

ارتباط کیفیت زندگی و شخصیت نوع D با بیماری کرونری قلب: نقش عامل جنسیت

جابر علیزاده گورادل^{۱*}، محمدرضا تابان صادقی^۲، بابک صادقی^۳، داود عزتی^۳

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲- گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول: j.alizadeh45@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۱۳

چکیده

زمینه: عوامل روانی از قبیل ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی، از جمله عوامل موثر در بیماری کرونری قلبی می‌باشد. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی و شخصیت نوع D با بیماری کرونری قلب انجام شد.

روش کار: در یک طرح مورد-شاهدی، ۶۰ نفر از بیماران کرونری قلب (۳۰ مرد، ۳۰ زن) مراجعه کننده به بیمارستان شهید مدنی شهرستان تبریز با ۶۰ نفر از افراد گروه شاهد (۳۰ مرد، ۳۰ زن) که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و از نظر برخی متغیرهای جمعیت شناختی با یکدیگر همسان شده بودند، مقایسه شدند. داده‌ها به کمک پرسش نامه کیفیت زندگی (SF36) و مقیاس تیپ شخصیتی D گردآوری و با آزمون‌های توصیفی - تحلیلی در نرم افزار SPSS v.20، تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بیماران کرونری قلب (مردان: $21/58 \pm 10/7$ ، زنان: $13/049 \pm 9/96$) در مقایسه با گروه شاهد (مردان: $19/50 \pm 12/56$ ، زنان: $13/06 \pm 10/38$) از کیفیت زندگی پایینی برخوردار بوده و هیجان منفی (مردان: $4/46 \pm 14/96$ ، زنان: $3/64 \pm 16/62$) بیشتری نسبت به گروه کنترل (مردان: $2/41 \pm 12/50$ ، زنان: $4/46 \pm 12/92$) داشتند. ۲۶ درصد از واریانس مربوط به بروز بیماری کرونری قلب توسط متغیرهای با نشاط بودن، هیجان منفی، درد جسمی و محدودیت جسمی تبیین شد. نتایج تحلیل واریانس نیز نشان داد که زنان در تمام ابعاد کیفیت زندگی، نمرات کمتری از مردان بدست آوردند ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به اینکه کیفیت زندگی و شخصیت نوع D ارتباط تنگاتنگی با بروز و تداوم بیماری عروق کرونری قلب دارد، بنابراین استفاده از مداخلات روان شناختی برای کنترل و کاهش متغیرهای فوق در پروتکل درمانی بیماران کرونری قلب ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: بیماری کرونری قلب، شخصیت نوع D، کیفیت زندگی، جنسیت

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی از عمده‌ترین علل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می‌باشند که از این میان بیماری عروق کرونری^۱ (CHD) به عنوان کشنده‌ترین بیماری قلبی عروقی شناخته شده و بیش از ۵۰ درصد مرگ‌های قلبی را به خود اختصاص می‌دهد (۱). در این اختلال، دیواره‌ی یک یا چند شریان کرونر قلب به دلیل رسوب موادی به نام پلاک (مواد چربی یا فیبری) به طور جزئی یا کلی مسدود و جریان خون به بخش‌های مختلف قلب به صورت دایم یا موقت متوقف می‌شود (۲). در جمعیت ایرانی، بیماری عروق کرونر یکی از دلایل عمده مرگ و میر و ناتوانی محسوب شده و در حال حاضر اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال در ایران می‌باشد؛ مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی در ایران ۲۵ تا ۴۵ درصد و میزان شیوع بیماری‌های ایسکمیک قلب در کشور، بالا گزارش شده است (۳).

