

بررسی و مقایسه تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران قلبی و سالم

مسعود صادقی^۱، فضل اله میردریکوند^۱، سیروس مرادی زاده^{۲*}

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۲- دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

یافته / دوره بیستم / شماره ۲ / تابستان ۹۷ / مسلسل ۷۶

چکیده

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۶/۳۱

* مقدمه: با توجه به نقش عوامل روانشناختی و سبک زندگی در سبب‌شناسی بیماری‌های قلبی، این تحقیق با هدف بررسی و مقایسه تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران قلبی و سالم شهر خرم‌آباد انجام شده است.

* مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای علی-مقایسه‌ای است. جامعه مورد مطالعه شامل همه بیماران کرونر قلبی مراجعه کننده به مطب‌های تخصصی قلب و عروق در شهر خرم‌آباد بودند که ۶۴ نفر بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با ۶۴ نفر از افراد سالم، هم‌تاسازی و مقایسه گردیدند. جهت سنجش متغیرها از پرسشنامه‌های تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی فیلیپس و همکاران (۱۹۸۶) و انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و ونروال استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) تجزیه و تحلیل شدند.

* یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد که بین بیماران قلبی و افراد سالم از نظر تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. گروه بیماران قلبی از حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی پایین‌تر و میانگین نمره تیپ شخصیتی D بالاتری برخوردارند.

* بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج تحقیق می‌توان گفت که تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان متغیرهای مهم تأثیرگذار در ایجاد یا جلوگیری از بیماری‌های قلبی عمل می‌کنند که در زمان درمان بیماران می‌تواند مورد توجه قرار گیرند.

* واژه‌های کلیدی: تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی، انعطاف‌پذیری شناختی، بیماران قلبی.

آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی.

پست الکترونیک: sirous57@yahoo.com

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی به‌عنوان عمده‌ترین علل مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه شناخته شده‌اند که از این میان، بیماری عروق کرونری به عنوان کشنده‌ترین بیماری قلبی عروقی مطرح شده و بیش از ۵۰ درصد مرگ‌های قلبی را به خود اختصاص داده است (۱). پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی سالانه ۲۵ میلیون نفر را از بین خواهد برد (۲). از طرفی بیماری کرونری قلبی اولین عامل مرگ در کشورهای مختلف است و در سال ۲۰۳۰ شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در دنیا بیماری‌های قلب و عروق خواهد بود. پژوهش‌ها در ایران نشان می‌دهند که به‌رغم داده‌های درست، نرخ بیماری‌های عروق کرونری قلب طی سال‌های اخیر بین ۲۰ الی ۴۵ درصد افزایش پیدا کرده است (۳).

پژوهش‌های پیشین در سبب‌شناسی بیماری‌های قلبی و عروقی بر طیفی از عوامل خطر ساز ایجاد کننده مانند عادات تغذیه‌ای نامناسب، فقدان فعالیت جسمانی و ورزش، مصرف نوشیدنی‌های الکلی و... تأکید داشته‌اند (۴)، اما در سال‌های اخیر محققان متوجه شدند که علاوه بر متغیرهای پزشکی و بالینی، متغیرهای روانی نیز در بروز و شیوع اختلال‌های قلبی می‌توانند نقش داشته باشند (۵).

اخیراً نقش بالقوه تیپ شخصیتی D به‌عنوان عامل تعیین کننده آشفتگی‌های هیجانی در بیماران کرونری قلبی مورد تأیید قرار گرفته است. تیپ شخصیتی D دارای دو مؤلفه عاطفه منفی و بازداری اجتماعی می‌باشد. عاطفه منفی با تمایل به بیان هیجان‌ات منفی مشخص می‌شود. افراد دارای عاطفه منفی بالا، بیشتر تمایل به تجارب عاطفه منفی در همه اوقات، صرف‌نظر از موقعیت دارند (۶). عاطفه منفی با درد قفسه سینه در غیاب بیماری کرونری قلبی مرتبط بوده است، اما با کرونری واقعی نیز ارتباط دارد (۷). بازداری اجتماعی با تمایل پایدار به بازداری

