریب بتای ۰/۳۳۴، ۱۰/۸ درصد از تغییرات متغیر ملاک را تبیین کرد. ضمناً زیر مقیاس های حل مشکل، نقشها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار پیش بینی کننده معنی داری برای متغیر شخصیت D نمی باشد و در نتیجه در معادله رگرسیون وارد نشده اند.

بحث و نتیجه گیری:

همان گونه که در نتایج اشاره شد، پژوهش حاضر نشان داد بین رابطه بین عملکرد خانواده و تیپ شخصیت D در بیماران قلبی عروقی بوده است ارتباط معنی داری وجود دارد، چنین یافته ای با اکثر پژوهش های مشابه پیشین همخوانی دارد بررسی که

اتکینسون (۲۰۰۰) انجام داد، به این نتیجه رسید که افرادی که در روابط خانوادگی و اجتماعی دچار مشکل و تعارض هستند در مقایسه با دیگران یک و نیم برابر بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری عروقی قلب قرار دارند. هم چنین تحقیق مذکور نشان داد فشار خانوادگی بالا به همراه شغل پراسترس نیز می تواند تأثیر منفی بر سلامت قلبی عروقی بگذارد. دیرک و بروتسارت (۲۰۰۰) در بررسی که بر تیپ شخصیتی D و بیماریهای قلبی داشتند دریافتند که بیماران قلبی با این تیپ شخصیت تمایل همزمان برای تجربه هیجانهای منفی و بازداری هیجانها در تعاملات اجتماعی دارند و روابط خوبی با دیگران ندارند. پدرسون و همکاران (۲۰۰۶) در بررسی نشان دادند بازداری اجتماعی که یکی از مولفه های سنخ شخصیت D است می تواند اثرات هیجانهای منفی را افزایش دهد در بررسی مشخص شد پس از سکت قلبی بیماران با سطح بالای بازداری اجتماعی در مقایسه با بیماران سطح پایین بازداری ۴ برابر بیشتر در خطر مرگ و میر هستند.

با توجه به بروز و شیوع روز افزون بیماریهای قلبی و تأکید روزافزون پژوهشگران عرصه بهداشت و تندرستی بر همراهی و ارتباط عوامل روانی اجتماعی با بروز و تداوم بیماریهای قلبی عروقی ضرورت شناسایی فاکتورهای مورد نظر و راهبردهای مقابله ای با آن در بیماران بیش از پیش احساس می گردد. متغیرهای پژوهش حاضر در پیش بینی این بیماری ها مداخلات پیشگیرانه با تأکید بر آموزش مهارتهای ارتباطی جهت حل تعارضات بین فردی در خانواده پیشنهاد میشود به منظور انجام مداخلات روانشناختی به موقع و موثر ارزیابی روانشناختی و شخصیتی بیماران هنگام پذیرش در بیمارستانها و مراکز درمانی صورت گیرد. واز آنجا که همراه کردن مداخلات روانشناختی برای تغییر الگوهای رفتاری ناسالم در کنار درمان های اصلی جسمانی در کشورهای پیشرفته به کاهش صدمات و ارتقاء سلامتی این بیماران منجر گردیده است. پیشنهاد می گردد در ایران نیز مداخلات روانشناختی برای کنترل و کاهش متغیرهای آسیب زای شخصیتی در پروتکل درمانی بیماران CHD گنجانیده شود.

منابع

- آقایی، مریم. (۱۳۸۴). مدیریت خشم در بیماران سرطانی و کرونری قلب. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران
- حسینی قدمگاهی، جواد. (۱۳۷۷). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در "بیماران عروقی قلبی"، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد
- راس، ال. (۱۳۷۵). روانشناسی شخصیت. ترجمه سیاوش جمالفر.، نشر روان، تهران.
- سلیگمن، مارتین ای پی.؛ روزنهان، دیوید ال. (۱۳۸۲). روانشناسی ناهنجاری؛ آسیب شناسی روانی (ترجمه یحیی سیدمحمدی). نشر ساوالان
- شاملو، سعید. (۱۳۸۳). آسیب شناسی روانی، انتشارات رشد، تهران.
- کریمی، یوسف (۱۳۷۵). روانشناسی شخصیت، چاپ دوم، مؤسسه نشر ویرایش، تهران

مای، لی (۱۳۷۲) ساخت پدیدایی شخصیت. ترجمه دکتر محمود منصور. مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران

- Alavi M, Mahmoodi A. (2007) Theories of etiology of psycho-somatic disorder. proceedings of the 1st International
- Amelong, M. (1998). Using personality variables to predict cancer and heart disease. *European Journal of personality*, 11, 319-342.
- Anderson BL. (1994) There is sexual problems.now, what can we do about them?. *Gynecol Oncol*;52:10-3.
- Anderson KM et al (1991). Cardiovascular disease risk profiles. *American Heart Journal*. 121 (1) 293-298.
- Branon ,L. &Feist ,J.(2000) .Health psychology .An Introduction toBehavior and Health .Brooks /Cole Company Carhson ,N. R.
- Braunwald, E., Zipes, D.,& Libby,P.(2001).Heart disease :a text book of cardiovascu-lar medicine. Philadelphia: W. B .Saunders company
- conference of psycho-somatic disorders in Esfahan,Iran 23-4. P.21. (In Persian).
- Crenshaw TL, Goldberg JP.(۱۹۹۶) Sexual pharmacology: drugs that affect sexual functioning.New York:;Norton;
- Dakin C (2008). New approaches to heart failure in the E. *AJN*. 108 (368) 71
- Davison GC, Neale JM.(2004) *Abnormal psychology*. 8th ed. New York: John Wiley and Sons-
- Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. (1996)Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet*; 347(8999): 417-21.
- Friedman HS, DiMatteo MR.(2002) *Health psychology*. 2nd ed. New York: Prentice Hall
- Friedman M, Thoresen CE. Gill JJ.(1994) Alteration of type A behavior and its effects on cardiac recurrences in post myocardial infection patients: summary results of the recurrent coronary prevention project.. *AmHeart J.*; 112:653-662.
- Gidron Y. (2004)The relationship between tourists' agreeableness and openness to experience with coronary heart disease mortality. *J Psychosom Res*; 57(3): 227-9.
- Hallman T, Thomsson H, Burell G, Lisspers J,Sellerlind S.(2003) Stress, Burnout and coping: Differences between women with coronary heart disease and healthy matched women. *J Health Psychol*; 8(4):433-445
- KnoxS.SiegmundKD,PatonC(1998) Hostility , social support and coronary heart disease. *Am JCardiol*; 82(10): 922-60.