یکی از عوامل مرتبط با این موضوع، اختلال در کیفیت زندگی است که نه تنها اثر منفی بر زندگی اجتماعی، خانوادگی، کار و فعالیت تفریحی دارد، بلکه خطر بستری شدن و مرگ ناشی از این بیماری را افزایش می‌دهد (۴). بنابراین کیفیت زندگی عامل پیش‌بینی کننده پیامدهای بیماری قلبی به حساب می‌آید (۵). اگر چه درمان‌های موثرتر باعث افزایش طول عمر در این بیماران شده است، اما کیفیت زندگی این بیماران بر طبق تحقیقات انجمن قلب آمریکا از حد مطلوب پایین‌تر می‌باشد (۶). در مورد کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماری‌های مزمن، نشان دهنده اثرات نامطلوب بیماری بر روی عملکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی بیماران بوده است. بنابراین اندازه‌گیری کیفیت زندگی به خصوص در ارزیابی درمان بیماری‌های قلبی اهمیت پیدا کرده است (۷).

یکی از متغیرهای مهم اثرگذار دیگر بر بیماری عروق کرونری، تیپ شخصیتی D است. مفهوم تیپ شخصیتی D بیانگر تعامل صفات ویژه‌ای است که ممکن است اثرات زبان باری روی سلامتی داشته باشد. تیپ شخصیتی D دارای دو مؤلفه است: ۱- عاطفه منفی^۲: که به تمایل تجربه‌ی عواطف منفی در طول زمان و موقعیت‌های

مختلف اشاره می‌کند و ۲- بازداری اجتماعی^۳: که تمایل برای بازداری از بیان این هیجانات در تعامل اجتماعی است. دنولت^۴ و همکاران (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که تیپ شخصیتی D مستقل از عوامل دیگر، پیش‌بینی کننده‌ی مهمی برای بیماران عروق کرونری است و اثرات پایدار و مهمی روی کیفیت زندگی و تندرستی این بیماران می‌گذارد (۸).

خوسفی و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی نشان دادند که بیماران عروق کرونری در مقایسه با گروه غیر بیمار، روان رنجوری و تجارب تنش زای بیشتری دارند در صورتیکه تجربه پذیرش، سازش پذیری، وظیفه شناسی و حمایت اجتماعی آنها کمتر می‌باشد (۹). بیاض و رستگاری (۲۰۰۲) با بررسی ۶۰ بیمار عروق کرونری نشان دادند که این بیماران در الگوی رفتاری تیپ دو و تنش، نمرات بیشتر و در سخت رویی نمرات کمتری در مقایسه با گروه سالم دارند (۱۰). بروک^۵ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی با بررسی ۵۵۴ بیمار قلبی-عروقی نشان دادند که افراد دارای تیپ شخصیتی D تمایل کمتری به انجام رفتارهای مربوط به تندرستی دارند و این امر منجر به افزایش سطح آشفته‌گی آنها می‌شود (۱۱).

پژوهش ویلیامز^۶ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که بیماران دارای تیپ شخصیتی D به انجام رفتارهای تندرستی ناسازگارانه نظیر سیگار کشیدن، ورزش نکردن و داشتن یک رژیم غذایی بد تمایل بیشتری دارند. این نتایج حاکی از این است که تیپ شخصیتی D از عوامل پر خطر برای بیماری عروق کرونری می‌باشد و با پیش آگهی بد، وضعیت جسمانی آسیب دیده و پریشانی هیجانی ارتباط دارد (۱۲). پله^۷ و همکاران (۲۰۰۹) با بررسی روی بیماران عروق کرونری و بیماران قلبی مزمن نتیجه گیری کردند که متغیرهای عاطفه منفی، افسردگی، اضطراب و بازداری اجتماعی از متغیرهای متمایز کننده‌ی بیماران عروق کرونری هستند، هرچند عاطفه ی منفی و بازداری اجتماعی نقش مهم‌تری داشتند (۱۳). نتایج پژوهشها

3. Social inhibition

4. Denollet

5. Broek

6. Williams

7. Pelle

1. Coronary heart disease

2. Negative affect

نداشته و در هنگام نمونه گیری از سلامت روانی و جسمی برخوردار بودند.