تجربیات هیجانی و رفتاری در تعاملات اجتماعی مشخص می‌شود. افراد دارای بازداری اجتماعی بالا بیشتر تمایل دارند که از طریق کنترل بیش از حد خود بیانگری (عدم ابراز و تصریح عقاید و خصوصیات خود) از واکنش‌های منفی دیگران جلوگیری کنند (۸). دانی‌من و همکاران (۹) در پژوهشی در خصوص تیپ شخصیتی D، ۱۲۶ بیمار قلبی با عمل بای‌پس عروق کرونری و عمل دریچه‌ای قلب را قبل و ۶ ماه پس از عمل مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان داد که ۲۶ درصد بیماران قبل از عمل جراحی دارای تیپ D بودند در حالی که ۱۱ درصد خصوصیات تیپ D را هم قبل و هم بعد از عمل نشان دادند. در مطالعه‌ای ویلیامز و همکاران (۱۰) دریافتند که افراد تیپ D پایداری و ثبات کمتری در رفتارهای مربوط به تندرستی و سطوح حمایت اجتماعی پایین‌تری نسبت به افراد غیر تیپ شخصیتی D داشتند. نتایج این مطالعه نیز نشان داد که تیپ شخصیتی D پدیدآورنده عامل خطر برای بیماری قلبی-عروقی می‌باشد که با پیش‌آگهی بد، حالات تندرستی آسیب‌دیده و پریشانی هیجانی ارتباط دارد. مطالعه ۱۰ ساله دنولت و همکاران (۷) نشان داد که تیپ شخصیتی D به عنوان پیش‌بینی کننده آسیب‌زای بالینی و پیامدهای روانی در بیماران قلبی می‌باشد، در این مطالعه، بیماران قلبی که در ابتدا به‌عنوان تیپ شخصیتی D طبقه‌بندی شده بودند، در مقایسه با بیماران غیر تیپ شخصیتی D بیشتر در معرض خطر مرگ‌ومیر قرار داشتند. نتایج تحقیقات عزیززی و همکاران (۱۱)، اکبری و همکاران (۱۲)، شیخی و همکاران (۱۳) نشان داد که بیماران قلبی نمرات بالاتری را در مقیاس تیپ D نسبت به افراد عادی به دست آوردند.

عامل روانشناختی دیگری که در رابطه با بروز و پیشرفت بیماری قلبی ارتباط دارد، حمایت اجتماعی 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 آسیب‌پذیری روانشناختی افراد دارای حمایت اجتماعی بالا در مقایسه با افراد دارای حمایت اجتماعی پایین، کمتر است (۱۴). در بیماران کرونر قلبی و سایر بیماری‌های مزمن، خودکنترلی وابسته به حمایت اجتماعی است (۱۵). نتایج یک مطالعه در استرالیا نشان داد که حوادث استرس‌زای زندگی و حمایت اجتماعی ناکافی از عوامل خطر ساز بیماری کرونر قلب محسوب می‌شوند (۱۶). کینگ و همکاران (۱۷) نتیجه‌گیری کرده‌اند که حمایت اجتماعی با شدت و نتایج حمله قلبی و پذیرش و مشارکت در برنامه بازتوانی قلبی رابطه مستقیم دارد. شواهدی وجود دارد که انزوای اجتماعی و یا نقصان حمایت اجتماعی یک عامل خطر ساز مستقل در بیماری‌های کرونر قلبی است (۱۸، ۱۹). حمایت اجتماعی با بروز بیماری کرونر قلبی و میزان مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری ارتباط دارد. اثرات مفید حمایت اجتماعی نیز در پیش‌آگهی بیماران کرونر قلبی مورد توجه قرار گرفته است (۲۰) که این چالش نیاز به بررسی دارد. شواهد پژوهشی نیز حاکی است که کمبود حمایت اجتماعی یک عامل خطر مستقل در شدت و گسترش آترواسکلروز در زنان میانسال تحت آنژیوگرافی می‌باشد (۲۱). فقدان حمایت اجتماعی، خطر بیماری قلبی و مرگ‌های مربوط به عروق کرونر را افزایش می‌دهد. سطح بالای حمایت اجتماعی، واکنش به استرس را کاهش می‌دهد و از خطرات تندرستی کم می‌کند (۲۲). نتایج تحقیقات مختلف (۲۳-۲۷) نشان داد که بیماران کرونر قلبی نسبت به افراد عادی از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردارند.

متغیر روانشناختی مرتبط دیگر که نقش عامل حفاظت‌کننده در برابر بیماری‌های قلبی دارد انعطاف‌پذیری شناختی است. توانایی تغییر آمیبه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری

شناختی است (۲۸). افرادی که تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجهات جایگزین استفاده کرده، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و از نظر روانشناختی در برابر افراد انعطاف‌ناپذیر برده‌ترند (۲۹). نتایج تحقیقات مختلف نشان دهنده انعطاف‌پذیری شناختی پایین زنان مطلقه نسبت به زنان بدون سابقه طلاق (۳۰)، بیماران قلبی نسبت به افراد عادی (۲۵، ۳۱)، دانشجویان دارای نشخوار فکری نسبت به دانشجویان بدون نشخوار فکری (۳۲)، افراد مصروع نسبت به افراد عادی (۳۳)، افراد معتاد نسبت به افراد عادی (۳۴)، انعطاف‌پذیری شناختی افراد وسواسی نسبت به افراد عادی (۳۵، ۳۶)، کودکان با اختلال ADHD نسبت به دو گروه اختلال سلوک و اختلال اضطرابی (۳۷) می‌باشد.

