

خصوصیت ورزشی، تیپ شخصیتی و بیماری عروق کرونر قلب

دکتر احمد حیدری پهلویان*، دکتر محسن قراخانی**، دکتر حسین محبوب***

دریافت: ۸۷/۲/۲۲، پذیرش: ۸۷/۱۱/۱۶

چکیده:

مقدمه و هدف: در طب نوین، پژوهشگران عرصه علوم رفتاری، بر ارتباط بین ویژگی های روانی-اجتماعی، خصوصیات شخصیتی و الگوهای رفتاری با بروز و سیر بیماری کرونر قلب تأکید دارند. هدف از مطالعه حاضر بررسی رابطه بین خصوصیت ورزشی و تیپ شخصیتی الف با ابتلای به بیماری عروق کرونر بوده است.

روش کار: در این پژوهش مورد-شاهدی تعداد ۱۰۲ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد که با ۱۶۲ فرد غیر بیمار از نظر ویژگی های دموگرافیک (جمعیت شناختی) همچون سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل و میزان تحصیلات همسان شده بودند. با بهره گیری از مقیاس سنجش خصوصیت ورزشی SCL-90-R، پرسشنامه نچاریان (تیپ شخصیتی الف) و پرسشنامه محقق ساخته از نظر ویژگی های روانی اجتماعی، خصوصیت ورزشی و تیپ شخصیتی با هم مقایسه شدند.

نتایج: این مطالعه نشان داد ارتباط معنی داری بین داشتن شخصیت تیپ الف و ابتلای به گرفتگی عروق کرونر وجود ندارد، اما بین خصوصیت ورزشی بالا و بیماری عروق کرونر رابطه معنی داری دیده شد.

نتیجه نهایی: با توجه به اینکه خصوصیت ورزشی و پرخاشگری ارتباط تنگاتنگی با بروز و تداوم بیماری گرفتگی عروق کرونر قلب دارد، پیشنهاد می شود مداخلات روان شناختی برای کنترل و کاهش متغیرهای آسیب زای فوق در پروتکل درمانی بیماران عروق کرونر گنجانیده شود.

کلید واژه ها: بیماری عروق کرونر / تیپ شخصیتی A / خصوصیت ورزشی

مقدمه:

کارهای بیشتری را در فرصت های کوتاه به انجام برسانند (۲). به دنبال تحقیق کلاسیک دو متخصص قلب بر روی هزاران نفر بیماران قلبی (۳) و تأیید یافته های آنها توسط پژوهشگران دیگر، انجمن قلب آمریکا در سال ۱۹۸۱ رفتار نوع A را از جمله عوامل خطر ابتلاء به بیماری عروقی قلب دانست (۴). اما یافته های ضد و نقیض بعدی رابطه معنی دار بین رفتار نوع A و بیماری عروق کرونر را زیر سؤال برد. درحالی که برخی پژوهشگران این یافته های ناهمگون را ناشی از نحوه سنجش افراد تیپ A در این بررسی ها می دانستند، دیگران براین باورند همه عناصر و مؤلفه های تشکیل دهنده رفتار نوع A آسیب زا نمی باشند. به نظر پژوهشگران رفتارهای نوع A حاوی

بیماری عروق کرونر قلب (CHD) از دلایل عمده مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان محسوب می گردد (۱). یکی از الگوهای رفتاری یا سبک های شخصیتی که مورد توجه بسیار بوده است، الگوی رفتاری نوع A می باشد این افراد شدیداً رقابت جو، ناشکیبا، پرخاشگر، سختکوش و کم حوصله می باشند. همیشه احساس فوریت و اضطراب می کنند، رسیدن به آرامش برایشان دشوار است. در به تأخیر افتادن کارها یا هنگام روبرو شدن با کسانی که آنان را بی کفایت می دانند ناشکیبا و خشمگین می شوند. این افراد به ظاهر از اعتماد به نفس خوبی برخوردارند اما پیوسته دستخوش تردید هستند. آنها خود را ملزم می دانند

* استادیار گروه روانپزشکی - روانشناسی بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان (Heidari_MS@yahoo.com)