داده‌های مورد نظر به کمک ابزارهای زیر گردآوری شدند: (۱) مقیاس تیپ شخصیتی D: مقیاس تیپ شخصیتی D توسط دنولت تدوین شده است. این مقیاس ۱۴ آیتام داشته و مؤلفه‌های عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی را می‌سنجد (۱۷). هر آزمودنی به این مقیاس به صورت "به ندرت"، "گاهی اوقات"، "اغلب اوقات" و "همیشه" پاسخ می‌دهد و حداقل و حداکثر نمرات آن به ترتیب ۱۴ و ۵۶ می‌باشد. در ایران ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس عاطفه‌ی منفی ۰/۸۷ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۶۱ و کل مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است (۱۸). ضریب همبستگی این مقیاس با ارزیابی‌های مشاهده گران معنی دار می‌باشد (۰/۶۹) (۱۹).

(۲) پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط وارو و شربون^۲ در کشور آمریکا طراحی شد. SF36 ابزاری مناسب جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران کرونری می‌باشد. این پرسشنامه ۳۶ سوال دارد و کیفیت زندگی را در ۸ حیطه ارزیابی می‌کند که شامل عملکرد جسمی، محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی، درد جسمی، وضعیت سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ارتباط با مسایل روانی و سلامت روانی می‌باشد. کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف از صفر تا صد نمره گذاری می‌شود و نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر می‌باشند. پایایی و اعتبار ویرایش فارسی این پرسشنامه توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) مورد تأیید قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۷ تا ۰/۹۹ محاسبه شده است (۲۱).

برای تحلیل داده‌ها، روش رگرسیون لجستیک تحلیل واریانس چند متغیره (مانووا)^۳ و آزمون تی مستقل به کار برده شد.

یافته‌ها

بیماران مبتلا به CHD و افراد سالم در چهار گروه زیر بررسی شدند: ۳۰ مرد مبتلا به CHD [۱۸/۳٪] متأهل، ۶/۷ درصد مجرد؛ ۱۸ درصد بین ۵۰-۳۰ سال و ۵/۸

حاکمی از این است که وجود تیپ شخصیتی D در بیماران عروق کرونری در مقایسه با افراد سالم سبب می‌شود که میزان تندرستی و کیفیت زندگی پایین تری داشته باشند (۱۴).

به نظر می‌رسد که ابعاد کیفیت زندگی در زنان و مردان متفاوت باشد. زیرا زنان و مردان تفاوت‌هایی در وضعیت بیوفیزیولوژی و روانی-اجتماعی دارند. برای مثال زنان بیشتر در معرض خطر استرس‌های روانی-اجتماعی قرار می‌گیرند. بنابراین احتیاج بیشتری به حمایت اجتماعی در مقایسه با مردان دارند (۱۵). طبق گزارش فریدمن^۱ (۲۰۰۳) اختلال در عملکرد زنان مبتلا به بیماری قلبی از مردان بیشتر است (۱۶).

با توجه به پژوهش‌های انجام شده، در بررسی حاضر ارتباط شخصیت نوع D و کیفیت زندگی با بروز بیمارهای کرونری قلبی و همچنین تعیین ابعاد کیفیت زندگی با توجه به نقش جنسیت مورد توجه قرار گرفت و تلاش شد تا سه فرضیه و یک پرسش بررسی شوند: ۱- بیماران گروه کرونری قلب در مقایسه با افراد سالم، بازداری اجتماعی و هیجان منفی بیشتری دارند، ۲- بیماران کرونری قلب در مقایسه با افراد سالم، از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند، ۳- بین شخصیت نوع D و کیفیت زندگی با بروز بیماری کرونری قلب ارتباط وجود دارد؛ و آیا در ارتباط با ابعاد کیفیت زندگی و بروز بیماری کرونری قلب، عامل جنسیت نقش تعدیل کننده دارد؟