با توجه به نقش تیپ شخصیتی D در بیماری کرونر قلبی، نقش محافظتی حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی در این بیماری و وجود تحقیقات معدود در این مورد، لذا هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران قلبی و عادی شهر خرم‌آباد می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است که به مقایسه تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران قلبی و عادی می‌پردازد. جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران کرونر قلبی مراجعه‌کننده به مطب‌های تخصصی قلب و عروق در شهر خرم‌آباد بودند که ۶۴ نفر بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با ۶۴ نفر از افراد عادی به لحاظ سن و جنسیت با آنها هم‌تاسازی شده و مقایسه گردیدند. تشخیص ابتلاء به بیماری توسط پزشک متخصص قلب و عروق و با بهره‌گیری از علائم بالینی، معاینات و آزمایشات پاراکلینیکی که در پرونده آنها ثبت

واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوار در سال ۱۹۸۶ بر مبنای تعریف کوب از حمایت اجتماعی ساخته شد، بنا به تعریف کوب، حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد اشاره دارد. این پرسشنامه دارای ۲۳ ماده و ۴ درجه بندی به شکل بسیار موافق، موافق، مخالف و بسیار مخالف است. این آزمون در مطالعه ابراهیمی قوام (۴۱) بر روی ۱۰۰ دانشجو و ۲۰۰ دانش آموز اجرا شد. پایایی آزمون در نمونه دانشجویی در کل مقیاس ۰/۹۰ و در نمونه دانش آموزی ۰/۷۰ و در آزمون مجدد در دانش آموزان پس از شش هفته ۰/۸۱ بود. سه بخش (۴۲) ضرایب پایایی درونی این آزمون را در یک گروه ۳۰۰ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی ۰/۶۶ محاسبه کرد. در پژوهش کریمی و همکاران (۴۳) ضریب آلفای محاسبه شده برای این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمده است. همچنین به منظور سنجش انعطاف پذیری شناختی از پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی که توسط دنیس و وندروال ساخته شده است استفاده شد، این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است و برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می رود. شیوهی نمره گذاری آن بر اساس یک مقیاس ۷ درجه ای لیکرتی می باشد و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف پذیری شناختی را بسنجد: الف) میل به درک موقعیت های سخت به عنوان موقعیت های قابل کنترل ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان ها ج) توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت های سخت. دنیس و وندروال در پژوهشی نشان دادند که این پرسشنامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار است. این پژوهشگران نشان دادند که دو عامل ادراک گزینه های مختلف و ادراک

شده بود صورت گرفت. پس از ایجاد ارتباط اولیه با بیماران، از طریق بیان اهمیت و اهداف تحقیق و محرمانه بودن اطلاعات و عدم نیاز به ذکر نام، پرسشنامه های تحقیق به افراد بیمار ارائه گردید. در چند مورد که آزمودنی های تحقیق وضعیت جسمانی مناسبی نداشتند یا بی سواد بودند پرسشنامه توسط پرسشگر برای آنها خوانده شد و پاسخ ها ثبت گردید. پس از تکمیل پرسشنامه ها توسط افراد بیمار، به تعداد ۶۴ نفر از افراد سالم که به لحاظ سن و جنسیت با آنها همتا شده بودند نیز و پرسشنامه ها را کامل کردند.

به منظور توصیف و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و همچنین در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت سنجش تیپ شخصیتی D از مقیاس تیپ شخصیتی D استفاده شد. این مقیاس توسط دنولت تدوین شده است و ۱۴ آیتم دارد و مؤلفه های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را می سنجد. هر آزمودنی به این مقیاس به صورت «هرگز»، «بندرت»، «گاهی اوقات»، «اغلب اوقات» و «همیشه» پاسخ می دهد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶ به دست آمده است. ضریب اعتبار همزمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی ۰/۶۳۸ گزارش شده است (۳۸). در مطالعه ای که توسط دولجناحی و وفایی (۳۹) در ایران انجام شد همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۷ و همسانی درونی خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۶۹ به دست آمده است. در مطالعه ابوالقاسمی و همکاران (۴۰) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شده است.

به منظور سنجش متغیر حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی استفاده شد. این پرسشنامه توسط

شناختی پایین تر و میانگین نمره تیپ شخصیتی D بالاتری برخوردارند و این تفاوت به نفع افراد عادی می باشد؛ بنابراین فرضیه های تحقیق در خصوص تفاوت گروه ها تأیید می شوند.

