

Research Article

Evaluation of personality type and source of control in patients with coronary heart disease

Authors

Bagheri Maede , Marysm SotoudehAsl*

1. Assistant Professor of Psychology, Semnan Islamic Azad University, Semnan, Iran

2. Master's degree, Department of cognitive psychology, Faculty of psychology, University of Semnan, Semnan, Iran (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: Considering the high incidence and mortality caused by coronary heart diseases in the world and especially in Iran, the purpose of this study is to evaluate the personality and source of control in patients with coronary heart diseases with healthy people.

Methods: In this causal-comparative descriptive study, 35 male patients suffering from coronary heart disease referred to the heart and vascular centers of Shahresari hospitals and 35 male companions of the patients were selected using available sampling method. In order to collect data, Big Five Factors of Personality (NEO) and Rother's Locus of Control (RLOC) scale were used. Data were analyzed using SPSS23 software and descriptive and inferential statistics at a significance level of $P \leq 0.05$. **Results:** Compared to healthy people, patients with coronary heart diseases had significant differences in four factors: neuroticism (0.007), extroversion (0.026), satisfaction and openness (0.07), and agreement and compatibility (0.02), but in the task factor Science (0.88), there was no significant difference between the two groups. Although the difference in the control source score of the patients and the control group was not significant (0.051), in the patients group, this score was determined to be lower than the cut-off point, which indicates the existence of a more external source of control in patients with coronary heart diseases than in healthy individuals.

Results: The findings showed that coronary heart patients had significant differences compared to healthy people in four personality factors: neuroticism (0.007), extroversion (0.02), openness (0.04) and agreeableness (0.02), but in the factor of conscientiousness (0.88), no significant difference was observed between the two groups. Although the difference in the source of control score of the two groups was not significant (0.051), in the group of patients, this score was lower than the cut-off point, which indicates the existence of a more external source of control in patients with coronary heart disease than in healthy individuals.

Conclusion: This study showed that patients with coronary heart diseases and healthy people differ in terms of personality types of neuroticism, extroversion, openness and agreeableness. Also, patients have more external source of control than healthy people. Therefore, it is suggested to pay more attention to personality traits in coronary artery patients.

Keywords

Coronary Heart disease, five-factor model of personality, locus of control.

Corresponding Author's E-mail

maryamsotoudeh76@yahoo.com

ارزیابی شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به بیماری های کرونر قلب

نویسندگان

مأده باقری^۱، مریم ستوده اصل^{۲*}

۱. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران

۲. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی شناختی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع بالای ابتلاء و مرگ و میر ناشی از بیماری های کرونر قلب در جهان و مخصوصاً ایران، هدف این مطالعه ارزیابی شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به بیماری های کرونر قلب با افراد سالم می باشد.

روش: در این مطالعه توصیفی از نوع علی-مقایسه ای، ۳۵ بیمار مرد مبتلاء به بیماری کرونر قلب مراجعه کننده به مراکز قلب و عروق بیمارستان های شهرسازی و ۳۵ نفر از همراهان مرد بیماران، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت (NEO) و مقیاس کانون کنترل راتر (RLOC) استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS23 و آمار توصیفی و استنباطی، در سطح معنی داری ۰۰۵ P مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: یافته ها نشان داد که بیماران مبتلاء به بیماری کرونر قلب در مقایسه با افراد سالم، در چهار عامل شخصیتی روان رنجورخویی (۰،۰۰۷)، برون گرایی (۰،۰۲)، گشودگی (۰،۰۴)، و توافق (۰،۰۲) تفاوت معنی دار داشتند، اما در عامل وجدانی بودن (۰،۸۸)، بین دو گروه تفاوت معنی دار مشاهده نشد. اگر چه تفاوت نمره منبع کنترل دو گروه گرچه معنی دار نبود (۰،۰۵۱)، اما در گروه بیماران، این نمره کمتر از نقطه برش بود که بیانگر وجود منبع کنترل بیرونی تر بیماران مبتلاء به بیماری های کرونر قلب نسبت به افراد سالم می باشد.

بحث و نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد، بیماران مبتلا به بیماری های کرونر قلب و افراد سالم از نظر تیپ های شخصیتی روان رنجورخویی، برون گرایی، گشودگی و توافق با هم تفاوت دارند. همچنین بیماران نسبت به افراد سالم دارای منبع کنترل بیرونی تری هستند. لذا پیشنهاد می شود، به ویژگی ها شخصیتی در بیماران عروق کرونر توجه بیشتری شود.

تاریخ دریافت:
..../../.

تاریخ پذیرش:
..../../.



کلیدواژه‌ها

شخصیت، منبع کنترل، کرونر قلب، پنج عامل بزرگ شخصیت

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

maryamotoudeh76@yahoo.com

مقدمه

بیماری های کرونر قلب (CHD) از مهم ترین علل مرگ و میر و ناتوانی در جهان و کشور ما محسوب می شوند [۱]. صنعتی شدن، توسعه شهرنشینی و موفقیت در کنترل بیماری، همراه با تغییر ساختار سنی جامعه، جمعیت جهان را در معرض بیماری های مهم غیرواگیر همچون بیماری های قلبی عروقی، قرار داده است [۲]. بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی، مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی - عروقی تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۲۳/۳ میلیون نفر در سال خواهد رسید و در ایران علت ۴۶٪ درصد از مرگ ها بوده و هزینه های سرسام آوری را برسیستم بهداشتی کشور ما تحمیل می کند [۱-۳].

