بررسی عوامل مستعد کننده شخصیتی و روانشناختی در بیماری‌های عروق کرونر

محمدرضا حسین پور[1]، حمید پورشریفی[2]

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، باشگاه پژوهشگران جوان، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۲. دانشیار روان‌شناسی سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره هشتم/ شماره ۱/ بهار و تابستان ۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: طی سال‌های اخیر پژوهش‌های اتیولوژیک نقش ابعاد زیستی- روانی و اجتماعی را در بروز و تشدید بیماری‌های قلبی عروقی بیش از پیش مورد تأیید قرار داده‌اند. پژوهش حاضر با هدف تعیین پیش بینی کننده‌های بیماری عروق کرونر قلب بر اساس عوامل شخصیتی و عوامل مخاطره آمیز روان شناختی صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. از میان بیماران قلبی– عروقی زن و مرد ۶۰-۲۵ ساله تبریز که طی شش ماه دوم سال ۱۳۹۴ جهت آنژیوگرافی عروق کرونر قلب در بخش‌های جراحی بستری بودند،۵۰ نفر که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند به صورت هدفمند انتخاب شدند. همچنین از میان همراهان بیماران با روش همتاسازی، ۵۰ نفر انتخاب شدند به ابزارهای مطالعه شامل مقیاس‌های نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱)، *Lovibond*، تیپ شخصیتی *DDenollet*، تعیین الگوی شخصیتی *Rattus*، حس انسجام *Antonovsky* ، پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی *Procidano and Heller* و سبک‌های مقابله با استرس *Endler and Parker* پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون آماری رگرسیون لجستیک تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که متغیرهای استرس، حس انسجام، حمایت اجتماعی، سبک مقابله مسأله مدار، سبک هیجان مدار، عواطف منفی، بازداری اجتماعی و سن پیش‌بینی کننده بیماری عروق کرونر قلبی هستند. همچنین قوی‌ترین پیش‌بین بیماری عروق کرونر قلبی، بازداری اجتماعی بود. مطالعه حاضر نشان داد که عوامل شخصیتی و عوامل مخاطره آمیز روانشناختی جزء عوامل مستعد کننده بیماری عروق کرونر قلب می‌باشند.

نتیجه‌گیری: عوامل شخصیتی و روان‌شناختی از جمله ریسک فاکتورهای نیرومند برای بیماری عروق کرونر در جمعیت‌های ایرانی هستند. بنابراین، به منظور کاهش نرخ بروز بیماری عروق کرونر، لازم است در کنار مداخله‌های پزشکی، به مداخله‌های رفتاری در جهت تعدیل عوامل روان‌شناختی، توجه شود.

واژه‌های کلیدی: بیماری عروق کرونر ، عوامل شخصیتی، عوامل مستعد کننده روان‌شناختی

آدرس مکاتبه: مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

پست الکترونیکی: *psych.researcher89@gmail.com*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی عمده‌ترین علل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می‌باشند و از این میان بیماری عروق کرونری به عنوان کشنده‌ترین بیماری قلبی- عروقی شناخته شده است که بیش از ۵۰ درصد مرگ‌های قلبی را به خود اختصاص می‌دهد (۱). شیوع بیماری قلبی- عروقی به طور خیلی سریعی در بین کشورهای در حال توسعه درحال افزایش است و انتظار بر این است که عمده علت مرگ و میر در دهه‌های آینده هم این بیماری باشد (۲).

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ (۳)، بیماری‌های قلبی عروقی بزرگ‌ترین عامل مرگ و میر در سال ۲۰۱۵ در جهان بود و مرگ و میر ناشی از آن به بیش از ۲۰ میلیون نفر رسید. در جدیدترین آمارهای ارائه شده در آمریکا که توسط *Mozaffarian* و همکاران (۲۰۱۴) صورت گرفته است نتایج نشان می‌دهد که هر ساله حدود ۷۲۰۰۰۰ آمریکایی یک حمله قلبی را تجربه می‌کند و از این تعداد ۵۱۵۰۰۰ نفر حمله قلبی را برای بار اول و ۲۰۵۰۰۰ نفر کسانی هستند که سابقه حمله قلبی داشته‌اند (۴). پژوهش‌ها در ایران نیز نشان می‌دهند که نرخ بیماری‌های عروق کرونر، طی سال‌های اخیر، بین ۲۰ الی ۴۵ درصد افزایش پیدا کرده است (۵). در همین راستا نتایج مطالعات یاوری، عبدی و مهرابی (۱۳۸۲) نشان داد که رتبه دوم بار بیماری‌ها و ۳۸ درصد از کل مرگ‌ها در ایران مربوط به بیماری‌های قلبی عروقی می‌باشد (۶). همچنین در مطالعه دگرگونی سلامت در ایران که توسط نقوی (۱۳۸۵) صورت گرفت در مقایسه ترکیب علتی مرگ در گروه‌های سنی مختلف در سال‌های ۱۳۵۰ و ۱۳۸۰ میزان بیماری‌های دستگاه قلبی عروقی در رده سنی ۱۵ تا ۴۹ سال از ۱۷ درصد به ۱۸/۸ و در رده سنی ۵۰ سال و بالاتر از ۴۰ درصد به ۶۰/۱ درصد افزایش یافته است (۷).

با وجود این عوامل سنتی تنها نیمی از واریانس *CHD* را تبیین می‌کند (۸). به همین دلیل، پژوهشگران به عوامل روانی - اجتماعی خطرساز *CHD* مانند الگوهای شخصیتی، استرس، حمایت اجتماعی و... علاقمند شده‌اند (۹). طبق یافته‌های پژوهشی، بین فشار روانی و *CHD* رابطه‌ای اساسی وجود دارد. از این گذشته، وقایع فشارزای زندگی با افزایش فشار خون مرتبط هستند (۱۰) و در اغلب موارد این وقایع، ۲۴ ساعت قبل از مرگ ناگهانی قلب رخ می‌دهند (۱۱).