جدول ۱. آماره های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به

تفکیک دو گروه بیماران قلبی و افراد عادی				
متغیرها	گروه ها	میانگین	انحراف معیار	تعداد
تیپ D	بیمار قلبی	۳۱/۱۲	۴/۱۹	۶۴
	افراد عادی	۲۵/۶۶	۳/۹۰	۶۴
حمایت اجتماعی	بیمار قلبی	۵۰/۵۹	۸/۲۹	۶۴
	افراد عادی	۶۰/۷۶	۸/۷۳	۶۴
انعطاف پذیری شناختی	بیمار قلبی	۶۸/۸۶	۱۱/۵۱	۶۴
	افراد عادی	۷۷/۰۹	۱۲/۱۸	۶۴

جدول فوق، میانگین، انحراف معیار و فراوانی متغیرها را به تفکیک دو گروه بیماران قلبی و افراد عادی نشان می دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس های

خطا				
متغیرها	F	DF1	DF2	P
تیپ D	۲/۹۵	۱	۱۲۶	۰/۰۸۸
حمایت اجتماعی	۰/۲۱۴	۱	۱۲۶	۰/۶۴۵
انعطاف پذیری شناختی	۰/۱۹۶	۱	۱۲۶	۰/۶۵۹

همان طوری که در جدول فوق مشاهده می شود در هر دو متغیر شرط برابری واریانس های خطا برقرار است. جهت بررسی برابری ماتریس کوواریانس ها نیز از آزمون M باکس استفاده شد، نتایج این آزمون حکایت از برابری ماتریس کوواریانس ها داشت ($P > 0/05$ ، $f = 0/573$ ، $M = 3/53$ باکس). با توجه به برقراری پیش شرطها، از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول ۳: نتایج کلی تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بر

روی متغیرهای پژوهش					
نوع آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	p
اثر پیلای	۰/۴۵۲	۳۴/۰۳۰	۳	۱۲۴	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۵۴۸	۳۴/۰۳۰	۳	۱۲۴	۰/۰۰۱
اثر هنتینگ	۰/۸۲۳	۳۴/۰۳۰	۳	۱۲۴	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۸۲۳	۳۴/۰۳۰	۳	۱۲۴	۰/۰۰۱

توجیه رفتار یک معنی دارند و عامل کنترل به عنوان خرده مقیاس دوم در نظر گرفته شد روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رابین ۷۵٪ بود. این پژوهشگران پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس، ادراک کنترل پذیری و ادراک گزینه های مختلف به ترتیب ۹۱٪، ۹۱٪ و ۸۴٪ و با روش باز آزمایی به ترتیب ۸۱٪، ۷۵٪ و ۷۷٪ به دست آوردند. در ایران ضریب اعتبار باز آزمایی کل مقیاس را ۷۱٪ و خرده مقیاس های ادراک کنترل پذیری، ادراک گزینه های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۵۵٪، ۷۲٪ و ۵۷٪ گزارش کرده اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۹۰٪ و برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۸۷٪، ۸۹٪ و ۵۵٪ گزارش نموده اند. همچنین مقیاس انعطاف پذیری شناختی از روایی عاملی، همگرا و همزمان مطلوبی در ایران برخوردار است. روایی همگرایی آن با پرسشنامه تاب آوری برابر با ۶۷٪ بود.

یافته ها

در این پژوهش داده های مربوط به ۱۲۸ پرسشنامه تکمیل شده مربوط به دو گروه بیماران قلبی عروقی و افراد عادی مورد بررسی قرار گرفتند. آزمودنی ها بین سنین ۳۶ تا ۷۴ سال از دو جنسیت زن و مرد بودند که در هر دو گروه افراد بین ۵۵ تا ۶۵ سال بیشترین درصد آزمودنی ها را داشتند. از نظر تحصیلات دارای تحصیلات سیکل تا فوق لیسانس بودند که در هر دو گروه افراد زیر دیپلم دارای بیشترین فراوانی بودند، به لحاظ میزان درآمد ماهیانه بین زیر یک میلیون تا ۳ و نیم میلیون بودند که بیشترین فراوانی در هر دو گروه بین ۲ تا ۳ میلیون بود.

نتیجه آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) در جداول ۱ تا ۴ نشان می دهند، در متغیرهای تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و انعطاف پذیری شناختی بین بیماران قلبی و عادی تفاوت معنی دار وجود دارد، گروه بیماران قلبی از حمایت اجتماعی و انعطاف پذیری

همکاران (۱۲) همخوان می‌باشد. طبق یافته‌های سارافینو (۴۶) افراد دارای تنش بالا تمایل به انجام رفتارهایی دارند که امکان بیمار شدن و آسیب دیدن آنها را افزایش می‌دهد، تیپ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن نیز در درازمدت می‌تواند به دیواره شریان‌های کرونری صدمه زده و بیماری عروق کرونری را تسریع کند. تبیین دیگر این است که متغیرهای شخصیتی و روانشناختی نیز ممکن است بیماری قلبی را از طریق مسیرهای رفتاری از جمله اختلال در عملکرد رفتار یا شکست در رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت تحت تأثیر قرار دهند، همچنین نتایج این پژوهش با این نتیجه‌گیری که عوامل روانشناختی به‌ویژه تیپ شخصیتی D نقش مهمی در بیماری‌های کرونر قلبی دارد همسو می‌باشد (۴۷). بیماران قلبی با تمایل پایدار به تجربه هیجانات منفی در موقعیت‌های مختلف، اضطراب و دلواپسی، هراس و تحریک‌پذیری بیشتری را تجربه می‌کنند و این حالات به نوبه خود فراوانی تیپ شخصیتی D را در این بیماران افزایش می‌دهد (۲۳). همچنین می‌توان بیان کرد که شرایط استرس‌زا موجب ترشح آدرنالین شده و ضربان قلب را افزایش می‌دهد و این امر سبب ناراحتی قلبی - عروقی می‌گردد (۴۸).

