



بررسی و مقایسه ابعاد شخصیتی و راهبردهای مقابله با استرس در زنان و مردان سالم و مبتلا به بیماری‌های قلبی

روح‌اله رحیمی^{۱*}، مختار عارفی^۲، محسن گل محمدیان^۳

چکیده

مقدمه: بیماری قلبی، اختلالی روانی-فیزیولوژیک است که علاوه بر مشکلات جسمی، عوامل روانشناختی مانند وقایع تنش‌زا، ویژگی‌های شخصیتی و تدابیر مقابله‌ای در بروز و تشدید آن نقش بسزایی دارند. به همین منظور، پژوهش حاضر با هدف بررسی ابعاد شخصیتی و سبک‌های مقابله با استرس زنان و مردان سالم در مقایسه با مبتلایان به بیماری‌های قلبی انجام شد. روش بررسی: روش انجام این پژوهش از نوع تحقیقات تحلیلی-مقایسه‌ای است. در این پژوهش، ۵۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری قلبی (۲۶ مرد و ۲۴ زن) و ۵۰ نفر از افراد سالم (۲۸ مرد و ۲۲ زن) از طریق همتاسازی با گروه بیمار انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های شخصیتی آیزنک (EPQ-R) و راهبردهای مقابله با استرس فولکمن و لازاروس بر روی گروه‌های مورد مطالعه اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی، t مستقل و نرم‌افزار SPSS 18 استفاده شد. نتایج: بررسی نتایج نشان داد که افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی از نظر ابعاد شخصیتی؛ روان رنجورخوبی و روان پریش‌خوبی تفاوت معنی‌داری با گروه سالم دارند. همچنین در راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار بین دو گروه تفاوت وجود دارد، اما در راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار بین آنها تفاوتی یافت نشد. در پژوهش حاضر نقش جنسیت نیز در ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که بین ویژگی شخصیتی برون‌گرایی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار و مسأله مدار بین دو گروه زنان و مردان بیمار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی، افرادی مضطرب، نگران، خشن، پرخاشگر و آماده ابتلا به اضطراب، افسردگی و پرخاشگری هستند و نسبت به افراد سالم در مقابله با مشکلات، بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان مدار استفاده می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: بیماری قلبی، ابعاد شخصیتی، راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار و مسئله مدار

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی تهران

۲- استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه

۳- استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه رازی کرمانشاه

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۸ ۴۸۱ ۵۰۷۴، پست الکترونیکی: rohollahrahimi02@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۵/۳

مقدمه

امروزه بیماری‌های قلبی یکی از عوامل اصلی مرگ و میر در کشورهای مختلف جهان به شمار می‌روند (۱). بیماری‌های قلبی به عنوان یک آسیب پیشرونده، نتیجه ناتوانی قلب در گردش مؤثر خون در سرتاسر بدن است (۲).

بر طبق گزارش انجمن قلب آمریکا میزان شیوع بیماری‌های قلبی هر ساله افزایش می‌یابد و تقریباً هر سال ۶۶۰ هزار تشخیص جدید بیماری قلبی در آمریکا داده می‌شود (۳). در ایران نیز در سال‌های اخیر بیماری‌های قلبی رو به افزایش و نخستین علت مرگ و میر بوده است، به گونه‌ای که بالغ بر ۴۶ درصد کل مرگ‌ها در ایران ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی است (۴،۵).

بافت قلب به دلیل فعالیت زیاد به خون نیاز دارد. سه رگ به نام رگ‌های کرونر وظیفه تأمین خون قلب را برعهده دارند. حدود یک سوم افراد در جوامع غربی در اثر مسدودشدن عروق کرونری می‌میرند (۶). به هر جهت بیماری‌های قلبی اغلب به سبب ماهیت پیشرونده نشانه‌های جسمانی، استرس‌زا هستند (۶،۱). علاوه بر نشانگان بیولوژیکی، پیامدهای روانشناختی نسبتاً عمومی در همه بیماری‌های قلبی وجود دارد. برای مثال حدود ۵۰ درصد این بیماران، نشانه‌های افسردگی، کاهش قابلیت عملکرد و انزوای اجتماعی را نشان می‌دهند (۸،۷). بنابراین پزشکی که از بیماران قلبی مراقبت می‌کند با چالش راهبردهای شناسایی نشانه‌ها و بهبود مؤثر پیامدهای بیولوژیک و روانشناختی این بیماری‌ها سر و کار دارند (۹). از جمله عوامل روانشناختی مؤثر در کارکرد قلب، ابعاد شخصیتی (Personality dimensions) و راهبردهای مقابله با استرس (Coping Strategies with stress) با استرس می‌باشد (۱۰). عوامل شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای به صورت مستقیم و غیرمستقیم در ایجاد و تداوم انواع گوناگون بیماری‌ها و ناسازگاری‌ها دخالت دارند. به این منظور مطالعات زیادی در صد روشن کردن نقش مؤلفه‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در تعامل با هم در جمعیت‌های بالینی و سالم بوده‌اند (۱۱). برای اولین بار دو متخصص قلب احتمال ارتباط ابعاد شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای با انواع بیماری‌های قلبی را مطرح کرده‌اند (۱۲). شخصیت هر فرد به عنوان عاملی تعیین‌کننده که بر