الگوی رفتاری تیپ *A* به عنوان اولین عامل روانی - اجتماعی خطرساز *CHD* مطرح شد (۱۲). *Rosneman & Friedman* در پژوهش خود نشان دادند که رابطه معناداری بین ابتلا به بیماری قلبی – عروقی و الگوی رفتاری تیپ *A* به ویژه مؤلفه‌های رقابت‌جوئی، خصومت، وتنیدگی وجود دارد. همچنین، آنان گزارش دادند که افراد تیپ *A* دو برابر افراد تیپ *B* احتمال دارد به بیماری قلبی – عروقی مبتلا شده و در اثر آن بمیرند (۱۳). اما پژوهش‌های بعدی از سودمندی تیپ *A* در پیش بینی *CHD* حمایت نکردند (۱۴).

شواهد نشان می‌دهند که افسردگی ریسک بیماری‌های قلبی- عروقی را در افراد سالم یا افراد مبتلا به *CHD* افزایش می‌دهد (۱۹-۱۵). متغیر مرتبط دیگر با رفتارهای بهداشتی، حمایت اجتماعی (*Social Support*) است. منظور از حمایت اجتماعی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع مورد نیاز فراهم می‌کنند. نتایج پژوهش‌ها حاکی است که میزان آسیب پذیری روان‌شناختی افراد دارای حمایت اجتماعی بالا در مقایسه با افراد دارای حمایت اجتماعی پایین، کمتر است (۲۰). در برخی مطالعات نشان داده شده است که حمایت اجتماعی مستقیماً بر فرایندهای فیزیولوژیک مرتبط با آرترواسکلروز تأثیر دارد. مردان با فشار خون بالا که حمایت اجتماعی سطح بالایی داشتند، سطح اپی‌نفرین خون‌شان مانند افراد گروه کنترل بود در حالی‌که در مردان مبتلا به فشارخون بالا، با حمایت اجتماعی پایین سطح اپی‌نفرین بالاتر بود (۲۱).

با توجه به بروز و شیوع روزافزون بیماری‌های عروق کرونر قلب 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 تعیین هر یک از عوامل شخصیتی و روان‌شناختی مؤثر در بیماران که هدف مطالعه حاضر نیز می‌باشد بیش از پیش

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

احساس می‌گردد. پژوهش حاضر می‌تواند در توسعه فهم و تبیین همبسته‌های روان‌شناختی بیماری عروق کرونری ما را یاری کند.

روش بررسی

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع همبستگی می‌باشد. پژوهش حاضر دارای دو جامعه آماری بود: ۱- کلیه بیماران قلبی– عروقی زن و مرد ۶۰-۲۵ ساله بیمارستان عالی‌نسب تبریز که طی شش ماهه دوم سال ۱۳۹۵ جهت آنژیوگرافی عروق کرونر قلب در بخش‌های جراحی بستری بودند؛ ۲- همراهان بیماران ذکر شده که فاقد تشخیص بیماری قلبی – عروقی بودند. از جامعه آماری بیماران ۵۰ نفر واجد ملاک‌های ورود به صورت هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در پژوهش، دریافت تشخیص بیماری عروق کرونر قلب توسط پزشک متخصص، داشتن حداقل تحصیلات سیکل می‌باشد. ملاک‌های خروج شامل: داشتن اختلال‌های شدید روانی، استفاده از هر نوع مداخله روانشناختی مشاوره‌ای دیگر طی پژوهش. همچنین از جامعه آماری همراهان بیماران که فاقد تشخیص بیماری قلبی – عروقی بودند، ۵۰ نفر به روش همتاسازی (از لحاظ متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل) انتخاب شدند. جهت انتخاب گروه سالم، ابتدا چک لیست ارزیابی نشانه‌های بیماری عروق کرونر قلبی که توسط پژوهشگر و با مشورت اساتید و متخصصین و کتاب بیماری‌های قلبی *Braunwald (Braunwald Heart Disease)*، که کتاب پایه بیماری‌های قلبی می‌باشد در اختیار همراهان بیمار که به روش همتاسازی و با در نظر گرفتن متغیرهای جنسیت، سن و تحصیلات انتخاب شده بودند قرار گرفت. افرادی که بر اساس این چک لیست دارای نشانه‌های اختلال عروق کرونر قلب نبودند و برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی نموده بودند به صورت نهایی انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آنها قرار گرفت. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها جهت تجزیه و تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه از ابزارهای زیر استفاده گردید: مقیاس نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس (*DASS*-۲۱): این مقیاس توسط *Lovibond & Lovibond* در سال ۱۹۹۵ تدوین شده است. این مقیاس از ۲۱ عبارت مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. (۲۲). *Anthony* و همکاران (به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آن‌ها مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲/۸۹، و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود (۲۳).

هر یک از خرده مقیاس‌های *DASS*-۲۱ شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤالات مربوط به آن به‌دست می‌آید. هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود.

پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس *Parker & Endler (CISS)*: این پرسشنامه شامل سه مقیاس «مقابله مسئله مدار»، «مقابله هیجان مدار» و «مقابله اجتنابی» است. مقیاس مقابله اجتماعی یا اجتنابی دو خرده مقیاس «روی آوردن به اجتماع» و «روی آوردن به فعالیت‌ها» را دارد. هر کدام از شیوه‌های کنار آمدن یک مقیاس جداگانه با ۱۶ ماده دارد و مجموع نمرات هر یک از مقیاس‌ها، جداگانه محاسبه می‌شود و فاقد نمره کلی است. البته خرده مقیاس کنار آمدن اجتنابی یعنی «روی آوردن به اجتماع» و «روی آوردن به فعالیت‌ها» هر کدام ۸ ماده می‌باشند. هر کدام از ماده‌های پرسشنامه شیوه‌های کنار آمدن دارای ۵ گزینه است و آزمودنی باید یک گزینه را علامت بزند. دامنه پاسخ‌دهی به هر سؤال از ۱ تا ۵ می‌باشد. گزینه «۱» نشان می‌دهد که آزمودنی هرگز رفتار مورد نظر را انجام نمی‌دهد و گزینه «۵» نشان دهنده این است که آزمودنی رفتار مورد نظر را بسیار زیاد انجام می‌دهد. گزینه‌های «۲»، «۳» و «۴» به ترتیب به معنی «به ندرت»، «گاهی اوقات» و «اکثر اوقات» می‌باشد. مشخصات روان‌سنجی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

این آزمون در مطالعات داخل کشور مورد تأیید قرار گرفته است. ضرایب آلفا کرونباخ برای این آزمون از ۰/۷ تا ۰/۸۶ به دست آمد و ضرایب همبستگی حاصل از آزمون باز آزمون زیر مقیاس‌ها نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار بالایی برخوردار است (۲۴).

مقیاس تیپ شخصیتی D (Type D scale): مقیاس تیپ شخصیتی *D* توسط *Denollet* در سال ۲۰۰۵ تدوین شده است و ۱۴ آیتم دارد و مؤلفه‌های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های عاطفهٔ منفی بازداری اجتماعی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶ به دست آمده است. ضریب اعتبار همزمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی *A* ۰/۶۳ گزارش شده است (۲۵). در مطالعه‌ای که توسط ابوالقاسمی، زاهد و نریمانی (۱۳۸۸) در ایران انجام شد ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شده است (۲۶).

مقیاس تعیین الگوی شخصیتی *Rattus (RPS)*: مقیاس فوق توسط *Rattus* در سال ۱۹۹۰ تدوین شده است. برای تعیین تیپ *A* در این مقیاس افراد ۲۵ پرسش که پاسخ بلی – خیر دارند را پاسخ می‌دهند. اعتبار این آزمون نیز بر اساس بررسی‌های انجام گرفته بالاتر از ۸۰ درصد بوده است (۲۷). نمره‌گذاری و تفسیر نمرات به این صورت است که هر پاسخ بلی ۱ امتیاز و هر پاسخ خیر صفر امتیاز کسب خواهد نمود. این پرسشنامه دارای نقاط راهنمایی است و درجه بندی آن به صورت زیر است: نمره متوسط: ۱۳، بیشتر از متوسط: تمایل به تیپ *A*، کمتر از متوسط، تمایل به تیپ *B*، کمتر از ۵، تمایل شدید به تیپ *B*، بیشتر از ۲۰، تمایل شدید به تیپ *A*.

مقیاس حس انسجام : فرم کوتاه این مقیاس توسط *Antonovsk* ساخته شده است. این مقیاس ۱۳ آیتم دارد که مؤلفه‌های معنی‌دار بودن، قابل درک بودن و کنترل‌پذیری را می‌سنجند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است (۲۸). ضریب همبستگی بین فرم‌های کوتاه و بلند این مقیاس معنی‌دار می‌باشد (r =۰/۷۴) (۲۹). در ایران محمدزاده، پورشریفی و علیپور (۲۰۱۰) به بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۳ آیتمی این پرسشنامه پرداختند. آزمون همسانی درونی نشان داد که تمام ۱۳ مورد دارای همبستگی بسیار بالایی با نمره کل می‌باشد. آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۷۷ بود، که برای مردان ۰/۷۵ و برای زنان ۰/۷۸ می‌باشد. روش نمره‌گذاری به صورت لیکرت بوده با این تفاوت که در پرسشنامه ۲۹ سوالی تعداد سیزده سؤال به صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شوند. یعنی ۱=۷، ۲=۶ و الی آخر. تکمیل کننده آزمون حس انسجام، میزان توافق خود با هر سؤال را از طریق مشخص کردن یکی از هفت درجه تعیین شده تأیید می‌کند.

پرسشنامه حمایت اجتماعی(SSQ): این مقیاس توسط *Procidano and Heller* در سال ۱۹۸۳ ساخته شده و شامل دو مقیاس خانواده و دوستان می‌باشد که هر مقیاس شامل ۲۰ سؤال است. ضریب آلفای نهایی برای این پرسشنامه بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ است. این پرسشنامه از روایی همزمان خوبی برخوردار است. نمرات این پرسشنامه با درماندگی روانی و کارآمدی اجتماعی همبستگی دارد. ضرایب همبستگی بین نمرات حاصل از این پرسشنامه با پرسشنامه شخصیت سنج کالیفرنیا و وابستگی بین اشخاص معنی‌دار بود (۳۰).

با توجه به اینکه متغیر ملاک در این پژوهش از نوع دو بعدی بود بر این اساس و نیز با توجه به ماهیت پژوهش که ضرورت رگرسیون را ایجاب می‌کرد در پژوهش حاضر برای بررسی فرضیه‌های پژوهشی از رگرسیون لوجستیک استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار *SPSS* نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به سن شرکت کنندگان نشان داد که میانگین سنی شرکت کنندگان، ۶/۹۷۹ ±۴۲/۶۳ سال می‌باشد و کمترین سن ۳۰ و بیشترین سن ۶۰ سال می‌باشد. همچنین اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به جنسیت شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان داد تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش ۱۰۰ نفر می‌باشد که از این تعداد، ۴۱ درصد مرد و ۵۹ درصد زن می‌باشند.