روش کار

مطالعه حاضر به روش طرح مورد-شاهدی در سال ۱۳۹۱ انجام شد. بیماران تحت مراقبت و بستری در بیمارستان تخصصی قلب شهید مدنی تبریز به تعداد ۶۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس، با توضیح درباره اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه کتبی از آن‌ها انتخاب شدند. ۶۰ نفر نیز به عنوان گروه کنترل از افراد سالم شهر تبریز (از کارکنان دانشگاه تبریز و بیمارستان) انتخاب شدند و سعی شد از نظر برخی متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن، میزان تحصیلات و جنسیت با گروه بیمار همسان سازی شوند. این افراد سابقه بیماری قلبی و سایر بیماری‌ها را

2. Varo & Sherbone
3. Manova

1. Friedman

در ارتباط با فرضیه اول پژوهش، یافته‌های مطالعه بیشتر بودن هیجان منفی را در افراد کرونر قلبی مورد تأیید قرار دادند اما بازداري اجتماعی مورد تأیید قرار نگرفت هرچند که میانگین بازداري اجتماعی در افراد کرونر قلبی بیشتر از افراد سالم بود. آزمون تی مستقل میان مردان مبتلا به CHD و مردان سالم از نظر میزان هیجان منفی، تفاوت آماری معنی داری ($t=2/66$, $P<0/001$) نشان داد و در زنان نیز گروه مبتلا به CHD تفاوت معنی داری با گروه سالم داشتند ($t=3/53$, $P<0/001$) (جدول ۱).

درصد زیر ۳۰ سال؛ ۱۸/۳ درصد زیر دیپلم و ۵/۸ درصد بالای دیپلم)، ۳۰ مرد سالم ($2/24$ ٪ متأهل و $0/8$ ٪ مجرد، $21/7$ ٪ بین ۳۰-۵۰ سال، $4/3$ ٪ زیر ۳۰ سال، $19/7$ ٪ زیر دیپلم و $5/3$ ٪ بالای دیپلم)، ۳۰ زن مبتلا به CHD ($22/5$ ٪ متأهل و $2/5$ ٪ مجرد، $9/2$ ٪ بالای ۵۰ سال، $12/5$ ٪ بین ۳۰-۵۰ سال و $3/3$ ٪ زیر ۳۰ سال، $16/7$ ٪ زیر دیپلم و $8/3$ ٪ بالای دیپلم) و ۳۰ زن سالم ($14/2$ ٪ متأهل و $10/8$ ٪ مجرد، $22/5$ ٪ بین ۳۰-۵۰ سال و $2/5$ ٪ زیر ۳۰ سال، $14/7$ ٪ زیر دیپلم و $10/3$ ٪ بالای دیپلم).

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات بازداري اجتماعی و هیجان منفی در دو گروه مورد و شاهد به تفکیک جنسیت

گروه‌ها	مورد	شاهد	مقدار T	P value
ابعاد شخصیت D	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار		
بازداري اجتماعی				
مردان	$14/50 \pm 2/70$	$14/40 \pm 3/52$	-2/46	0/076
زنان	$14/46 \pm 2/50$	$14/03 \pm 2/008$	0/732	0/46
هیجان منفی				
مردان	$14/96 \pm 4/46$	$12/50 \pm 2/41$	2/66	0/001
زنان	$16/62 \pm 3/64$	$12/92 \pm 4/46$	3/53	0/001

به CHD و مردان سالم از نظر میزان کیفیت زندگی، تفاوت آماری معنی داری ($t=-3/169$, $P<0/002$) وجود داشت و در زنان نیز، گروه مبتلا به CHD تفاوت معنی-داری با گروه سالم داشتند ($t=-1/73$, $P<0/04$)، بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید شد (جدول ۲).