تمام رفتارها و تمایلات انسان سایه می‌افکند، به واسطه صفات و ویژگی‌های ناسازگارانه می‌تواند او را دچار پاره‌ای از مشکلات و اختلالات روانشناختی و حتی جسمانی کند (۱۳،۱۴). بر اساس نظریه آیزنک (Eysenck)، شخصیت دارای سه عامل مزاجی برون‌گرایی (Extraversion)، روان رنجورخویی (Neuroticism) و روان پریش‌خویی (Psychoticism) است. وی، برای ابعاد برون‌گرایی و روان رنجورخویی مبانی عصب‌شناختی قائل است؛ درحالی که بعد برون‌گرایی - درون‌گرایی به دستگاه عصبی مرکزی (CNS) وابسته است، پیوستار روان رنجورخویی - ثبات هیجانی با سیستم عصبی خودمختار (ANS) ارتباط دارد. فرد برون‌گرا (E)؛ دارای مشخصه‌های جامعه‌طلبی، برانگیختگی، خوش‌بینی و نیاز به محرک و روان رنجورخویی (N)؛ مبین شدت واکنش‌های هیجانی است. فرد روان رنجور واکنش‌های شدید و بلند مدتی نسبت به تنیدگی نشان می‌دهد و نشانه‌های ناپایداری خلق، زودرنجی، حساسیت نسبت به مسائل جزئی و اضطراب در وی مشاهده می‌شود و از انواع ناراحتی‌های جسمانی مانند؛ سردرد، کمردرد و مسائل هاضمه شکایت دارد. عامل روان پریش‌خویی (P)؛ از لحاظ رفتاری بر اساس عدم حساسیت اجتماعی، فقدان هیجان‌پذیری، بی‌توجهی نسبت به خطر، به مخاطره انداختن خود، بی‌رحمی، نفرت از دیگران و جاذبه نسبت به چیزهای غیرمعمول، مشخص می‌شود (۱۵). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که ابعاد شخصیتی می‌توانند در بروز بیماری‌های قلبی - عروقی نقش مؤثری ایفا کنند (۲۰-۱۶). علاوه بر ابعاد شخصیتی، راهبردهای مقابله‌ای نیز در بروز و تشدید بیماری‌های قلبی مؤثر هستند. راهبردهای مقابله‌ای اشاره به روش‌هایی دارد که اشخاص در آن با بهره‌گیری از منابع سازگاری و راهکارهای مراقبتی، از خودشان در برابر تأثیرات منفی استرس محافظت می‌کنند (۲۱). Folkman و Lazarus (۲۲) دو نوع مهارت مقابله‌ای، مسأله‌مدار (Problem-focused) و هیجان‌مدار (emotion-focused) را توصیف کردند. افراد به کمک این مهارت‌های مقابله‌ای، موقعیت‌های استرس‌آمیز را برآورد یا ارزیابی می‌کنند و مولدهای بروز هیجان به وسیله خواسته‌های درونی و بیرونی را کاهش

شخصیتی مانند برون‌گرایی و روان رنجورخویی با نحوه استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مسأله مدار و هیجان مدار مرتبط هستند. Graven و همکاران (۵۱) معتقدند که شخصیت نقش اساسی در تعیین چگونگی استفاده بیماران قلبی از مهارت‌های مقابله‌ای در مواجهه با مشکلات و مسائل استرس‌زا دارد. به طور خاص یک مطالعه بر روی ۱۱۹ نفر مرتبط با بیماری قلبی گزارش داد که روان رنجورخویی با راهبردهای هیجان مدار مانند انکار و عقب‌نشینی ذهنی و رفتاری ارتباط دارد. این مطالعه همچنین نشان داد که تمایلات برون‌گرایانه با راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار مانند پذیرش و قاب‌گیری مثبت مجدد مربوط است (۳۸).

با توجه به مطالب ذکر شده و گسترش روز افزون بیماری‌های قلبی در نقاط مختلف جهان و به خصوص کشورمان و با در نظر گرفتن این موضوع که تلاش‌ها و اقدامات لازم جهت کنترل این بیماری غالباً بر مراقبت‌های پزشکی معطوف شده و کمتر به عوامل روان‌شناختی مؤثر بر آن پرداخته شده است و از سوی دیگر مغایرت در نتایج پژوهش‌های خارجی انجام شده در این زمینه، هدف این پژوهش، مقایسه ابعاد سه‌گانه شخصیت بر اساس نظریه آیزنک و راهبردهای مقابله با استرس در زنان و مردان سالم و مبتلا به بیماری قلبی است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع تحلیلی-مقایسه‌ای است. در این پژوهش ۵۰ نفر (۲۶ مرد و ۲۴ زن) مبتلا به بیماری‌های قلبی و ۵۰ نفر (۲۸ مرد و ۲۲ زن) از افراد سالم از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس یا آسان انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه مبتلا به بیماری‌های قلبی از بین افرادی که به علت ناراحتی‌های قلبی در طی یک ماه مشخص (اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۴) به بیمارستان شهید مدنی خرم‌آباد مراجعه کرده و بنا به تشخیص پزشک معالج دارای انواع مشکلات قلبی بودند، انتخاب شدند (این ماه به صورت تصادفی انتخاب شد). برای این منظور در ابتدا با توجه به حجم نمونه، افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی انتخاب شدند.