از آنجا که فرضیه‌های پژوهش از نوع پیش بین مطرح بوده و متغیر ملاک دو بعدی می‌باشد برای وارسی آنها از رگرسیون لوجستیک استفاده شد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

جدول شماره ۱- پیش بینی ابتلا به بیماری عروق کرونر قلبی

قابل مشاهده	پیش بینی		
	بیماری		درصد صحیح
گام ۱	سالم	بیماری	
سالم	۳۵	۱۵	۱۰۰
بیمار	۱۸	۳۲	۰
درصد کلی			۰/۶۷

در جدول شماره ۱ مشخص شده است که ۶۷ درصد ابتلا به بیماری را می‌توان به‌طور صحیح پیش بینی کرد. جهت بررسی شاخص‌های نیکویی برازش مدل از آزمون آمنی‌باس استفاده شد. این آزمون نشان داد مدل به چه خوبی عمل کرده است. با توجه به اینکه از روش *Enter* برای تحلیل استفاده شده است، فقط یک گام وجود دارد بنابراین ردیف‌های گام، بلوک و مدل در این آزمون عین هم می‌باشند.

جدول شماره۲ - آزمون برازندگی و مناسب بودن مدل به منظور توافق نتایج مشاهده شده و پیش بینی شده

گام	*Log* ۲- احتمال	کاکس و اسنل R^2	نگلکرک مجذور
۱	۱۳۱/۸۴۷	۰/۸۷۱	۰/۶۶۳
	کای اسکوئر	*df*	*p*
	۹/۰۱۳	۸	۰/۶۴۱

با توجه به اینکه محاسبه R^2 در رگرسیون لوجستیک امکان پذیر نیست جدول فوق آمارهای مفیدی ارائه می‌دهد که با R^2 در رگرسیون چندگانه برابر است. همان‌طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می شود در مدل ارائه شده، مقدار R^2 با روش‌های مختلف، ما بین ۶۶/۳ درصد و ۸۷/۱ درصد از واریانس ابتلا به بیماری را تبیین می‌نماید. با توجه به اینکه p=۰/۶۴۱ می‌باشد و مقدار p به‌دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد نشان دهنده مناسب بودن مدل می‌باشد.

جدول شماره ۳ - رگرسیون لجستیک همزمان جهت پیش بینی بیماری عروق کرونر قلب بر اساس عوامل شخصیتی و عوامل مخاطره آمیز روان شناختی

گام ۱	*B*	*S.E*	*Wald*	*df*	*sig*	*Exp(B)*	۹۵.۰٪ *C.I.for EXP(B)*	
							Lower	*Upper*
افسردگی	۰/۲۳۰	۰/۲۵۲	۰/۸۳۳	۱	۰/۳۶۱	۱/۲۵۹	۰/۷۶۸	۰/۰۶۲
اضطراب	۰/۱۲۷	۰/۲۰۲	۰/۳۹۶	۱	۰/۵۲۹	۱/۱۳۶	۰/۷۶۴	۱/۶۸۷
استرس	-۰/۴۳۹	۰/۳۴۵	۱/۶۱۵	۱	۰/۲۰۴	۱/۶۴۵	۰/۳۲۸	۱/۲۶۹
حس انسجام	-/۱۹۲	۰/۶۱۴	۰/۰۹۷	۱	۰/۰۰۵	۰/۸۲۶	۰/۲۴۸	۲/۷۵۰
حمایت اجتماعی	۰/۴۳۸	۰/۴۹۶	۰/۷۸۰	۱	۰/۰۰۷	۰/۵۴۹	۰/۵۷۸	۴/۰۹۲
سبک مقابله مدار	-۱/۱۳۷	۰/۹۸۱	۱/۳۴۲	۱	۰/۲۴۷	۰/۳۲۱	۰/۰۴۷	۲/۱۹۶
سبک هیجان مدار	-۰/۲۹۸	۰/۹۲۸	۰/۱۰۳	۱	۰/۰۰۴	۰/۷۴۲	۰/۱۲۰	۴/۵۷۳
عواطف منفی	-۲/۰۰۵	۱/۶۴۴	۱/۴۸۷	۱	۰/۲۲۳	۱/۱۳۵	۰/۰۰۵	۳/۳۷۸
بازداری اجتماعی	۰/۸۳۹	۱/۵۱۷	۰/۳۰۶	۱	۰/۰۳۹	۲/۳۱۳	۰/۱۱۸	۴/۲۳۸
تیپ شخصیتی *A*	-۰/۱۷۹	۱/۰۱۸	۰/۰۳۱	۱	۰/۸۶۱	۰/۸۳۶	۰/۱۱۴	۶/۱۵۴
جنسیت	-۰/۰۷۹	۰/۴۸۳	۱/۰۲۷	۱	۰/۸۷۰	۰/۹۲۴	۰/۳۵۹	۲/۳۷۹
سن	۰/۰۳۸	۰/۰۳۲	۱/۲۸۶	۱	۰/۲۳۹	۱/۰۳۹	۰/۹۷۵	۱/۱۰۷
کل	-۰/۶۶۸	۲/۳۰۵	۰/۰۸۴	۱	۰/۲۰۱	۰/۵۱۳		

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

با توجه به جدول شماره ۳ تحلیل رگرسیون لوجستیک اجرا شد که در آن عامل بیماری عروق کرونری قلب به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای افسردگی، اضطراب، استرس، حس انسجام، حمایت اجتماعی، سبک مقابله مدار، سبک هیجان مدار، عواطف منفی، بازداری اجتماعی، تیپ شخصیتی A، جنسیت و سن به عنوان متغیرهای پیش‌بین انتخاب شدند.