** استادیار گروه داخلی - قلب و عروق دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

*** استاد گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی همدان

جنبه های مرضی (سمی) و غیر مرضی (غیر سمی) هستند (۵) آنها استدلال می کنند برخی ویژگی های رفتار نوع A از قبیل فوریت زمانی و رقابت جویی از مهمترین مؤلفه های آسیب زای رفتار نوع A نیستند، متغیر اصلی احتمالاً ویژگی های دیگری را شامل می شود. در قیاس با کل رفتارهای نوع A، خصوصیت ورزشی در روابط بین فردی، عامل پیش بینی کننده بهتری برای بیماری قلب به حساب می آید (۶،۷). البته پژوهش های دیگری نیز در دسترس است که مؤید چنین رابطه ای نمی باشد (۸). با توجه به گزارشات فوق، هدف از پژوهش حاضر تعیین ارتباط رفتارهای نوع A (سمی و غیر سمی) و خصوصیت ورزشی با بروز انفارکتوس قلبی ناشی از عروق کرونر قلب بوده است.

روش کار:

این مطالعه از نوع مورد - شاهدهی است که براساس فرمول حجم نمونه، تعداد ۱۰۲ نفر از مبتلایان به انفارکتوس قلبی حاد Acute Myocardial Infarction با ۱۶۲ نفر فرد سالم که از نظر برخی متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، سواد، شغل و محل سکونت) با یکدیگر همسان (match) شده بودند، مورد مقایسه قرار گرفتند. مبتلایان به بیماری عروق کرونر قلب از بستری شدگان بخش CCU بیمارستان اکباتان شهر همدان انتخاب گردیدند. ملاک انتخاب افراد در گروه مورد، ابتلای به انفارکتوس قلبی حاد (MI) بوده است. تشخیص ابتلای به بیماری، براساس ملاکهای سازمان جهانی بهداشت و توسط پزشک متخصص قلب و عروق (همکار طرح) صورت گرفته است و با بهره گیری از آزمایش های پاراکلینیک از قبیل نوار قلبهای سریال و بررسی آزمایشگاهی (افزایش آنزیمهای L.D.H و C.P.K) به انجام رسیده است. پس از تشخیص قطعی و بعد از بهبود نسبی بیمار و خارج شدن از حالت فوریت پزشکی، پرسشنامه های تحقیق تنها به بیمارانی داده شد که مایل به شرکت در پژوهش بودند. داشتن حداقل سواد سوم راهنمایی، برای تکمیل کنندگان پرسشنامه های الزامی بود. در طی یک سال ۱۴۳ پرسشنامه توسط بیماران تکمیل گردید. با حذف ۴۱ پرسشنامه ناقص یا بی اعتبار، سرانجام ۱۰۲ پرسشنامه معتبر با پرسشنامه های گروه شاهد که توسط افراد سالم جامعه تکمیل شده بود، مورد مقایسه قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه محقق ساخته: این پرسشنامه در برگیرنده،

سؤالاتی در خصوص ویژگیهای دموگرافیک آزمودنی های شرکت کننده در پژوهش بوده است. هم چنین اطلاعاتی در رابطه با بیماری قلبی در آن درج گردیده بود.

۲- مقیاس سنجش تیپ شخصیتی نوع A: این مقیاس که به TAQ موسوم است توسط نجاریان و همکاران در سال ۱۳۷۴ براساس مقیاس های استاندارد سنجش تیپ شخصیتی نوع A و با بهره گیری از روش آماری تحلیل عوامل ساخته و برای جمعیت ایرانی اعتباریابی گردیده است. این مقیاس با دو خرده مقیاس TA1 و TA2 مجموعاً ۲۴ ماده را شامل می شود. خرده مقیاس های TA1 و TA2 به ترتیب جنبه های مرضی و غیر مرضی الگوهای رفتاری تیپ A را می سنجند. یافته های روان سنجی مربوط به این مقیاس در منبع شماره ۹ آمده است.