می‌دهند (۲۳). راهکارهای مرتبط با مهارت مقابله‌ای هیجان مدار شامل؛ گریز-اجتناب، فاصله‌گیری، عقب‌نشینی ذهنی و رفتاری، انکار و ارزیابی مجدد مثبت می‌باشد (۲۴). راهکارهای مربوط به مهارت مقابله‌ای مسأله مدار نیز دربردارنده آگاهی فعال، پذیرش، تحلیل شناختی، جستجوی حمایت اجتماعی و سازگاری فعالانه است (۲۲). مهارت‌های مقابله‌ای مسأله مدار تماماً به وسیله شخص و محیط هدایت می‌شوند ولی مهارت‌های مقابله‌ای هیجان مدار فقط به وسیله شخص رهبری می‌شوند (۲۵). اخیراً سبک‌های مقابله‌ای به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده نتیجه درمان در بیماران پیوند قلبی مطرح شده‌اند. بر اساس این نتایج، بیمارانی در درمان موفق بوده‌اند که کمتر از انکار و سبک‌های هیجان مدار استفاده نموده‌اند (۲۶). مطالعه طولی شش ساله نشان داده است که سبک مقابله‌ای مسأله مدار به بیمار کمک می‌کند که بیماری خود را اداره کند و بر طول عمر خود بیافزاید (۲۶). هر دو سبک مقابله‌ای؛ مسأله مدار و هیجان مدار به وسیله بیماران قلبی استفاده می‌شوند (۲۷، ۲۸). اما مطالعات نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار نسبت به نوع هیجان مدار بیشتر با کاهش تنش و استرس‌های روان‌شناختی، مرتبط است (۲۹-۳۵). در حالی که لازاروس و فولکمن معتقدند که مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر شامل هر دو نوع سبک مقابله‌ای می‌شود، ولی یافته‌های پژوهشی بیان می‌کنند که استفاده از راهکارهای مقابله‌ای مسأله مدار در قیاس با راهکارهای هیجان مدار در بهبود بیماران قلبی کارایی بیشتری دارند (۳۶-۳۸). پژوهش دیگری نشان داد که استفاده کمتر از مهارت‌های مسأله مدار، تأثیری منفی بر روی بهزیستی روان‌شناختی دارد. در این مطالعه ۲۲۲ بیمار قلبی که از مهارت‌های مقابله‌ای هیجان مدار استفاده کرده بودند، استرس‌های روان‌شناختی سطح بالایی را تجربه کردند (۳۴). راهکارهای مقابله‌ای هیجان مدار با نتایج منفی در درمان بیماران قلبی و به طور خاص با استرس‌های روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی) و حتی با مرگ و میر در آنها مرتبط است (۳۹-۴۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که مهارت‌های مقابله‌ای مسأله مدار تأثیر مثبتی بر نتایج درمان بیماران قلبی شامل؛ بهزیستی روان‌شناختی (۴۵، ۴۴، ۴۳، ۴۱)، خود مراقبتی (۴۸-۴۶) و کیفیت زندگی (۴۹، ۵۰) دارند. رگه‌های

سنجش ابعاد؛ برون‌گرایی، روان رنجورخویی و روان پریش خویی بکار می‌رود. آیزنک و آیزنک (۵۳)، ضریب پایایی ۰/۹۰ در مردان و ۰/۸۰ در زنان را برای مقیاس E (برون‌گرایی)، ۰/۷۸ در مردان و ۰/۷۶ در زنان را برای مقیاس P (روان پریش‌خویی)، ۰/۸۸ در مردان و ۰/۸۵ در زنان را برای مقیاس N (روان رنجورخویی) گزارش کرده‌اند. کاویانی (۵۴) در پژوهش خود بر روی دو گروه از آزمودنی‌های شیرازی و تهرانی ضریب پایایی آزمون تجدیدنظر شده آیزنک را با استفاده از روش بازآزمایی برای مقیاس‌های برون‌گرایی، روان رنجورخویی و روان پریش‌خویی به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۷۲ به دست آورد.

۲- پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس، که توسط فولکمن و لازاروس در سال ۱۹۸۴ تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۶۶ ماده است که دو راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان‌مدار را اندازه‌گیری می‌کند و دارای هشت مقیاس است. لازاروس ثبات درونی ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ را برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای گزارش کرده است (۵۶).

این پرسشنامه بدون محدودیت زمانی اجرا و از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا ضمن تجسم موقعیت تجربه شده که در آن از راهبردهای مقابله‌ای استفاده کرده‌اند، بر پایه مقیاس چهار گزینه‌ای به پرسش‌ها پاسخ دهند.

ابتدا گروه بیماران در بیمارستان شهید مدنی بر اساس تشخیص پزشک معالج انتخاب و سپس در مورد هدف پژوهش، اطلاعاتی به آنها داده شد و پس از جلب رضایت بیمار، پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت تا اقدام به تکمیل آن نمایند. سپس نمرات افراد در هر دو پرسشنامه محاسبه و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 و آزمون آماری t گروه‌های مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مورد گروه افراد سالم نیز همین اقدامات انجام گرفت. در این مطالعه سطح معنی‌داری $\alpha = 0/01$ در نظر گرفته شد.

نتایج

در جدول ۱ خلاصه‌ای از متغیرهای دموگرافیک در دو گروه بیماران مبتلا به بیماری قلبی و افراد سالم ارائه شده

بیماران قلبی در این مطالعه افرادی بودند که طبق اطلاعات مندرج در پرونده، دچار نارسایی قلبی، آریتمی قلبی، آنژین یا انفارکتوس میوکارد شده و بیماری آنها به تأیید پزشک متخصص قلب رسیده بود. این تشخیص با استفاده از الکترو کاردیوگرافی یا آنژیوگرافی عروق کرونر حاصل شده بود. همزمان، گروه شاهد از میان همراهان بیمار که بر فاقد بیماری خاصی بودند پس از همسان‌سازی سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی- اجتماعی انتخاب شدند.

تعداد نمونه‌های پژوهش براساس جدول تعیین حجم نمونه کوهن و همکاران (۵۲) با اطمینان ۹۵ و توان ۹۰ درصد و با توجه به نتایج سایر مطالعات (۱۹-۱۶،۵۰) برای هر گروه ۵۰ نفر برآورد شد.