برای بررسی فرضیه دوم (بیماران کرونری قلب در مقایسه با افراد سالم، از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند)، آزمون تی مستقل به کار برده شد. نتایج نشان دادند که گروه مبتلا به CHD و گروه سالم از نظر کیفیت زندگی تفاوت آماری معنی داری دارند؛ به طوری که میان مردان مبتلا

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی در دو گروه بیمار و شاهد به تفکیک جنسیت

کیفیت زندگی	مورد	شاهد	مقدار T	P value
جنسیت	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار		
مردان	$107/73 \pm 21/58$	$124/56 \pm 19/50$	-3/169	0/002
زنان	$95/96 \pm 13/049$	$103/82 \pm 13/06$	-1/73	0/04

محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی، درد جسمی، وضعیت سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ارتباط با مسایل روانی و سلامت روانی) و

برای بررسی فرضیه سوم پژوهش (بین کیفیت زندگی و شخصیت نوع D با بروز بیماری کرونری قلب ارتباط وجود دارد)، ابعاد کیفیت زندگی (شامل عملکرد جسمی،

می‌دانند، همسو است و یافته‌های این تحقیق با نظر این محققین که شخصیت نوع D را یک عامل مهم در پیش آگهی و افزایش عوارض و مرگ و میر حاصل از بیماری قلبی در نظر می‌گیرند، مطابقت دارد (۲۱). همچنین با یافته‌های دنولت و همکاران (۲۰۰۵) مبنی بر اینکه بین دو گروه سالم و بیمار قلبی در تیپ شخصیتی D تفاوت معنی داری وجود دارد مطابقت می‌کند (۲۲).

بررسی یافته‌های مربوط به فرضیه دوم نشان داد که بیماران کرونری قلب نسبت به افراد سالم از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند. بررسی‌های داندردیل و همکاران (۲۰۰۵) مبنی بر این که کاهش کیفیت زندگی یک مشکل لاینفک در بیماران قلبی است به طوری که، کیفیت زندگی در این بیماران به دلیل علایم جسمانی بیماری، اثرات منفی ناشی از درمان و محدودیتهای اجتماعی ایجاد شده در اثر بیماری آسیب می‌بیند، در تأیید یافته‌های بالاست (۲۳). این یافته همچنین با یافته‌های مطالعات موزر^۳ (۲۰۰۲) و جی پن^۴ (۲۰۰۸) همسو می‌باشد (۴،۶). در یک الگوی ذهنی از بیماری قلبی که توسط رکتور^۵ در سال ۲۰۰۵ ارائه گردید نشان داده شد که علائم محدودیت‌های عملکردی و فشار روانی ناشی از آسیب‌شناسی بیمار قلبی که به طور مجزا اما وابسته به هم هستند روی کیفیت زندگی بیمار اثر می‌گذارند (۲۴).

این بررسی با تدوین فرضیه سوم، ارتباط کیفیت زندگی و شخصیت نوع D را با بروز بیماری کرونری قلب بررسی نمود. همان گونه که در بخش یافته‌ها بیان شد، هیجان منفی از بعد شخصیت نوع D و با نشاط بودن، درد جسمی و محدودیت جسمی به عنوان مؤلفه‌های کیفیت زندگی با بیماری کرونری قلب ارتباط معنی داری دارند و تحلیل معادله رگرسیون لجستیک نیز نشان داد که ۲۶ درصد از واریانس مربوط به بروز CHD را تبیین می‌کنند که این یافته با یافته‌های انجام شده در این زمینه همسو می‌باشد (۱۴،۱۸).