۳- مقیاس ۹۰ سؤالی تجدید نظر شده نشانه های بیمارگون SCL-90-R: این آزمون در سال ۱۹۷۹ توسط دیروگانیس تدوین گردید و کاربرد گسترده ای در جهان پیدا کرده است. سؤالات این مقیاس برای اندازه گیری ۹ بعد آسیب شناسی روانی که به وسیله تحلیل های عاملی تعیین شده اند طراحی شده است. این ابعاد عبارتند از شکایات جسمانی، وسواس فکری - عملی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خشم و خصوصیت فوبیا، اندیشه پردازی پارانوئید و روان پریشی.

اعتبار و پایایی این آزمون در کشورهای مختلف از جمله ایران بالا گزارش گردیده است (۱۰). در پژوهش حاضر تنها از ماده های (سنجه ها) مربوط به سنجش پرخاشگری و خصوصیت این آزمون استفاده گردیده است.

نتایج:

میانگین سنی بیماران ۴۹ سال و دامنه سنی آنان در محدوده ۳۱ تا ۴۷ سال قرار داشت. ۷۰ درصد شغل دولتی داشتند و ۳۰ درصد در مشاغل آزاد کار می کردند. ۹۶ درصد متأهل و ۴ درصد مجرد بودند. تحصیلات ۳۶/۵ درصد مقطع راهنمایی، ۶/۷ درصد دبیرستانی، ۲۱/۲ درصد دیپلم و ۳۵/۶ درصد دانشجویی بوده است.

به منظور ارزیابی این فرضیه، افرادی که دچار انفارکتوس قلبی گردیده اند در مقایسه با افراد سالم بیشتر در گروه شخصیتی تیپ A جای دارند، آزمون آماری t مستقل نشان داد افرادی که دچار انفارکتوس قلبی شده اند در مقایسه با افراد گروه سالم، نمره های بالاتری را در مقیاس الگوهای

آزمودنی‌ها نشان داد تفاوت معنی داری بین میانگین‌های دو گروه سنی پایین‌تر و بالاتر از ۵۰ سال وجود ندارد. آزمون ضریب همبستگی پیرسون در تأیید فرضیه دیگر پژوهش، رابطه بین خصومت و پرخاشگری (مقیاس SCL-90-R) را با جنبه مرضی تیپ شخصیتی نوع A در حد بالایی معنی دار نشان داد ($t=0/53$ ، $P<0/001$).

بحث:

همان‌گونه که در نتایج اشاره شد، پژوهش حاضر نشان داد بین الگوی رفتاری سنخ A و انفارکتوس قلبی ارتباط معنی داری وجود ندارد، چنین یافته‌ای با اکثر پژوهش‌های مشابه پیشین مغایرت دارد (۳، ۱۱، ۱۲).

اما تعدادی از پژوهش‌های جدیدتر با یافته‌های مشابهی همراه بوده‌اند (۶، ۱۳). چنین تفاوت‌هایی ممکن است ناشی از نوع نمونه‌گیری، ابزار سنجش و متدولوژی تحقیق باشد. برای مثال در پژوهش احمدزاده و همکاران در اصفهان، بی‌سوادان هم در تحقیق شرکت داده شده بودند و برای آنان از پرسشنامه ترجمه شده پارتنر که توسط فرد دیگری خوانده و تکمیل می‌شد استفاده گردیده است (۱۲). یا در پژوهش بخشی پور در تبریز تعداد آزمودنی‌ها تنها ۳۶ نفر بوده‌اند (۱۱).

با توجه به اینکه به نظر پژوهشگران الگوی خاص بروز ویژگی‌های شخصیتی تیپ A تحت تأثیر عوامل متعددی به ویژه مسایل فرهنگی - اجتماعی قرار می‌گیرد (۱۴). آزمون فرضیه دوم پژوهش که ناظر بر نکته فوق بوده، نشان داد بیماران قلبی شرکت‌کننده در این پژوهش تنها در یک بعد مرضی الگوی شخصیتی تیپ A با افراد سالم متفاوت هستند و آن خصومت و پرخاشگری است. بنابراین در نمونه حاضر، خصومت و پرخاشگری عامل پیش‌بینی‌کننده بهتری برای وقوع حمله قلبی بوده است تا کل رفتارهای نوع A چنین یافته‌ای با برخی پژوهش‌های اخیر مطابقت دارد (۱۵، ۱۶).