نوع همسان‌سازی در این مطالعه، همسان‌سازی گروهی بود، برای این کار، گروه بیمار بر اساس ویژگی‌های آن به زیر رده‌های فرعی تخصیص‌یافته و پس گروه سالم مطابق آن تعیین گردید. همچنین فراوانی متغیر همسان شده در گروه‌های مورد مطالعه و مقایسه یکسان در نظر گرفته شد. افراد سالم از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی با نمونه بیمار همسان شدند. از بین این افراد تنها کسانی که دارای حداقل ۲۰ سال سن و حداکثر ۶۰ سال سن، متأهل، دارای حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی و متعلق به طبقه اقتصادی اجتماعی متوسط (بر اساس میزان درآمد ماهانه، محل سکونت، شغل و جایگاه اجتماعی) بودند در گروه‌ها جایابی شدند. جهت رعایت مسائل اخلاقی و حقوق بیماران و شرکت‌کنندگان در این مطالعه، رضایت آگاهانه آنان جهت شرکت در پژوهش جلب شد. البته با توجه به دو سو کور بودن پژوهش به منظور افزایش روایی بیرونی آن، علاوه بر رهبر گروه (یکی از همکاران پژوهش) شرکت‌کنندگان نیز از فرضیه اصلی پژوهش بی‌اطلاع بودند.

به منظور گردآوری اطلاعات از دو پرسشنامه زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه تجدیدنظر شده شخصیتی آیزنک (EPQ-R)، که یک پرسشنامه خودسنجی ۱۰۶ سؤالی است که برای

است. آزمون آماری کای دو ارتباط معنی‌داری بین دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک نشان نداد. برای بررسی ابعاد شخصیتی در دو گروه بیمار و سالم از آزمون t مستقل استفاده شد. برای این منظور میانگین گروه بیمار با سالم مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۱: متغیرهای دموگرافیک در دو گروه بیمار و سالم

| متغیر | دامنه سنی (سال) | بیمار | | سالم | |
|-------------------|--------------------|-------|---------|------|---------|
| | | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی |
| سن | ۲۰-۳۰ | ۵ | ۷ | ۱۰ | ۱۴ |
| | ۳۱-۴۰ | ۱۴ | ۱۲ | ۲۸ | ۲۴ |
| | ۴۱-۵۰ | ۱۲ | ۱۳ | ۲۴ | ۲۶ |
| | ۵۱-۶۰ | ۱۹ | ۱۸ | ۳۸ | ۳۶ |
| تحصیلات | ابتدایی و راهنمایی | ۸ | ۷ | ۱۶ | ۱۴ |
| | دیپلم | ۲۳ | ۲۰ | ۴۶ | ۴۰ |
| | کاردانی | ۹ | ۱۱ | ۱۸ | ۲۲ |
| | کارشناسی | ۱۰ | ۱۲ | ۲۰ | ۲۴ |
| سابقه بیماری قلبی | ۲ سال | ۱۳ | - | ۲۶ | - |
| | ۳ سال | ۱۹ | - | ۳۸ | - |
| | ۴ سال | ۹ | - | ۱۸ | - |
| | ۵ سال و بیشتر | ۹ | - | ۱۸ | - |
| | | | | | |

بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$)، اما در راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار تفاوت بین دو گروه معنی‌دار نیست ($P < 0/475$).

از طرف دیگر، ابعاد شخصیتی زنان و مردان دچار بیماری قلبی و سالم نیز مورد مقایسه قرار گرفت.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج نشان داد که بین بیماران قلبی و افراد سالم، از نظر ابعاد شخصیتی روان‌رنجورخویی و روان‌پریش‌خویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). اما بین دو گروه سالم و بیمار در بعد شخصیتی برون‌گرایی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین نتایج در این جدول نشان می‌دهد که در راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار

جدول ۲: مقایسه نمرات ابعاد شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در دو گروه بیمار و سالم

| متغیر | عامل | بیمار | سالم | t | P-value |
|------------------|----------------|------------|------------|------|---------|
| ابعاد شخصیتی | روان‌رنجورخویی | ۱۷/۰۶±۳/۸۰ | ۱۲/۷۸±۳/۲۴ | ۷/۳۸ | ۰/۰۱ |
| | برون‌گرایی | ۱۳/۷۸±۳/۷۶ | ۱۵/۸۹±۴/۱۹ | ۱/۲۴ | ۰/۱۲۱ |
| | روان‌پریش‌خویی | ۵/۱۹±۲/۵۶ | ۳/۸۸±۰/۷۷ | ۲/۱۴ | ۰/۰۱ |
| راهبرد مقابله‌ای | مسأله مدار | ۴۲/۶۱±۹/۶۴ | ۴۵/۷۸±۷/۳۴ | ۱/۲۵ | ۰/۴۷۵ |
| | هیجان مدار | ۴۱/۱۴±۸/۴۴ | ۳۲/۱۶±۷/۰۲ | ۴/۶۱ | ۰/۰۱ |

($p < 0/01$) و با توجه به میانگین نمرات، زنان برون‌گراتر از مردان مبتلا بیماری قلبی هستند. اما در ابعاد شخصیتی

نتایج به دست آمده در جدول ۳ نشان داد که بین این دو گروه در بعد شخصیتی برون‌گرایی تفاوت وجود دارد

توجه به میانگین نمرات، زنان بیشتر از راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار و مردان از راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار استفاده می‌کردند.