پژوهش حاضر همچنین نقش عامل جنسیت را در ارتباط با ابعاد کیفیت زندگی از یک سو و عامل کرونری قلب را از سوی دیگر بررسی نمود. یافته‌ها نشان دادند که به جز

مؤلفه‌های شخصیت نوع D (بازداری اجتماعی و هیجان منفی) به عنوان متغیرهای پیش بین و شیوع CHD به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون لجستیک گام به گام وارد شدند. نتایج تحلیل مورد نظر نشان داد که بین نشاط ($P < 0.002$)، درد جسمی ($P < 0.003$) و محدودیت جسمی ($P < 0.015$) از ابعاد کیفیت زندگی و هیجان منفی ($P < 0.004$) از بعد شخصیت نوع D با شیوع CHD ارتباط معنی دار وجود دارد به طوری که این متغیرها ۲۶ درصد واریانس مربوط به بروز CHD را تبیین می‌کنند.

برای پاسخگویی به سوال پژوهش (آیا در ارتباط بین ابعاد کیفیت زندگی و بروز بیماری کرونری قلب، عامل جنسیت نقش تعدیل کننده دارد؟) از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. نتایج تحلیل مورد نظر نشان داد که بین دو گروه شاهد و بیمار و عامل جنسیت تنها از نظر درد جسمی اثر متقابل وجود ندارد. اما بین عملکرد جسمی ($F = 9.31, P < 0.001$)، مشکلات روحی ($F = 12.04, P < 0.001$)، سلامت عمومی ($F = 7.10, P < 0.003$)، نشاط ($F = 11.46, P < 0.001$)، اجتماعی ($F = 11.67, P < 0.008$) و سلامت روانی ($F = 4.10, P < 0.008$) و بروز CHD در زنان رابطه مثبت و معنی داری دیده شد.

بحث

با توجه به این که پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به ویژه در ایران بیشتر روی کیفیت زندگی و شخصیت نوع D به صورت کلی تأکید داشته‌اند، در این پژوهش افزون بر نقش این دو متغیر در ابتلا به CHD سعی گردید بر تعامل آن‌ها با جنسیت نیز اشاره شود.

در این بررسی با تأیید فرضیه اول، یافته‌هایی در حمایت از بالا بودن هیجان منفی در بیماران کرونری قلب در مقایسه با افراد سالم به دست آمد. این یافته با یافته‌های پدرسن و دنولت^۱ (۲۰۰۳) که تیپ شخصیت D و هیجان منفی را یک عامل فاکتور مستقل برای بروز سکته قلبی و مرگ و میر در بیماران قلبی و بیماران پس از جراحی بای پس و پیش‌بینی کننده بسیاری از درمان‌ها در بیماران قلبی

2. Dunderdale
3. Moser
4. Jipen
5. Rector

1. Pedersen & Denollet

کیفیت زندگی پایینی هستند. بنابراین مراقبان و محققان سلامتی از جمله پرستاران که در میان گروه بهداشتی نقش مهمی داشته و می‌توانند نتایج مراقبت از بیمار را ارتقاء بخشند در گام اول باید اطلاعات بیشتری در مورد کیفیت زندگی و هیجانات بیماران کسب کنند و با اتخاذ تصمیمات و اقدامات موثرتر بر اساس یافته‌های حاصل از بررسی، سبب ارتقا کیفیت زندگی این بیماران شوند. از محدودیت‌های پژوهش، بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس در یکی از بیمارستان‌های دولتی به دلیل همکاری نکردن برخی از کلینیک‌های خصوصی و سایر مراکز درمانی بود که از توان تعمیم‌پذیری یافته‌ها می‌کاهد. بنابراین برای از میان برداشتن محدودیت یاد شده پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده افزون بر بیمارستان‌های دولتی نمونه‌گیری در سایر مراکز درمانی نیز انجام شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری مسئولان و کارکنان محترم مرکز تحقیقاتی درمانی شهید مدنی تبریز و افراد سالم شرکت کننده در این تحقیق قدردانی می‌شود.