بخش دیگری از نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی بیماران قلبی و عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد، بدین معنی که بیماران قلبی در مقایسه با افراد عادی از میزان حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردارند. این یافته همسو با تحقیقات ابوالقاسمی و همکاران (۲۳)، خوسفی و همکاران (۲۴)، روزانسکی و همکاران (۱۹)، کینگ و همکاران (۱۷)، وانگ و همکاران (۴۹)، بونکر و همکاران (۱۸)، اونگ و همکاران (۲۱)، گلس و همکاران (۵۰) و شین و کیم (۵۱)، لپور (۲۲)، کراون و هوگز (۵۲)، یعقوبی و همکاران (۲۵) می‌باشد. این تحقیقات نشان دادند که حمایت اجتماعی نقش تعدیل‌کننده‌ای در

همان‌گونه در جدول فوق، مشاهده می‌شود مقدار f چند متغیری برابر با ۳۴/۰۳۰ در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار می‌باشد. نتایج چهار آزمون مربوط به تحلیل واریانس چند متغیری بیانگر آن هستند که بین گروه‌های بیماران قلبی و افراد عادی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج تفکیکی تحلیل واریانس تک متغیری مربوط به متغیرها در دو گروه بیماران قلبی و افراد عادی

متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	p
تیپ D	۹۵۷/۰۳	۱	۹۵۷/۰۳	۵۸/۴۴	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	۳۳۱۰/۹۴۵	۱	۳۳۱۰/۹۴۵	۴۵/۶۴	۰/۰۰۱
انعطاف‌پذیری شناختی	۲۱۶۹/۷۵۸	۱	۲۱۶۹/۷۵۸	۱۵/۴۵	۰/۰۰۱

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که دو گروه بیماران قلبی و افراد عادی از لحاظ تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی دارای تفاوت معنی‌داری می‌باشند. با نگاهی به میانگین‌های گروه‌ها، نتایج حاکی از آن است که گروه بیماران قلبی از حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی پایین‌تر و تیپ شخصیتی D بالاتری برخوردارند؛ بنابراین سه فرضیه پژوهش تأیید می‌شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق با هدف بررسی و مقایسه تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران قلبی و عادی شهر خرم‌آباد انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین بیماران قلبی و افراد عادی از نظر تیپ شخصیتی D تفاوت معنی‌داری وجود دارد، میانگین نمره تیپ شخصیتی D بیماران قلبی بیشتر از افراد عادی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های جونگ و همکاران (۳۸)، دنولت و همکاران (۴۴)، عزیزی و همکاران (۱۱)، شیخی و همکاران (۱۳)، سعید و همکاران (۴۵)، اکبری و

سخت را به‌عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر بگیرد و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی چندین توجیه جایگزین را داشته باشد و در موقعیت‌های سخت بتواند به راه‌حل‌های جایگزین فکر کند، ظرفیت او در مقابله، سازگاری و بهبودی از استرس و دشواری‌های زندگی بالاتر است. افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، چارچوب فکری خود را به‌صورت مثبتی بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند، از نظر روانشناختی تاب‌آوری بیشتری دارند (۵۱، ۲۶).

به‌طور خلاصه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در هر سه متغیر تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران قلبی با افراد سالم تفاوت داشتند. گروه بیماران قلبی از حمایت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی پایین‌تر و میانگین نمره تیپ شخصیتی D بالاتری برخوردارند و این تفاوت به نفع افراد عادی می‌باشد بنابراین با استفاده از شیوه‌های درمان روانشناختی می‌توان در بیماران قلبی بر روی این عوامل کار کرد و در افراد سالم به کارهای پیشگیرانه دست زد. از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به کم سواد بودن بعضی آزمودنی‌ها، جمع‌آوری اطلاعات بر اساس گزارش خود آزمودنی‌ها، همچنین محدود بودن آزمودنی‌ها به مطب‌های خصوصی و شهر خرم‌آباد اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

با تشکر از کلیه پرسنل مطب‌های خصوصی متخصصین قلب و عروق شهر خرم‌آباد که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند و از همه بیماران و افراد سالمی که در انجام این پژوهش با ما همکاری داشته‌اند کمال سپاسگزاری را داریم و برای همه عزت و عافیت را آرزومندیم.