یافته دیگر پژوهش حاضر، یعنی خشم و خصومت بیشتر در بیماران قلبی زیر ۵۰ سال (در مقایسه با افراد بالاتر از ۵۰ سال) مؤید نقش عوامل روانشناختی بر بیماری عروق کرونر قلب می‌باشد. به نظر می‌رسد نقش متغیرهای زیستی در بیماران که بالاتر از ۵۰ سال دارند بارزتر است و در کسانی که قبل از ۵۰ سالگی دچار انفارکتوس میوکارد می‌شوند، عوامل روانشناختی، به ویژه خشم و خصومت نقش بیشتری را ایفا می‌نمایند.

رفتاری تیپ A بدست نیاوردند، بنابراین دو گروه از نظر الگوی رفتاری تیپ A تفاوتی با یکدیگر ندارند ($t = 0/89$ ، $P = 0/375$)

تفاوت دو گروه مورد و شاهد در جنبه‌های مرضی (TA1) تیپ شخصیتی A در جدول ۱ آمده است همان‌طور که دیده می‌شود میانگین نمره‌های این بعد آزمون در مبتلایان به انفارکتوس قلبی از افراد گروه سالم بالاتر است اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبوده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار و t محاسبه نمره‌های جنبه مرضی الگوی شخصیتی تیپ A در دو گروه بیمار و سالم

میانگین	انحراف معیار	t	P
۱۹/۰۹	۶/۸	۱/۷۵	۰/۰۸
۱۷/۵۱	۶/۴		

یافته‌های پژوهش تفاوتی را در دو گروه، در جنبه‌های غیر مرضی الگوی رفتاری تیپ A نشان نداد و میانگین نمرات دو گروه در مؤلفه فوق تفاوتی با یکدیگر نداشت.

در ارتباط با آزمون فرضیه دیگر پژوهش، مبنی بر تفاوت میزان خصومت و پرخاشگری در مبتلایان به انفارکتوس قلبی و افراد سالم، میانگین نمره‌های مقیاس خصومت و پرخاشگری آزمون SCL-90-R در دو گروه نشان دهنده تفاوت معنی داری بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار و t محاسبه شده نمره‌های خصومت و پرخاشگری دو گروه بیمار و سالم براساس آزمون SCL-90-R

میانگین	انحراف معیار	t	P
/	/	/	/
/	/	/	/

نتایج آزمون فرضیه دیگر پژوهش، مبنی بر ارتباط میزان خصومت و پرخاشگری با سن بیماران قلبی نشان داد. میانگین‌های دو گروه سنی پایین‌تر از ۵۰ سال و بالاتر از ۵۰ سال با هم متفاوت است و ارتباط معنی داری بین خصومت و پرخاشگری با سن بیماران دیده می‌شود، بدین صورت که بیماران قلبی جوان‌تر، خصومت و پرخاشگری بیشتری را در روابط بین فردی نشان می‌دادند ($P = 0/003$ ، $t = 3/06$).

مقایسه میانگین‌ها با استفاده از t-test برای آزمون فرضیه، مبنی بر ارتباط بین تیپ شخصیتی نوع A و سن