روان رنجورخویی و روان پریش‌خویی بین دو گروه تفاوتی یافت نشد. از طرف دیگر بین دو گروه در راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار و مسأله‌مدار تفاوت وجود داشت و با

جدول ۳: مقایسه ابعاد سه‌گانه شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در گروه زنان و مردان

| P-value | مرد | زن | عامل | متغیر |
|---------|------------|------------|----------------|------------------|
| ۰/۹۱ | ۱۸/۳۹±۳/۷۱ | ۱۸/۵۱±۴/۳۷ | روان رنجورخویی | ابعاد شخصیتی |
| ۰/۰۳۳ | ۱۳/۵۶±۳/۹۶ | ۱۵/۹۷±۳/۸۲ | برون‌گرایی | |
| ۰/۷ | ۵/۴۳±۲/۰۲ | ۵/۵۶±۲/۱۴ | روان پریش‌خویی | |
| ۰/۰۱ | ۵۳/۳۷±۲/۹۵ | ۳۷/۱۸±۷/۴۳ | مسأله مدار | راهبرد مقابله‌ای |
| ۰/۰۱ | ۳۵/۴۴±۵/۶۲ | ۴۸/۴۵±۶/۸۳ | هیجان مدار | |

بحث و نتیجه‌گیری

برای خود فراهم کنند (۵۹). همچنین ویژگی روان رنجورخویی و روان پریش‌خویی به علت اضطراب و افسردگی بالا زمینه را برای شکستن رسوبات جداره عروق و در نهایت گرفتگی عروق، زمینه را برای انواع مشکلات قلبی به ویژه کرونر فراهم می‌کنند (۶۰). از سوی دیگر روان رنجوری و روان پریشی افراد را به سمت ادراک منفی حوادث و در نتیجه تجربه بیشتر استرس، کاهش حمایت اجتماعی، احساس خصومت، بدبینی و رفتارهای پر خطر سوق می‌دهد که این عوامل آنان را مستعد انواع بیماری‌های قلبی-عروقی می‌سازد (۵۸). همچنین با توجه به این که برون‌گرایی یکی از عوامل مردم‌آمیزی و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر بوده و باعث کاهش استرس، اضطراب و برخی از مشکلات روانی است و از سوی دیگر آشکار شده است که در تعاملات اجتماعی هورمون‌های خنثی‌کننده استرس ترشح می‌شوند، برون‌گرایی در افراد سالم بیشتر دیده می‌شود (۶۱). یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین بیماران قلبی با افراد سالم در زمینه راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار تفاوت وجود دارد. این نتیجه همسو با یافته‌های بدست آمده در این زمینه توسط Boxmeyer (۳۸)، Kristofferzon و همکاران (۳۹) و سایر مطالعات مشابه (۴۳-۴۰) است که مبین استفاده بیشتر بیماران قلبی از انواع مهارت‌های مقابله‌ای هیجان مدار می‌باشد. در مورد استفاده افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی از راهبردهای هیجان مدار باید گفت هنگامی که این افراد

یافته‌های این پژوهش، نشان داد که نمره ابعاد شخصیتی، روان رنجورخویی و روان پریش‌خویی در بیماران قلبی بالاتر از افراد سالم بود. همچنین بعد برون‌گرایی در زنان بیمار در مقایسه با گروه مردان قوی‌تر بود. این یافته‌ها با نتایج به دست آمده توسط Kupper و همکاران (۱۹)، Clark و همکاران (۵۵)، Spiro و همکاران (۵۶) و سایر مطالعات در زمینه ارتباط شخصیت و بیماری‌های قلبی (۵۷، ۵۸) همخوان است. در تبیین این یافته و علت تأثیر صفات شخصیتی در کارکرد قلب می‌توان گفت که ابعاد شخصیتی روان رنجورخویی و روان پریش‌خویی به دو طریق ممکن است با انواع بیماری‌های قلبی مرتبط باشند. از یک سو، افراد به دلیل ابتلا به بیماری، نگرانی از آینده بیماری، ناتوانی، مشکلات شغلی و مالی دچار اختلالات اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات نوروتیک می‌شوند. به عبارت دیگر، مشکلات روانشناختی و شخصیتی با وجود مقاومت در برابر تغییر، پیامد بیماری باشند. از سوی دیگر، ممکن است روان رنجورخویی و روان پریش‌خویی مقدم بر این مشکلات باشند و در این صورت می‌توان دو مکانیزم احتمالی را برای آن برشمرد: یکی از طریق تسهیل و تقویت رفتارهای ناسالم و دیگری از طریق اثرات فیزیولوژیکی مستقیم. افراد روان رنجور و روان پریش به دلیل اضطراب بالا و سایر مشکلات روانشناختی ممکن است از طریق عادت‌های غذایی ناسالم، کم‌حرکی، مصرف مواد و مانند آن، زمینه ایجاد مشکلات مزمن را

انتخاب راه‌های مقابله مناسب در برابر فشارهای روانی می‌تواند از تأثیر استرس بر سلامت جسمانی و به خصوص قلب بکاهد.

با در نظر گرفتن این که ویژگی‌های شخصیتی به خصوص نسبت به تغییر مقاوم می‌باشند، لذا درک ابعاد شخصیتی مرتبط با بیماری‌های قلبی ممکن است کمک زیادی به پیشگیری یا کنترل مشکلات این بیماران بکند. از این رو رابطه‌ی این بیماری‌ها با راهبردهای مقابله‌ای به عنوان فرایندی شناختی- رفتاری که با سهولت بیشتری قابل کنترل و تغییر است، گامی در جهت شناخت عوامل مرتبط است که می‌تواند به فرایند پیشگیری و کنترل مشکلات بیشتر کمک کند. پژوهش حاضر در نمونه کوچکی انجام شده است و از این رو لازم است جهت اطمینان، در نمونه‌های بزرگ‌تر تکرار شود. از سوی دیگر با توجه به این که پژوهش در یک طرح تحلیلی- مقایسه‌ای به انجام رسیده است، نباید استنباط کرد که ابعاد شخصیتی و الگوهای مقابله‌ای علت این بیماری‌های قلبی هستند، زیرا ممکن است معلول، خود بیماری بوده و یا هر دو معلول، علت دیگری داشته باشند. به نظر می‌رسد این ابعاد سه‌گانه شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی نه علت آنها هستند. به همین منظور اجرای پژوهش‌های گسترده و طولی به منظور فهم دقیق‌تر روابط مفید واقع خواهد شد.