بیماران قلبی- عروقی داشته و در کاهش میزان مرگ‌ومیر این بیماران تأثیر چشمگیری دارند. وانگ و همکاران (۴۹) نتیجه‌گیری کردند که پیشرفت آترواسکلروز کرونر قلب در زنان دارای حمایت عاطفی و اجتماعی پایین‌تر، بیشتر بوده است. در مقابل زنانی که حمایت اجتماعی بالاتری داشتند پیشرفت آترواسکلروز کرونر قلب کمتر بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد برخوردار از حمایت اجتماعی مناسب، تشویق و توصیه‌های بیشتری را درباره رفتارهای بهداشتی خوب و مناسب دریافت می‌کنند، احساس قوی‌تری از کنترل شخصی دارند و در مقابل، از اثرات زیان‌آور استرس محافظت می‌شوند. حمایت اجتماعی بر عوامل خطر ساز روانی - اجتماعی (نظیر استرس) تأثیر گذاشته و از طریق کاهش این عوامل، زمینه را برای بهبود بیماری فراهم می‌سازند. به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی انواع معینی از رفتارهای مقابله‌ای را ارتقا می‌دهد. این مقابله‌ها در ترکیب با بعد حمایت یا افزون بر آن واکنش به استرس را تعدیل می‌کنند (۴۶). حمایت اجتماعی به‌عنوان یک ضربه‌گیر عمل می‌کند، از طریق نقش واسطه‌ای بین استرس - بیماری از فرد در مقابل محرک‌های استرس‌زا حمایت می‌کند، همچنین افرادی که از حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند عادات سالم مثل غذا خوردن‌های سالم و سیگار نکشیدن را دنبال می‌کنند (۴۶، ۵۲). همچنین نتایج تحقیق نشان داد که میزان انعطاف‌پذیری شناختی بیماران قلبی پایین‌تر از افراد عادی است. این یافته با نتایج تحقیقات بورتون و همکاران (۲۹)، هوگلند و همکاران (۵۳)، یعقوبی و همکاران (۲۵)، گاندوز (۵۴)، شفیع و همکاران (۳۰)، علیپور (۱۴)، نوفرستی و همکاران (۳۲)، بافنده قراملکی و همکاران (۳۳)، نریمانی و همکاران (۳۴)، محمدی و سامانی (۳۵)، بیگدلی و همکاران (۳۶)، جمالی و قربانی‌فرد (۳۷) همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هرچه انعطاف‌پذیری فرد بیشتر باشد و بتواند موقعیت‌های

References

1. Sol GM, Vander-Graaf Y, Goessens MB, Visseren LJ. Social support and change in vascular risk factors in patients with clinical manifestations of vascular diseases. *European J Cardiovasc Nursing*. 2008; 8: 137-143.
2. Shepherd CW, While AE. Cardiac rehabilitation and quality of life: A systematic review" *Int J Nursing Studies*. 2012; 46(6): 755-771.
3. Hadaegh F, Harati H, Ghanbarian A, Azizi F. Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults: Tehran lipid and glucose study. *East Med Health J*. 2009; 1(5): 157-166. (In Persian)
4. Kasper DL, Fauci A, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JJ, et al. *Harrison's principles of internal medicine*" 16th ed, New York: Mac Grow- Hill. 2005; 1425-1434.
5. Massoudnia A, Hostility A. Risk of vascular coronary Atherosclerosis. *J Shahid Sodoghi Med Sci Univ*. 2008; (6)18: 551-540. (In Persian)
6. Denollet J. Personality and coronary heart disease: the Type-D Scale DS- 16. *Annual Behav Med*. 1998; 20(2): 209-215.
7. Denollet J, Vaes J, Brautsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of Type-D personality and younger age on 5 year prognosis and quality of life. *Circulation*. 2000; 102: 630-635.
8. Emons W, Meijer R, Denollet J. Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease: Evaluating type-D personality and its assessment using item response theory". *J Psychosomatic Res*. 2007; 63: 27-39.
9. Dannemann S, Mastechky K, Einsle F, Smucker MR, Zimmermann K, Joraschky P, et al. Is type-D a stable construct? An examination of type-D personality in patient's before and after cardiac surgery. *J Psychosomatic Res*. 2010; 69: 101-109.
10. Williams G, Stark JK, Shannon S, Foster EE. The Relationships among self-compassion, Motivation, and procrastination. *Am J Psychological Res*. 2008; 4(1): 37-44.
11. Azizi AO, Bayrami M, EtemadiFar N, Payda N. Comparison of Type D personality and critical Exhaustion among Acute Myocardial infarction and Heart Failure patients and Normal people. *Zares Med Sci J*. 2014; 21(126): 65-72. (In Persian)
12. Akbari B, Afkhami P, Barghandan S. Type D personality perfectionism, and Happiness among cardiovascular patients and Normal people. *J Guilan Med Sci Univ*. 2014; 23: 23-34. (In Persian)
13. Shaykhi S, Isazadegan A, Bani Hashemi Shishvan M, Mahmoudi H, Amani Sari BehGallo JA. Comparative study on Type D psychology, Life Orientation and Rate of Hopefulness among coronary Heart patients and Normal people. *J Nursing Faculty Obstetrics Oromyeh*. 2012; 11(2): 127-137. (In Persian)
14. Alipour A. The relationship between resources of social support and body immunity indicators in healthy people.