متغیر درد جسمی، تمام مؤلفه‌های دیگر کیفیت زندگی (عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، مشکلات روحی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، نشاط و سلامت روانی) با بروز CHD در زنان ارتباط معنی‌داری دارند. این یافته با یافته‌های استرومبرگ^۱ و همکاران (۲۰۰۳) همسو می‌باشد که به این نتیجه رسیدند که استرس‌های زندگی و محرومیت از حمایت‌های عاطفی، زنان مبتلا به بیماری قلب را بیشتر از مردان در معرض خطر افت کیفیت زندگی قرار می‌دهند. زنان از نشاط و عملکرد جسمی پایینی نسبت به مردان برخوردارند و این تفاوت بعد از یک سال پیگیری بارزتر می‌شود زیرا زنان بیشتر از مردان متحمل مشکلاتی نظیر اختلال خواب، مسایل عاطفی، کاهش انرژی، توان و ناخوشی می‌شوند (۲۵). همچنین با یافته‌های فریدمن و روچستر^۲ (۲۰۰۳) که عنوان کردند اختلال عملکرد زنان مبتلا به بیماری قلبی از مردان بیشتر است (۱۶) همسو می‌باشد. یافته‌ی هیو^۳ و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان دادند زنان از کیفیت زندگی پایینی نسبت به مردان برخوردارند، که با یافته‌های مطالعه ما همخوانی دارد (۱۵).

نتیجه‌گیری

به طور کلی این بررسی نشان داد که بیماران کرونری قلب در مقایسه با افراد سالم دارای هیجان منفی بیشتر و

1. Stromberg
2. Friedman & Rochester
3. Heo

References

1. Ridker PM, Genest J, Libby P. Braunwald's heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, editors. Risk factors atherosclerotic disease. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001.
2. Schroder KE, Schwarzer R. Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. *Social Science and Medicine*. 2005; 60(4): 859-875.
3. Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2010; 2(4): 1-2. [Persian]
4. Moser DK. Psychosocial factors and their association with clinical outcomes in patients with heart failure: why clinicians do not seem to care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2002; 1(3): 183-188.
5. Azevedo A, Bettencourt P, Alvelos M, Martins E, Abreu-Lima C, Hense HW, et al. Health-related quality of life and stages of heart failure. *International Journal of Cardiology*. 2008; 129(2): 238-244.
6. Xie J, Wu EQ, Zheng ZJ, Sullivan PW, Zhan L, Labarthe DR. Patient-reported health status in coronary heart disease in the United States: age, sex, racial, and ethnic differences. *Journal of the American Heart Association*. 2008; 118: 491-497.
7. O'Loughlin C, Murphy NF, Conlon C, O'Donovan A, Ledwidge M, McDonald K. Quality of life predicts outcome in a heart failure disease management program. *International Journal of Cardiology*. 2010; 139(1): 60-67.
8. Denollet J, Conraads VM, Brutsaert DI, De Clerck LS, Stevens WJ, Bridts C, et al. Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of type-D personality. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2003; 17(4): 304-309.
9. Khosfi H, Monirpour N, Birashk B, Peyghambari MM. Comparison of personality factors, stress and social support in coronary heart disease patients and non-patients. *Journal of Contemporary Psychology*. 2004; 2(1): 41-47. [Persian]
10. Bayazi MH, Rastegari Y. Relationship of type-2 behavioral pattern, hardiness, stress and coronary artery disease. *Journal of Psychological Research*. 2002; 8(1-2): 40-58. [Persian]
11. Van den Broek KC, Martens EJ, Nyklicek I, Van der Voort PH, Pederson SS. Increased emotional distress in type-D cardiac patients without a partner. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007; 63(1): 41-49.
12. Williams L, O'Connor RC, Howard S, Hughes BM, Johnston DW, Hay JL, et al. Type-D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support. *Journal of Psychosomatic Research*. 2008; 64(1): 63-69.
13. Pelle AJM, Denollet J, Zwisler AD, Pedersen SS. Overlap and distinctiveness of psychological risk factors in patients with ischemic heart disease and chronic heart failure: are we there yet? *Journal of Affective Disorders*. 2009; 113(1-2): 150-156.
14. Eslick GD. Health care seeking behaviors, psychological factors and quality of life of non-cardiac chest pain. *Disease-a-Month*. 2008; 54(9): 604-612.
15. Heo S, Moser DK, Widener J. Gender differences in the effects of physical and emotional symptoms on health-related quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007; 6(2): 146-152.
16. Friedman MM. Gender differences in the health-related quality of life of older adults with heart failure. *Heart and Lung*. 2003; 32(5): 20-27.
17. Denollet J. Personality and coronary heart disease: the type-D scale (DS16). *Annals of Behavioral Medicine*. 1998; 20(2): 209-215.