سپاسگزاری

پژوهشگران از خانم زینب فلکین موسی‌وند بخاطر همکاری در انجام پژوهش، کلیه افرادی که در پژوهش حاضر شرکت کردند و مسؤولان و پرسنل محترم بیمارستان شهید مدنی خرم‌آباد، که همکاری لازم را در اجرای این پژوهش داشتند، کمال تشکر و سپاس را دارند.

در یک موقعیت استرس‌زا قرار می‌گیرند، ممکن است از انواع راهکارهای مبتنی بر هیجان مانند دوری کردن از منبع ایجادکننده مشکل و یا اجتناب از این منبع در جهت کاهش اهمیت آن و یا انجام دادن کارهایی مانند ورزش یا تماشای تلویزیون که حواس شان را از مشکل پرت می‌کند، استفاده کنند. همچنین این افراد، از بروز احساسات خود در هنگام برخورد با منبع ایجادکننده مشکل ممانعت می‌کنند. این در حالی است که مقابله هیجان‌مدار به عنوان راهبردی کوتاه مدت، کارآمد شناخته می‌شود، اما در بلند مدت مانع سازش روانشناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی را افزایش می‌دهد. به عبارتی، استفاده از این راهبردها توسط افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی، آنها را از درگیری مستقیم و مؤثر با مشکل باز می‌دارد و توانمندی آنها را برای حل مشکل کاهش می‌دهد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی می‌شود و سلامت جسمی آنها را کاهش می‌دهد. از طرف دیگر راهبردهای هیجان‌مدار با افزایش میزان استرس در بلندمدت موجب ترشح زیاد آدرنالین و غلظت آن در خون می‌شود و در نتیجه با تشکیل لخته خون زمینه را برای حملات قلبی فراهم می‌سازد (۵۱).

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان دادند، برخی از ابعاد شخصیتی از جمله روان رنجوری و روان پریشی و سبک مقابله هیجان‌مدار در مبتلایان به بیماری‌های قلبی و افراد سالم متفاوت هستند. در تبیین رابطه استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار با انواع بیماری‌های قلبی، مطالعات نشان داده‌اند که استفاده از سبک مقابله هیجان‌مدار در مقایسه با نوع مسأله‌مدار، امکان انفارکتوس قلبی را پنج برابر بیشتر می‌کند. فشار خون بالا، رسوب کلسترول زیان‌آور و نابهنجار در دیواره عروق از دیگر عوارض استفاده از این گونه سبک‌های مقابله با استرس در بلندمدت است (۶۲). از این رو

References:

- 1- Sarafin EP. *Health Psychology. Biopsychosocialinteractions*. 2nd ed. New York, Wiley and Sons, 2002; PP: 123-27.
- 2- Butler J. *The management of heart failure*. Pract Nurse, 2010; 21(6): 290-96.
- 3- Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. *Heart disease and stroke statistics-2013 update: A report from the American Heart Associaton*. Circulation 2013; 127(1): e6-e245.
- 4- Sarraf-Zadegan N, Sayed-Tabatabaei FA, Bashardoost N, Maleki A, Totonchi M, Habibi HR, et al. *The prevalence of coronary artery disease in an urban population in Isfahan, Iran*. Acta Cardiologica 1999; 54(5): 257-63. [Persian]
- 5- Jafari N, Abdolhassani F, Naghavi M, Pourmalek F, Moradi Lakeh M, Kazemeini H. *National burden of disease and study in Iran*. Iran J Pub Health, 2009; 38 (1): 71-3. [Persian]
- 6- Braunwald E, Zipes D, Libby P. *Heart Disease: a Text Book of Cardiovascular Medicine. 2nd ed*. Philadelphia, Saunders Company, 2001; PP: 153-77.
- 7- Defruyt F, Denollet J. *Type D Personality: a five . Factor model perspective*. Psych and Heal 2002; 17(5): 671-83.
- 8- Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B, et al. *The influence of age, gender, and race on theprevalence of depression in heart failure patients*. J Am Coll Cardiol 2004; 43(9): 1542-49.
- 9- Cully JA, Phillips LL, Kunik ME, Stanley MA, Deswal A. *Predicting quality of life in veterans with heart failure: The role of disease severity,depression, and comorbid anxiety*. Behav Med 2010; 36(2): 70-6.
- 10- Everson-Rose SA, Lewis TT. *Psychosocial factors and cardiovascular diseases*. Annu Rev Public Health 2005; 26: 469-500.
- 11- Van Berke H. *The relationship between personality, coping styles and stress, anxiety and depression*. unpublished dissertation Master of Sci Psycho Uni Canterbury, 2009.
- 12- Phares EJ, Tiomothy JT. *Clinical Psychology:Concepts, Methods and Profession. Translated by:Firoozbakht M. 6th ed*. Tehran, Roshd Pub, 2007; PP:648-65 [Persian]
- 13- Kring AM, Davison GC, Johnson SHL. *Abnormal Psychology (Psychology of Abnormality)*. Shamsi Pour H. (Persian).Vol 2, 10st ed. Tehran: Argmand Publications, 2010: 241-68.
- 14- Sareeolgadem Z. *Comparison of three Personality dimensions of male addicts and normal subjects* [Persian] M.A thesis in Clinic psycho, Tabriz: faculty of educational Sci psycho, Tabriz Uni, 2005; 68-75. [Persian]
- 15- Dadsetan P. *Criminal Psychology*. 8nd ed. Tehan: Samt Publications. 2011; 106-18. [Persian]
- 16- Kring AM, Davison GC, Johnson SHL. *Abnormal Psychology (Psychology of Abnormality)*. Shamsi Pour H. Tehran: Argmand Publications, 2010; 2(10): 241-68.
- 17- Denollet J. *Personality and coronary heart disease: the type-D scale-16 (DS16)*. Ann Behavioral Med 1998; 20(3): 209-15.