در کل ۱۰۰ نفر در تحلیل وارد شدند و مدل کلی که شامل همه‌ی متغیرهای پیش بین بود از لحاظ آماری معنی‌دار بود (p <۰/۰۰۰۵ و df=۱۲ و ۶/۷۸۳= خی دو). این مدل بین ٪۶۶/۳ (مجذور R کاکس و اسنل) تا ۸۷/۱ درصد (مجذور R نگل کرک) از واریانس را برای بیماری عروق کرنر قلبی تبیین و ۶۷ درصد موردها را به درستی طبقه‌بندی می‌کند. نتایج نشان داد متغیرهای افسردگی، استرس، حس انسجام، حمایت اجتماعی، سبک مقابله مدار، سبک هیجان مدار، عواطف منفی، بازداری اجتماعی و سن دارای قدرت پیش‌بینی کننده بیماری عروق کرونر قلبی هستند. قوی‌ترین پیش‌بین بیماری عروق کرونر قلبی، بازداری اجتماعی با نسبت احتمالی ۲/۳۱ بود. این بیانگر آن است که افرادی که بازداری اجتماعی دارند در مقایسه با آنهایی که بازداری اجتماعی نداشتند با کنترل همه عوامل دیگر در این مدل، ۲ برابر بیشتر احتمال دارد تا دچار بیماری عروق کرونر قلبی شوند. نسبت احتمالی ۰/۳۲ برای سبک مقابله مدار کمتر از ۱ بود. این نشان می‌دهد که برای افزایش هر یک نمره در سبک مقابله مدار ۰/۳۲ بار کمتر احتمال دارد که افراد، با کنترل همه عوامل دیگر در این مدل، دچار بیماری عروق کرونر قلبی شوند.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های به دست آمده از پژوهش متغیر استرس سهم منحصر به فردی برای پیش‌بینی بیماری عروق کرونر قلبی در این مدل داشته است. یافته فوق با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در زمینه قدرت پیش‌بینی‌کنندگی استرس در بیماری عروق کرونر نظیر پژوهش حیدری پهلویان، قراخانی و محجوب (۱۳۸۹) و بیاضی و رستگار (۱۳۸۴) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته فوق می‌توان اظهار داشت پاسخ استرس از تعامل پیچیده بین فعالیت‌های فیزیولوژیکی فرآیندهای شناختی و پاسخ‌های رفتاری تشکیل شده است. این پاسخ باعث فعال شدن رشته‌های سمپاتیک و پاراسمپاتیک نظام عصبی خود مختار می‌شود که به نوبهٔ خود می‌تواند بر روی بعضی از پیامدهای سلامتی مانند عملکرد قلبی و ریوی تأثیر بگذارد.

همچنین بر اساس یافته‌های به دست آمده از پژوهش متغیر افسردگی سهم منحصر به فردی برای پیش بینی بیماری عروق کرونر قلبی را در این مدل نداشته است. بر اساس یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش نقش متغیر افسردگی در پیش‌بینی‌کنندگی بیماری عروق کرونری قلب معنادار نمی‌باشد. یافته‌های پژوهش *Nicholson, Kupa & Hemingway* (۲۰۰۶) نشان داد که افسردگی به عنوان یک عامل خطر برای عود بیماری کرونری قلبی نمی‌باشد (۳۱). در تبیین یافته فوق می‌توان اظهار داشت از آن جایی که برخی مطالعات تقریباً ۲۰ درصد بیماران پس از حمله قلبی را با علائم افسردگی گزارش کردند دور از انتظار نیست که نقش افسردگی به عنوان یکی از عوامل روان‌شناختی خطرساز در بیماری قلبی، تأیید نشود (۳۲).

بر اساس یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش نقش متغیر اضطراب در پیش‌بینی‌کنندگی بیماری عروق کرونری قلب معنادار نمی‌باشد. یافته فوق با یافته‌های پژوهش‌های پیشین مانند عاقلی و حجاران (۳۳)، باقری و همکاران (۳۲)، *Pelle* و همکاران (۳۴) که حاکی از وجود رابطه بین اضطراب و بیماری‌های قلبی عروقی بودند، همسو نمی‌باشد. اما با یافته‌های پژوهش غلامعلی لواسانی، کیوان‌زاده و ارجمند (۳۵) همسو می‌باشد. یافته‌های این پژوهش وجود رابطه اضطراب با بیماری عروق کرونر را تائید نمی‌کند. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار داشت که اضطراب دو نوع است : اضطراب حالت یک واکنش هیجانی است که از موقعیتی به موقعیت دیگر تفاوت می‌کند. اضطراب صفت یک ویژگی شخصیتی است که فراوانی و شدت واکنش هیجانی شخص نسبت به فشار را منعکس می‌کند و از این نظر بین مردم تفاوت آشکاری وجود دارد. اضطراب صفت، خصیصه شخص است نه ویژگی موقعیتی که

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

شخص با آن روبه‌روست (۳۶). با توجه به این که ابزار فوق اضطراب حالت را می‌سنجد و از آنجا که افراد در حین پاسخ به پرسشنامه‌ها بعد از تجربه آنژیوگرافی بودند و با توجه به اینکه میزان اضطراب حالت قبل از تجربه وقوع عامل استرس‌زا بیشتر است بر این اساس احتمالاً مساله به این امر منتهی گردید.

بر اساس یافته‌های به دست آمده از پژوهش سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و مقابله اجتنابی از زیر مجموعه‌های متغیر راهبردهای مقابله‌ای سهم منحصر به فردی برای پیش‌بینی بیماری عروق کرونر قلبی را در این مدل داشته است. یافته فوق با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در این زمینه نظیر پژوهش عبداللهیان و همکاران (۳۷) و خانجانی و همکاران (۳۸) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار داشت که که نوع راهبردهای مقابلهٔ مورد استفاده به وسیله فرد نه تنها بهزیستی روانشناختی که بهزیستی جسمانی وی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۹). بیماری‌های استرس محور و وخیم‌تر شدن سلامت عمومی (۴۰) بیشتر در کسانی مشاهده می‌شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می‌کنند.

بر اساس یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش متغیرهای عواطف منفی و بازداری اجتماعی از زیر مجموعه متغیر تیپ شخصیتی D سهم منحصر به فردی برای پیش‌بینی بیماری عروق کرونر قلبی را در این مدل داشته است. یافته فوق با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در این زمینه نظیر پژوهش *Williams* و همکاران (۴۱) و روشن و همکاران (۴۲) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار داشت که تیپ شخصیتی D، چه به عنوان یک پدیده زیست شناختی یعنی ویژگی‌های مزاجی در نظر گرفته شود و چه به عنوان الگوی رفتاری عادتی، می‌تواند برای بروز بیماری قلبی، افزایش پیامدهای منفی و مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی (۴۳).