- Quart Thought Behav. 2006; 12(2): 134-139. (In Persian)
15. Dimatto MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis". Health Psychology. 2004; 23: 207-218.
 16. Tannant C. Life stress, social support and coronary heart disease. J Australian Psychiatry. 1999; 34(2): 639-641.
 17. King KM, Humen DP, Smith HL, Phan CL, Teo KK. Psychosocial components of cardiac recovery and rehabilitation attendance. Heart. 2001; 85(3): 290-294.
 18. Bunker S, Colquhoun D, Esler M, Hickie I, Hunt D, Jelinek V, et al. Stress and coronary heart disease: Psychosocial risk factors". Med J Australia. 2003; 178(6): 272-276.
 19. Rozanski A, Blumental JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. pathohpysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. J Am College. 2005; 45(4): 637-651.
 20. Rosengren A, Orth-Gomer K, Wilhelmsen L. Socioeconomic differences in health indices, social networks and mortality among Swedish men. A study of men born in Scandinavian. J Soc Med. 1998; 26(4): 272-280.
 21. Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. J Personal Soc Psychol. 2006; 91(4): 730-735.
 22. Lepore SJ. Cynicism, social support, and cardiovascular reactivity. Health Psychology. 1995; 14(3): 210-215.
 23. Aboulghasemi A, Taghipour M, Narimani M. The relationship between personality type D, self-sympathy and social support and health behaviors in coronary artery cardiac patients and healthy people. J Health Psychol. 2012; 1: 5-20. (In Persian)
 24. Khosofi H, Monirpour N, Sereshk B, Peyghambari M. Comparision of personality factors, stressful events and social support in coronary artery cardiac patients and healthy people. J Contemp Psychol. 2007; 2(1): 41-48. (In Persian)
 25. Yaghobi H, Baradaran M, Ranjbar-Noshari F, Joki-Chegini M. Comparative study of irrational beliefs, social support and personality type A in coronary artery cardiac patients and healthy people. Quarterly New Psychol Res. 2015; 10(37): 211-224. (In Persian)
 26. Brunero S, Lamont S. Health behavior beliefs and physical health risk factors for cardiovascular in an outpatient sample of consumer's whith a severe mental illness: A cross-sectional survey. Int J Nursing Studies. 2010; 47(6): 753-760.
 27. Lett HS, Blumental JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. Psychosommatic Med. 2005; 67(6): 869-878.
 28. Dennis JP, Vander-Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimate of reliability and validity. Cogn Ther Res. 2010; 34(3): 241-253.

29. Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Feasibility and effectiveness of psychological resilience training: A pilot study of reday program. *Psychol Health Med*. 2010; 15(3): 266-277.
30. Shafiee M, Basharpour S, Heydari-Rad H. Capmparison of inefficient attitudes and cognitive flexibility in women with and without divorce history. *Sci Res Quarterly Woman Culture*. 2016; 8(3): 103-112. (In Persian)
31. Aliakbari-dehkordi M, Salehi Sh, Rezaee A. Capmparison of irrational beliefs and defensive styles in coronary artery cardiac patients and healthy people. *J Health Psychol*. 2013; 2: 18-28. (In Persian)
32. Nofersti A, Parhon H, Momeni Kh. Capmparison of cognitive flexibility and problem solving styles in University students with rumination or without rumination. *Quarterly New Events Cognit Sci*. 2014; 16(3): 31-41. (In Persian)
33. Bafandeh-garamlaki H, Ahmadi E, Shademan-Sadat-mahaleh M. Capmparison of cognitive flexibility, theory of mind and behavioral- brain systems in patients with epilepsy and without epilepsy. Master's Thesis in General Psychology, Shahid Madani University of Azarbaijan. 2014. (In Persian)
34. Narimani M, Mikaeli N, Basharpour S, Shahmohammadzadeh Y. Capmparison of cognitive flexibility, attention orientation and working memory and emotional memory in people with drug abuse (addicted people), smokers and healthy people. Master's Thesis in General Psychology, Mohaghegh Ardebili University. 2014. (In Persian)
35. Mohamadi N, Samani B. Capmparison of cognitive flexibility and emotional schemas in people with obsessive- compulsive disorder and healthy people. Master's Thesis in Psychology. Shiraz University. 2015. (In Persian)
36. Bigdeli E, Mariyeh B, Sabahi P. Capmparison of cognitive flexibility, theory of mind and working memory in university students with symptoms of obsessive-compulsive disorder and normal group, *Quarterly New Events Cognit Sci*. 2016; 18(4): 24-37. (In Persian)
37. Jamali M, Ghorbani-fard M. Capmparison of cognitive flexibility in children with conduct disorder, anxiety didorder and attention deficit hyperactivity disorder. Master's Thesis in General Psychology, Islamic Azad University, Tehran Markaz Unit. 2015. (In Persian)
38. Jong P, Denollet J, Vanmelle J, Ormet J. Association of type-D personality and depression with somatic health in myocardial infarction patients. *J Psychosomatic Res*. 2007; 63(5): 477-489.
39. Zooljanhe A, Vafai M. Relationshippe between type Dpersonality with behavioral inhibition/activation systems. *J Psychology*. 2004; 2(3): 123-144. (In Persian)
40. Aboulghasemi A, Zahed F, Narimani M. Study of relationship between feeling of continuity and personality type D with healthiness in people with coronary artery