3. Rosenman, RH, Brand, JH, Friedman , Straus R, Wurm M. Coronary heart disease in the western collaborative group study: Final follow-up experience of 8.5 years. JAMA 1975;233:827-7.
4. Denollet J. Biobehavioral research on coronary heart disease: Where is the person? J Behavior Med 1993; 16(2): 115-137.
5. Moller J, Ahlhome A. Do episodes of anger trigger myocardial infarction? J Psychosom Med 1999; 61(6) : 842-9.
6. Kelly GB, Timothy WS, Jonathan B, Neuley MJ, Hawkins MW, Uchino BN. Hostility, anger and marital adjustment: Concurrent and prospective association with psychosocial vulnerability. J Behavior Med 2007; 30(1): 1-10.
7. Finney MI, Stoney CM, Engebretson TO. Hostility and anger expression in African American and European American men is associated with cardiovascular and lipid reactivity. Psychophysiol 2002;39: 340-349.
8. Kuper H, Marmot H. Systematic review of Prospective cohort studies of psychosocial factors in the a etiology and prognosis of coronary heart disease. Semin Vasc Med 2002; 2: 276-314.
9. Najarian B, Macvandi MA, Dabbagh B, Nikfar S. Construction and validation of a scale for measurement of type A personality. J Educ Psychol 1996; 2: 182 -191.
10. Bageri A, Bolhari J, Shahmohammadi D. [An epidemiological study of psychological disorders in a rural area (Meibod Yazd) in Iran]. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 1994; 1(10): 32-41. (Persian)
11. Bakhsheepoor A. [The relationship between type A personality and experienced stress with heart-attack]. Psychological Research 1998;4(3): 3-14. (Persian).
12. Ahmad Zadeh GH, Mirabzadeh A. [Type A behavior pattern and coronary heart disease]. Journal of Isfahan University of Medical Sciences 1997;14(45):70-74. (Persian).
13. Miller TQ, Smith TW, Turner CW, Guijarro ML, Hallet AJ. A meta- analytic review of research on hostility and physical health. Psychol Bull 1996; 119(2): 322- 348.
14. Price, V.A. Type A behavior pattern: A model for research and practice. New York: Academic press, 1982.
15. Siegrist. J. Psychosocial factors influencing development and course heart disease. Herz. 2001; 26(5): 316-25.
16. Myrtek M. Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type A personality, and hostility. Int J Cardiol 2001; 79:254-251.

ارتباط خصوصیت و پرخاشگری آزمودنی های این پژوهش با سنجه هایی که جنبه مرضی الگوی شخصیتی تیپ A را می سنجد و عدم ارتباط معنی دار با سنجه های دیگری که جنبه غیر مرضی الگوی شخصیتی تیپ A را می سنجد، احتمالاً نشان دهنده آن است که در نمونه های این تحقیق ، بخشی از الگوی رفتاری تیپ A که با خصوصیت، کینه ورزی ، بدبینی و پرخاشگری ارتباط دارد ، بارزتر است و این ویژگی می تواند به گونه ای متأثر از ویژگی های فرهنگی باشد.

تکرار چنین یافته هایی در پژوهش های دیگر ، علاوه بر نشان دادن تأثیر فرهنگ بر نحوه تجلی الگوی رفتاری تیپ A ، به شناخت دقیق تر مؤلفه های روانشناختی تأثیر گذار بر بیماری های قلبی عروقی منجر خواهد شد.

نتیجه نهایی :

یافته های پژوهش حاضر مؤید آن است که ویژگی های روانشناختی از قبیل کینه ورزی مداوم ، خصوصیت و پرخاشگری ارتباط تنگاتنگی با بروز و تداوم بیماری گرفتگی عروق کرونر قلب دارد. از آنجا که همراه کردن مداخلات روانشناختی برای تغییر الگوهای رفتاری ناسالم در کنار درمان های اصلی جسمانی در کشورهای پیشرفته به کاهش صدمات و ارتقاء سلامتی این بیماران منجر گردیده است. پیشنهاد می گردد در ایران نیز مداخلات روانشناختی برای کنترل و کاهش متغیرهای آسیب زای شخصیتی در پروتکل درمانی بیماران CHD گنجانیده شود.

سیاسگزاری :

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان به خاطر حمایت مادی و معنوی از اجرای طرح سیاسگزاری می گردد.

منابع :

1. Bhattacharyya T. The effect of type A behavior and locus of control in the coping styles: A study on coronary heart disease patients. Indian J Clin Psychol 2001; 28(2): 181-185.
2. Behrad B, Rastegari Y. [The relationship between Anger-Hostility and coronary atherosclerosis severity]. Psychological Research 1999; 5(1-2): 9-24. (Persian).