بر اساس یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش نقش متغیر تیپ شخصیتی A در پیش‌بینی‌کنندگی بیماری عروق کرونری قلب معنادار نمی‌باشد. یافته فوق با یافته‌های پژوهش *Baron* و همکاران (۴۴)، *Miller* ، و همکاران (۴۵)، همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار داشت که چنین تفاوت‌هایی ممکن است ناشی از نوع نمونه‌گیری، ابزار سنجش و متدولوژی تحقیق باشد. بنابر پاره‌ای از مطالعات رابطه مثبت بین تیپ A و بیماری قلبی زمانی دیده می‌شود که سنجش تیپ شخصیت A از طریق مصاحبه سازمان یافته صورت پذیرفته باشد نه با ابزارهای خودسنجی (۴۶ و ۴۷).

برخی از محققین اظهار داشته‌اند که تنها مؤلفه‌هایی مانند خصومت، پرخاشگری و ابراز خشم که در الگوی شخصیتی تیپ A دیده می‌شود با ابتلای به بیماری قلبی و حمله قلبی همبسته می‌باشند و بر عکس اگر فرد تیپ A از مؤلفه‌های شخصیت سرسخت (*Hardy personality*) برخودار باشد، نه تنها در برابر بیماری‌های جسمی و روانی آسیب‌پذیر نیست بلکه مقاومت او در برابر بیماری‌ها در مقایسه با افراد بهنجار افزایش می‌یابد (۴۸). بر این اساس شاید بتوان گفت، آنچه نمره افراد را در پرسشنامه تیپ A افزایش داده است دیگر مشخصات این تیپ، احتمالاً به جز متغیر خصومت بوده است. امری که نیازمند بررسی بیشتر است.

بر اساس یافته‌های به دست آمده از پژوهش متغیر حس انسجام سهم منحصر به فردی برای پیش‌بینی بیماری عروق کرونر قلبی را در این مدل داشته است. برای مثال یافته‌های پژوهش *Julkunen* و *Ahlström* (۴۹) و همچنین ابوالقاسمی و همکاران (۲۶) نشان داد که احساس حس انسجام با تندرستی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری رابطه معنی‌داری دارند. در تبیین یافته فوق می‌توان اظهار داشت بر اساس تئوری *Antonovsky* از طریق حس انسجام می‌توان توجیه کرد که چرا فردی می‌تواند حد بالایی از استرس را از سر بگذراند و سالم بماند. او اعتقاد دارد آزمون حس انسجام مدیریت بر استرس را ارزیابی می‌کند. در پژوهشی *Antonovsky* نشان داده که حس انسجام قوی و رشد یافته، سلامت جسمانی را ارتقا می‌بخشد و سطوح بالای بهزیستی را تسهیل می‌کند و این تاثیرات از طریق رسیدن به یک نیمرخ روانشناختی قوی که شرایط استرس‌زای آسیب‌رسان جسمانی را کنترل می‌کند، محقق می‌شود (۵۰).

بر اساس یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش متغیر حمایت اجتماعی سهم منحصر به فردی برای پیش‌بینی بیماری عروق کرونر قلبی را در این مدل داشته است. یافته فوق با یافته‌های

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

پژوهش‌های پیشین در این زمینه همسو می‌باشد. برای مثال یافته‌های پژوهش منیرپور و خوسفی (۹) *Sol* و همکاران (۲۱)، نشان داد که حمایت اجتماعی سهم مهمی در پیش بینی *CHD* دارد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان اظهار داشت که توجه و احترامی که ما در خلال ارتباطات اجتماعی دریافت می‌کنیم و احساس رضایت و بهزیستی که از آن حاصل می‌شود، می‌تواند به عنوان یک محافظ در مقابل مشکلات سلامت عمل کند (۵۱). همچنین می‌توان گفت که افراد برخوردار از حمایت اجتماعی مناسب، تشویق و توصیه‌های بیشتری را دربارهٔ رفتارهای بهداشتی خوب و مناسب دریافت می‌کنند، احساس قوی‌تری از کنترل شخصی دارند و در مقابل، از اثرات زیان آور استرس محافظت می‌شوند. حمایت اجتماعی بر عوامل خطرساز روانی– اجتماعی (نظیر استرس) تأثیر گذاشته و از طریق کاهش این عوامل، زمینه را برای بهبود بیماری فراهم می‌سازد (۵۲).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به مقطعی بودن مطالعه، محدودیت‌های مدیریت بیمارستان برای انتخاب نمونه از بیماران بخش جراحی، عدم امکان کنترل استرس‌های بستری شدن اشاره کرد. همچنین با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش به یک بیمارستان در شهر تبریز و بررسی بیماران در مقطعی از زمان، می‌بایست درتعمیم یافته‌ها احتیاط کرد و نیز استفاده بیماران از داروها نیز احتمالاً نتایج را تحت تأثیر قرار داده است که می‌بایست مورد توجه قرار گیرد.