- 18- Conraads VM, Denollet J, De Clerck LS, Stevens WS, Bridts C, Vrints CJ. *Type D personality is associated with increased levels of tumour necrosis factor (TNF) -alpha and TNF-alpha receptors in chronic heart failure.* Int J Cardiol 2006; 113(1): 34-8.
- 19- Kupper N, Denollet J, De Geus EJ, Boomsma DI, Willemsen G. *Heritability of type-D personality.* Psychosom Med. 2007; 69(7): 675-81.
- 20- Pederson SS, Denollet J. *Type D Personality, cardiac events and impaired quality of life: a review.* Euro J Cardi Prevent and Rehab 2003; 10(4): 241-48.
- 21- Lazarus RS. *Coping theory and research: Past, present, and future.* Psychosom Med 1993; 55(3): 234-47.
- 22- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* 2nd ed. New York: Springer Publishing Co 1984; 120-39.
- 23- Endler NS, Parker JD. *Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies.* Psych Assess 1994; 6(1): 50-60.
- 24- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. *Assessing coping strategies: A theoretically based approach.* J Pers Soc Psych 1989; 56(2): 267-83.
- 25- Vollman MW, LaMontagne LL, Hepworth JT. *Coping and depressive symptoms in adults living with heart failure.* J Cardiovasc Nurs 2007; 22(2): 125-30.
- 26- Burker EJ, Evon DM, Losielle MM, Finkel JB, Mill MR. *Coping predicts depression and disability in heart trans plant candidates.* J of Psychosom Res 2005; 59(4): 215-22.
- 27- Doering LV, Dracup K, Caldwell MA, Moser DK, Erickson VS, Fonarow G, et al. *Is coping style linked to emotional states in heartfailure patients?* J Card Fail. 2004; 10(4): 344-49.
- 28- Trivedi RB, Blumenthal JA, O'Connor C, Adams K, Hinderliter A, Dupree C, et al. *Coping styles in heart failure patients with depressive symptoms.* J Psychosom Res 2009; 67(4): 339-46.
- 29- Dekker RL, Peden AR, Lennie TA, Schooler MP, Moser DK. *Living with depressive symptoms: Patients with heart failure.* Am J Crit Care, 2009; 18(4): 310-18.
- 30- Aranda JM, Johnson JW, Conti JB. *Current trends in heart failure readmission rates: Analysis of Medicare data.* Clin Card 2009; 32(1): 47-52.
- 31- Murberg TA, Bru E, Stephens P. *Personality and coping among congestive heart failure patients.* Pers Individ Differ 2002; 32(5): 775-84.
- 32- Riegel B, Carlson B. *Facilitators and barriers to heart failure self-care.* Patient Educ Couns 2002; 46(4): 287-95.
- 33- Piamjariyakul U, Smith CE, Werkowitch M, Elyachar A. *Part I: Heart failure home management: patients, multidisciplinary healthcare professionals and family caregivers' perspectives.* App Nurs Res 2012; 25(4): 239-45.

- 34- Park CL, Fenster JR, Suresh DP, Bliss DE. *Social support, appraisals, and coping as predictors of depression in congestive heart failure patients*. Psychol Health 2006; 21(6): 773-89.
- 35- Bosworth HB, Steinhauser KE, Orr M, Lindqvist JH, Grambow, SC, Oddone EZ. *Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: The integration of physical and psychosocial factors*. Aging Ment Health 2004; 8(1):83-91.
- 36- Diener E, Oishi S, Lucas RE. *Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life*. In: Annual Review of Psycho 2003; 54(1): 403-25.
- 37- Friedman MM, Quinn JR. *Heart failure patients' time, symptoms, and actions before a hospital admission*. J Cardiovasc Nurs, 2008; 23(6): 506-12.
- 38- Boxmeyer L. *Heart disease: The greatest 'risk' factor of them all*. Med Hypotheses, 2004; 62: 773-9.
- 39- Kristofferzon ML, Lindqvist R, Nilsson A. *Relationships between coping, coping resources and quality of life in patients with chronic illness: A pilot study*. Scand J Psych 2011; 25(3): 476-83.
- 40- Carels RA, Musher-Eizenman D, Cacciapaglia H, Perez-Benitez CI, Christie S, O'Brien W. *Psychological functioning and physical symptoms in heart failure patients: A within individual approach*. J Psychosom Res, 2004; 56: 95-101.
- 41- Park CL, Malone MR, Suresh DP, Bliss D, Rosen R. *Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients*. Qual Life Res 2008; 17(1): 21-6.
- 42- Bean MK, Gibson D, Flattery M, Duncan A, Hess M. *Psychological factors, quality of life, and psychological distress: Ethnic differences in patients with heart failure*. Prog Cardiovasc Nurs 2009; 24(4): 131-40.
- 43- Paukert AL, LeMaire A, Cully JA. *Predictors of depressive symptoms in older veterans with heart failure*. Aging Ment Health. Aging ment health 2009; 13(4): 601-10.
- 44- Carels RA. *The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients*. Qual Life Res 2004; 13(1): 63-72.
- 45- Park CL, Fenster JR, Suresh DP, Bliss DE. *Social support, appraisals, and coping as predictors of depression in congestive heart failure patients*. Psychol Health 2006; 21(6): 773-89.
- 46- Riegel B, Carlson B. *Facilitators and barriers to heart failure self-care*. Patient Educ Couns 2002; 46(4): 287-95.
- 47- Wu JR, Moser DK, Chung ML, Lennie TA. *Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure*. J Card Fail 2008; 14(7): 603-14.
- 48- Bosworth HB, Steinhauser KE, Orr M, Lindqvist JH, Grambow SC, Oddone EZ. *Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: The integration of physical and psychosocial factors*. Aging Ment Health. 2004; 8(1): 83-91.