18. Ahmadpour AR, Ahadi H, Mazaheri MM, Nafissi HG. Construction and scale validation for evaluating type-D personality and a study of its relationship to the coronary heart disease. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2007; 9(32): 37-60. [Persian]
19. Yu XN, Zhang J, Liu X. Application of the type-D scale (DS14) in Chinese coronary heart disease patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*. 2008; 65(6): 595-601.
20. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia M. The reliability and validity of the SF-36 Farsi questionnaire. *Journal of Payesh*. 2003; 5(1): 49-56. [Persian]
21. Pedersen SS, Denollet J. Type-D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2003; 10(4): 241-248.
22. Denollet J, Pedersen SS, Vrints CJ, Conraads VM. Usefulness of type-D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *The American Journal of cardiology*. 2006; 97: 970-973.
23. Dunderdale K, Thompson DR, Miles J, Beer SF, Furze G. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? *European Journal of Heart Failure*. 2005; 7: 572-582.
24. Rector TS. A conceptual model of quality of life in relation to heart failure. *Journal of Cardiac Failure*. 2005; 11: 173-176.
25. Stromberg A, Martensson J. Gender differences in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2003; 2(1): 7-18.

Relationship between quality of life and Type-D Personality with Coronary Heart Disease: Role of Gender Factor

Alizadehgoradel J^{1*}, Tabansadeghi MR², Sadeghi B³, Ezzati D³

1. MA of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran
2. Department of Cardiovascular Disease, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
3. MA of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran

* Corresponding Author: j.alizadeh45@gmail.com

Received: 2013/3/2

Accepted: 2013/6/3

ABSTRACT

Background: Quality of life and Type-D personality as well as other psychological factors affect coronary heart disease (CHD) patients. This study was carried out to investigate the relationship of quality of life and Type-D personality with coronary heart disease.

Methods: In a case-control study, 60 patients with coronary heart disease (30 males, 30 females) who had presented to Shahid Madani Hospital in the city of Tabriz were compared with 60 controls (30 males, 30 females) who were selected using convenience sampling, and were matched with each other on some of demographic factors. Data were gathered using Short-form health survey 36 items (SF36) and Type-D Personality Inventory, and were analyzed via analytic tests in SPSS v.20.

Results: Finding showed that CHD patients (Men: $107/73 \pm 21/58$, Women: $95/96 \pm 13/049$) had lower quality of life in comparison with controls (Men: $14/96 \pm 4/46$, Women: $103/82 \pm 13/06$) and had higher Negative affect (Men: $14/96 \pm 4/46$, Women: $16/62 \pm 3/64$) in comparison with controls (Men: $12/50 \pm 2/41$, Women: $12/92 \pm 4/46$). 26 percent of the variance related to the development of CHD was due to happiness, negative affect, physical pain and physical limitations. Also MANOVA results showed that women's scores were less than men in all aspects of quality of life. ($p < 0/001$)

Conclusion : There is a significant relationship between quality of life and type-D personality with incidence and duration of coronary heart disease. So, using psychological interventions seems to be necessary in reduction of mentioned variables.

Key words: Coronary Heart Disease, Type-D Personality, Quality of Life, Gender

Vol. 15, No.1&2, spring & summer 2013: 26-34