این مطالعه می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های پیشگیری اولیه و ثانویه مورد استفاده جدی دست‌اندرکاران بهداشتی جامعه قرار گیرد. در سطح پیشگیری اولیه می‌توان با ارائه آموزش‌هایی به منظور مقابله بهتر با عوامل استرس‌زا و فشارهای روانی به مردم، از افزایش خطر احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی جلوگیری کرد. در سطح پیشگیری ثانویه نیز می‌توان با مکمل ساختن درمانی‌های روان‌شناختی و رفع اختلالات مرتبط با آن روند درمان و بهبودی بیماران مبتلا به اختلال قلبی عروقی را تسریع بخشید. پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به مقطعی بودن مطالعه، محدودیت‌های مدیریت بیمارستان برای انتخاب نمونه از بیماران بخش جراحی، عدم امکان کنترل استرس‌های بستری شدن اشاره کرد. همچنین با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش به یک بیمارستان در شهر تبریز و بررسی بیماران در مقطعی از زمان، می‌بایست در تعمیم یافته‌ها احتیاط کرد و نیز استفاده بیماران از داروها نیز احتمالاً نتایج را تحت تأثیر قرار داده است که می‌بایست مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

اجرای این پژوهش بدون همکاری بیماران مشارکت کننده و خانواده‌های آن‌ها میسر نبود، بدینوسیله از کلیه کارکنان بیمارستان عالی‌نسب تبریز و تمامی عزیزانی که ما را در پژوهش حاضر یاری نمودند سپاسگزاریم می‌کنیم.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

Reference

1. Ridker MP, Genest J, Lippy P. Risk factors for atherosclerotic heart disease. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 6th ed. Philadelphia: W.B: Saunders Company; 2001. p. 1010–1039.
2. Saeed T, Niazi GSK, Almas S. Type-D personality: A predictor of quality of life and coronary heart disease. East Mediterr Health J. 2011; 17(1): 46.
3. Bhupathy P, Haines C, Leinwand L. Influence of sex hormones and phytoestrogens on heart disease in men and women. Women's Health. 2010; 6(1):77-95.
4. Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, Dai S, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2014 Update: A Report from the American Heart Association. Circulation. 2013; 129(3):e28-e292.
5. Hadaegh F, Harati H, Ghanbarian A, and Azizi F. Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults: Tehran lipid and glucose study. East Med Health J. 2009; 1(1)5: 157-66.
6. Yavari p, Abdi A, Mehrabi Y. Epidemiology causes of mortality and its trend in the years 1358 to 1380 in Iran. HRJ. 2003; 6(3):7-14. [In Persian]
7. Naghavi M. Transition in Health Status in the Islamic Republic of Iran. Irje. 2006; 2 (1 and 2):45-57. [In Persian].
8. Cohen L, McChargue D, Collins F. The health psychology handbook. 1st ed. London: Sage Publication; 2003.
9. Monirpour N, Khoosefi H. Psychological predictors of coronary heart disease: personality factors, stressful life events and quality of perceived social support.Journal of Research in Behavioral Sciences.2011;2(9):148-154.[In Persian].
10- Theorell T, Emlund N. On physiological effects of positive and negative life changes-A longitudinal study. J Psychosom Res. 1993; 37(6): 653-659.
11. Cottington E, Matthews K, Talbott E, Kuller L. Environmental Events Preceding Sudden Death in Women. Psychosom Med. 1980; 42(6): 567-574.
12. Wielgosz A, Nolan R. Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. J Psychosom Res. 2000; 48(4-5): 339-345.
13. Roberts L, Duffy D, Martin N. A psychometric evaluation of the Short Interpersonal Reactions Inventory (SIRI) in an Australian twin sample. PERS INDIV DIFFER. 1995; 18(3): 307-320.
14. Davison G, Neale J. Abnormal psychology. 8th Ed. New York: John Wiley and Sons; 2004.
15. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M.Depression following myocardial infarction, Impact on 6-month survival. JAMA. 1993; 270(15): 1819-1825.
16. Sobel R, Markov D. The impact of anxiety and mood disorders on physical disease: The worried not-so-well. Curr Psychiatry Rep. 2005; 7(3): 206-212.
17. Barefoot J, Schroll M. Symptoms of Depression, Acute Myocardial Infarction, and Total Mortality in a Community Sample. Circulation. 1996; 93(11): 1976-1980.
18. Fontana AF, Kerns RD, Rosenberg RL, Colonese KL. Support, Stress, and Recovery from Coronary Heart Disease: A Longitudinal Causal Model. Health Psychol. 1989; 8(2): 175-193.
19. Hare D, Davis C. Cardiac Depression Scale: validation of a new depression scale for cardiac patients. J Psychosom Res. 1996; 40: 379-386.
20. Alipour A. The Relationship of Social Support with Immune Parameters in Healthy Individuals: Assessment of the Main Effect Model. IJPCP. 2006; 12(2): 134-139.
21. Sol BG, Van der Graaf Y, Goessens BM, Visseren FL. Social Support and Change in Vascular Risk Factors in Patients with Clinical Manifestations of Vascular Diseases. Eur J Cardiovasc Nurs. 2009; 8(2): 137-143.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