- 49- Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. *Quality of life in patients with heart failure. Ask the patients.* Heart Lung 2009; 38(2): 100-08.
- 50- Wallis M, Boxer E, Chaboyer W, Grant S, Bardsley K, Carlson M, et al. *Health-related quality of life and coping in chronic illness: A pilot study.* J Gen Int Med, 2006; 15(11): 769-89.
- 51- Graven L, Grant JS, Vance DE, Pryor ER, Grubbs L, Karioth S. *Coping styles associated with heart failure outcomes: A systematic review.* J Nurs Educa Practice 2014; 4(2): 227-42.
- 52- Cohen L; Manion L; Morris K. *Research methods in educational by routeolege flamer.* 5th edition 2011; PP: 143-52.
- 53- Eysenck HJ, Eysenck MW. *Eysenck Personality Inventory.* San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service, 1963.
- 54- Kaviani H. *Biological Theory of Personality.* Tehran, Sana Pub, 2003; PP: 68-72. [Persian]
- 55- Clark A, Seidler A, Miller M. *Inverse association between sense of humor and coronary heart disease.* Int J Cardiol 2001; 80(1): 87-8.
- 56- Spiro A, Todao JF, Shen BJ, Niaura R, Ward KD. *Effect of negative emotio: n on of Frequency Coronary heart disease.* American J Cordial 2003; 92(15): 901-08.
- 57- Myrtek M. *Met- analyses of prospective Studies on Coronary heart disease, type A personality, and hostility.* Inter J Cardio 2001; 79(2): 245-51.
- 58- Kawachi I, Colditz GA, Williams WC. *Prospective Study of phobic anxiety and depression risk factor of Coronary heart disease in women.* Circulation, 2000; 89: 1992-97.
- 59- Friedman HS, Schustack MW. *Personality: Classic Theories and Modern Research,* 5nd ed. Boston, MA: Pearson 2012. PP: 106-19.
- 60- Brydon L, Magid K, Steptoe A. *Platelets, coronary heart disease and stress.* Brain, Behavior and Immu 2006; 20(2): 113-19.
- 61- Molloy GJ, Perkins-Porras L, Strike PC, Steptoe A. *Type-D personality and cortisol in survivors of acute coronary syndrome.* Psychosom Med 2008; 70(8): 863-68.
- 62- Denollet J, Depotter BR. *Coronary heart disease and repressive coping in women with coronary heart disease.* Int J Cardiol, 2003; 75: PP: 25-41.

Comparing Personality Dimensions and coping Strategies in Healthy Individuals and Heart Patients

*Rahimi R(PhD Student)*¹, Arefi M(PhD)², Golmohammadian M(PhD)³*

¹ Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University of Tehran, Tehran, Iran

² Department of Counseling, Faculty of Human Sciences, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

³ Department of Counseling, Faculty of Human Sciences, University of Razi, Kermanshah, Iran

Received: 25 Jul 2015

Accepted: 12 Nov 2015

Abstract

Introduction: Heart disease is a psycho-physiological disorder that in addition to physical and biological factors, psychological factors such as stressful events, personality traits and coping strategies play an important role in its occurrence and exacerbation. Therefore, the purpose of this study was to investigate personality dimensions and stress-coping strategies within healthy individuals compared with heart patients.

Methods: In this analytical-comparative study, 50 patients with heart disease (26 males and 24 females) and 50 healthy subjects (28 males and 22 females) were selected. The participants were required to respond to the Eysenck personality questionnaire (EPQ-R) and Folkman and Lazarus's stress-coping strategies questionnaire. In order to analyze the study data, descriptive indicators and independent t-test were applied using SPSS software (ver, 19) and the significance level was set at $\alpha = 0/01$.

Findings: The study results revealed a significant difference between heart patients and healthy individuals in terms of personality dimensions, neuroticism, and psychoticism, though no significant difference was observed in regard with emotion-focused coping strategies between the two groups. In the present study, the effect of gender was also examined on personality dimensions and coping strategies. Moreover, extraversion features as well as emotion-focused and problem-focused coping strategies were demonstrated to differ significantly between males and females.

Conclusion: The study findings indicated that heart patients seem to be more anxious, fearful, violent, aggressive and fast developing for anxiety, depression and aggression compared to healthy individuals who apply emotion-oriented coping style dealing with the problems.

Keywords: Emotion and problem-oriented coping strategies; Heart disease; Personality dimensions

This paper should be cited as:

Rahimi R, Arefi M, Golmohammadian M. *Comparing personality dimensions and coping strategies in healthy individuals and heart patients*. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2016; 23(10): 957-68.

***Corresponding author: Tel: 09184815074, Email: Rohollahrahimi02@gmail.com**