- cardiac disease. *Sci Res Mag Mental Health Principles*. 2009; 4(5): 213-222. (In Persian)
41. Ebrahimi-Ghavam S. Verifying of three concepts of control source, self-esteem and social support. Master's Thesis in Educational Psychology, Islamic Azad University, Tehran's Sciences and Research Unit. 1992. (In Persian)
 42. Shah-Bakhsh A. Study and comparison of creating, social support and high and low level educational burnout in university students. Master's Thesis in Educational Psychology. Allameh Tabatabaee University. 2010. (In Persian)
 43. Karimi Y, KHabaz M, Habibi Y, Karimiyan N. Comparison of endurance and social support in teenagers and healthy people of Tehran city. *Quarterly Edu Psychol*. 2006; 12(4): 1-15. (In Persian)
 44. Denollet J, Conraads VM, Brutsaert DI, Clerck LD, Stevens WJ, Vrints CL. Cytokines and immune activation in systolic heart failure: The role of type-D personality. *Brain Behav Immun*. 2003; 17(4): 304-309.
 45. Saeed T, Niazi G, Almas S. Type-D personality: a predictor of quality of life and coronary heart disease. *Estern Mediteranean Health J*. 2011; 17: 46-50. (In Persian)
 46. Sarafino EP. *Health Psychology* fourth edition. John Wiley and Sons, Inc. 2002; 42-48.
 47. Kudielka BM, Van-Kane R, Gander ML, Fischer JE. The interrelationship of psychological risk factors for coronary artery disease in a working population. *Behav Med*. 2004; 30(1): 35-44.
 48. Kunnanatt JT. Type A behavior pattern and managerial performance: A study among bank executives in India. *Int J Manpower*. 2003; 24(6): 720-734.
 49. Wang H, Murray A, Mittleman K, Orth-Gomer H. Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Sci Med*. 2005; 60: 599-607.
 50. Glass K, Flory K, Hankin BL, Kloos B, Turecki G. Are coping strategies, social support, and hope associated with psychological distress among Hurricane Katrina survivors? *J Soc Clin Psychol*. 2009; 28: 779-795.
 51. Shin HS, Kim MT. Predictors of psychological well-being amongst Korean immigrants to the United States: A structured interview survey. *Int J Nursing Studies*. 2007; 44: 415-426.
 52. Creaven AM, Hughes BM. Cardiovascular responses to mental activation of social support schemas. *Int J Psychophysiology*. 2012; 84(2): 113-119.
 53. Haglund ME, Nestadt PS, Cooper NS, Southwick SM, Charney DS. Psychological mechanisms and treatment of resilience: Relevance to prevention and treatment of stress-related. *Psychopathology*. 2007; 19: 889-920.
 54. Gunduz B. Emotional intelligence, cognitive flexibility and psychological symptoms in pre-service teachers. *Edu Res Rev*. 2013; 8(13): 1048-1056.

Study and comparison of type-D personality, social support and cognitive flexibility in normal and cardiac patients

Sadeghi M¹, Mir drikvand F¹, Moradizadeh S^{*2}

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran.

2. PhD student of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran, sirous57@yahoo.com

Received: 3 April 2018

Accepted: 21 May 2018

Abstract

Background: Concerning the role of psychological factors and lifestyle in etiology of cardiac diseases, this research aims to study and compare the personality type D, social support and cognitive flexibility in normal and cardiac patients in Khoramabad.

Materials and Methods: the present research is a causal – comparative study. The studied sample was selected from all coronary artery cardiac patients attending cardiovascular clinics in Khoramabad city. 64 patients were chosen by a sampling method and compared with 64 healthy individuals who were matched. In order to measure the variables, a Filips et al (1986) questionnaire of personality type D, social support and Danis and Venervall's cognitive flexibility were used. Data was analyzed using multi–variate analysis of variance method (Manva).

Results: The results of this study show that there is a significant difference between cardiac patients and normal people in terms of personality type D, social support and cognitive flexibility. The cardiac patients group enjoyed lower social support, cognitive flexibility and a higher average score of personality type D.

Conclusion: From the results of this study, it can be said that personality type D, social support and cognitive flexibility are important variables in preventing cardiac diseases which were encountered during patients' treatment.

Keywords: Personality type D, Social support, Cognitive flexibility, Cardiac patients

***Citation:** Sadeghi M, Mir drikvand F, Moradizadeh S. Study and compare of D personality type, social support and cognitive flexibility in normal and cardiac patients. Yafte. 2018; 20(2):41-52.