22. Nick Azin A, Naybyan M. Psychometric characteristics of depression, Anxiety and stress (DASS-21) in a sample of Iranian students. Proceedings of 6th International Congress on Child and Adolescent Psychiatry; 2013; Sep 17-19, Tabriz, Iran. [In Persian]
23. Fathi Ashtiani A. Psychological Tests-Personality and Mental Health Evaluation. 1st ed. Tehran: Be'sat; 2009.[In Persian]
24. Shokri O, Taghilou S, Geravand F, Paeizi M, Molaei M, Abdollahpour M, Azad M, et al. Factor Structure and Psychometric Properties of the Persian Version of the Questionnaire Deal with Stressful Situations. Cognitive Science News. 2008; 3(39): 22-33. [In Persian]
25. de Jonge P, Denollet J, Van Melle JP, Kuyper A, Honig A, Schene AH, Ormel J. Associations of Type-D Personality and Depression with Somatic Health in Myocardial Infarction Patients. J Psychosom Res. 2007; 63(5): 477-482.
26. Abolghasemi A, Zahed F, Narimani M. The Correlation of Sense of Coherence and Type-D Personality with Health in Coronary Artery Patients. JFMH. 2009; 11(43): 213-222. [In Persian].
27. Ganji H. Personality Evaluation (Questionnaire). Tehran: Savalan; 2000. [In Persian]
28. Mohammadzadeh A, Poursharifi H, Alipour A. Validation of Sense of Coherence (SOC) 13-item scale in Iranian sample. Procedia Soc Behav Sci. 2010; 5:1451-1455.
29. Julkunen J, Ahlström R. Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT substudy. J Psychosom Res. 2006; 61(1): 33-39.
30. Sanaei B, Hooman A, Alaghband S. Measures of Family and Marriage. 1st ed. Tehran:Besatpub; 2005.[In Persian]
31. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. Eur Heart J. 2006; 27(23): 2763-2774.
32. Bagheri M, Talepasand S, Rahimian Booger I. Comparison of psychological risk factors among patients with and without myocardial infraction relapses. Koomesh. 2014; 15(2):154-161. [In Persian]
33. Agheli N, Hajaran M. Anxiety, Cardiovascular Symptoms and Serum Lipids Level. IJPCP. 2004; 9(4): 56-62.
34. Pelle A, Denollet J, Zwisler A, Pedersen S. Overlap and distinctiveness of psychological risk factors in patients with ischemic heart disease and chronic heart failure: Are we there yet? J Affect Disord. 2009; 113(1-2): 150-156.
35. Lavassani G, Keyvanzadeh M, Arjmand N. Medical and psychological risk factors with coronary artery disease. Psychological research. 2008; 22:11-26. [In Persian]
36. Sharifi H. Theory and application of intelligence and personality tests. 1st ed. Tehran: Sokhan; 1997. [In Persian]
37. Abdollahian E, Mokhber N, Kafaei Razavi Z. Compression of copping responses and life events in males with Coronary artery disear. JFMH. 2006; 8(30): 37-42. [In Persian]
38. Khanjani Z, Faroghy P, Yaghobi A. The Risk Psychological Factors and Suffering from Coronary Heart Diseases: Analytical on Role of Personality and Coping Styles in CHP. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2010; 32(3): 30-34. [In Persian]
39. Piko B. Gender differences and similarities in adolescent's ways of coping. Psychol Rec. 2001; 51: 223-36.
40. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. 1st Ed. New York: Springer; 1984.
41. Williams L, O'Connor R, Howard S, Hughes B, Johnston D, Hay J et al. Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-related behavior and social support. J Psychosom Res. 2008; 64(1): 63-69.
42. Roshan R, Mohammadi J, Rajabi M, Salesi M, Jalali M. Thecomponent of D personality and quality of life in Patients of coronary heart disease and normals. Hisp J Behav Sci. 2013; 7(2): 13-14.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

43. Schiffer A, Pedersen S, Widdershoven J, Denollet J. Erratum to Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. Eur J Heart Fail. 2008; 10(9): 921-921.
44. Baron KG, Smith TW, Butner J, Nealey-Moore J, Hawkins MW, Uchino BN. Hostility, anger, and marital adjustment: Concurrent and prospective associations with psychosocial vulnerability. J Behav Med. 2007; 30(1):1-10.
45. Miller T, Smith T, Turner C, Guijarro M, Hallet A. Meta-analytic review of research on hostility and physical health. Psychol Bull. 1996; 119(2): 322-348.
46. Matthews K.Handbook of stress, reactivity and cardiovascular disease.1st Ed. New York: John Wiley & Sons; 1986.
47. Walsh J, Wilding J, Eysenck M. Stress responsivity: The role of individual differences.Pers Individ Dif.1994;16(3): 385-394.
48. Kobasa S.Stressful life events, personality, and health:An inquiry into hardiness.J Pers Soc Psychol.1979;37(1): 1-11.
49. Julkunen J, Ahlström R. Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT substudy. J Psychosom Res. 2006; 61(1): 33-39.
50. Hart K, Wilson T, Hittner J. A Psychosocial Resilience Model to Account for Medical Well-being in Relation to Sense of Coherence. Health Psychol. 2006; 11(6): 857-862.
51. Cohen S. Social relationships and health. Am Psychol. 2004; 59: 676-684.
52. Abolqasemi A, Taghipour M, Narimani M. The relationship of type D personality, self-compassion and social support with health behaviors in patients with coronary heart disease. Health Psychol. 2012; 1(1):1-12.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

Investigating personality and psychological predisposing factors in coronary artery disease

Mohammad Reza Hosseinpour [1] Hamid Pursarfi [2]
1. M Sc. Clinical Psychology, Young Researchers Club, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
2. Associate Professor of Psychology of Health, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aim: *Recent researches in recent years have confirmed that stress and psychosocial stress are risk factors independent of age, sex and other classic physical risk factors of heart disease. The purpose of this study was to determine the predictors of coronary artery disease based on personality factors and psychological risk factors.*
Material & Methods: *This research was correlational. Among the cardiovascular patients of the 25-25 year old male and female Tabriz who were admitted to the surgical wards of the coronary artery angiography during the second half of 1394, 50 subjects who were eligible for inclusion criteria were selected purposefully. Also, 50 patients were selected from the companions of the patients by matching method. The instruments of the study included depression, anxiety and stress syndromes (DASS-21), Lovibond personality traits, DDenollet personality trait, Rattus personality pattern, Antonovsky sense of coherence, and Procidano and Heller social support questionnaires And Endler and Parker Stress Coping Styles. Data were analyzed by statistical analysis of logistic regression.*
Results: *The results showed that stress variables, sense of coherence, social support, problem-oriented coping style, emotional-thinking style, negative emotions, social inhibition, and age predicted coronary artery disease. Also, the strongest predictor of coronary artery disease was social inhibition. The present study showed that personality factors and psychological risk factors predict coronary artery disease in the heart.*
Conclusion: *Personality and psychological factors are among the most important risk factors for coronary artery disease in Iranian populations. Therefore, in order to reduce the incidence of coronary artery disease, it is necessary to consider behavioral interventions in order to modify psychological factors along with medical interventions*

Keywords: *Coronary artery disease, Personality factors, Psychological risk factors*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]