عوامل زمینه ساز بیماری های قلبی-عروقی به دو دسته عوامل تغییر پذیر و عوامل تغییرناپذیر تقسیم می شوند. عوامل تغییر ناپذیر شامل سن، جنسیت و عوامل تغییر پذیر شامل فعالیت جسمانی، سطح لیپیدها و لیوپروتئین ها، مصرف الکل، نمک و سیگار، فشار خون و سطح اقتصادی-اجتماعی پایین [۴] و عوامل خطر روان شناختی از قبیل استرس [۵]، اضطراب [۶]، افسردگی [۷] و برخی ویژگی های شخصیتی [۸] می باشند. نتایج پژوهش ها بیان گر اهمیت بالای پنج عامل بزرگ شخصیت مانند روان رنجورخویی (N)، برونگرایی (E)، گشودگی (O)، توافق (A) و وجدانی بودن (C) می باشد [۹-۱۰]. نتایج برخی مطالعات نشان می دهند، مهم ترین عامل شخصیتی مرتبط با بیماری کرونر قلب، وجود رگه های شخصیتی روان

رنجورخویی (N) و طیف وسیعی از مشکلات عصبی، اضطراب و نگرانی، هیجان، بدخلقی، بی کفایتی، ترس بودن، عدم اطمینان، ناپایداری، ناراضی بودن، تحریک پذیری می باشد [۱۱-۱۲]. در برخی از مطالعات، وجود رگه شخصیتی وجدانی بودن (C)، به عنوان یک فاکتور موثر بر کاهش میزان مرگ و میر ناشی از بیمارهای قلبی در نظر گرفته شده است [۱۳-۱۴] از طرفی برخی پژوهش ها به علت وجود عوامل مخدوش کننده بین عوامل شخصیتی و اختلالات قلبی نتایج متفاوتی را در زمینه نقش صفات شخصیتی در بیماری های قلبی نشان داده اند [۱۴-۱۶]. نتایج بررسی برخی مطالعات نشان می دهند اگر چه افراد مبتلا به بیماری های قلبی - عروقی از شیوه زندگی نامناسب تر و سطح روان رنجوری بیشتری نسبت به افراد سالم برخوردار بودند، اما رابطه معنی داری بین مرگ و میر ناشی از بیماری کرونر قلب و عوامل شخصیتی مشاهده نشده است [۱۴-۱۵]. از دیگر عوامل زمینه ساز بیماری کرونر قلب، درجه کنترلی است که افراد تصور می کنند بر رویدادهای زندگی خود دارند [۱۶] به عقیده ی راتر، افراد از نظر شیوه کنترل رفتاری به دو گروه، دارای کنترل درونی و دارای کنترل بیرونی تقسیم می شوند. افراد دارای کنترل درونی، خود را مسئول هر اتفاق می دانند، ولی افراد با منبع کنترل بیرونی معتقدند که توسط نیروهای خارج از خودشان مانند شانس، سرنوشت، یا سایر افراد کنترل می شوند. نمرات بسیار بالا در مقیاس کنترل درونی- بیرونی در هر دو جهت با احساسات و نتایج ناخوشایند مرتبط است. نمرات بیرونی

کنترل در بیماران مبتلا به بیماری های کرونر قلب، این مطالعه با هدف ارزیابی شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به بیماری های کرونر قلب در شهرستان ساری (۱۴۰۲) انجام شد.

روش

این مطالعه از نوع تحقیقات علی-مقایسه ای است. در این پژوهش، ۷۰ آزمودنی مرد، مشتمل بر ۳۵ نفر از بیماران کرونر قلبی و ۳۵ نفر از افراد مذکر به ظاهر سالم از همراهان بیماران، مورد مطالعه قرار گرفتند. روش نمونه گیری، تصادفی در دسترس بود. نمونه مبتلا به بیماری های قلبی از بین افرادی که به علت ناراحتی های قلبی در طی اردیبهشت لغایت مرداد ماه سال ۱۴۰۱ به بیمارستان حضرت زهراي شهرستان ساری مراجعه کرده و بنا به تشخیص پزشک معالج دارای انواع مشکلات کرونر قلبی بودند، انتخاب شدند. نمونه سالم نیز از بین همراهان بیمار که فاقد بیماری خاصی بودند، انتخاب شدند. تعداد نمونه های پژوهش بر اساس پژوهش های قبلی [۳۰-۲۹]. و بر اساس جدول کرسچی و مورگان برای هر گروه ۳۵ نفر برآورد شد. این افراد از نظر ویژگی های جمعیت شناختی با نمونه ی بیمار همتا شدند. از بین این افراد کسانی که دارای حداقل ۳۵ سال و حداکثر ۶۰ سال سن، متأهل، دارای حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی، تعلق به طبقه اقتصادی اجتماعی متوسط - بر اساس میزان درآمد ماهانه، محل سکونت، شغل و جایگاه اجتماعی - بودند در گروه ها قرار داده شدند. به منظور گردآوری اطلاعات از سه پرسشنامه زیر استفاده شد:

بسیار بالا می تواند با بی تفاوتی و ناامیدی ارتباط داشته باشد به طوری که افراد باور کنند هیچ کنترلی بر محیطشان ندارند. نمرات درونی بسیار بالا به معنی آن است که افراد مسئولیت هر اتفاقی را که برایشان پیش می آید، هر چند ناگوار را می پذیرند [۱۷] نتایج پژوهش ها نشان دادند، افراد دارای منبع کنترل درونی روی هم رفته سالم تر، متمرکز تر، هدفدارتر و بهتر می توانند با مسائل برخورد کنند [۱۸]. بیماران دارای منبع کنترل درونی مستعد داشتن فشارخون پایین تر و حمله های قلبی کم تری هستند و اگر دچار حمله ی قلبی شوند، با کارکنان بیمارستان بیش تر همکاری کرده و احتمالاً زودتر از بیماران با منبع کنترل بیرونی، از بیمارستان مرخص می شوند و در صورت ابتلا به بیماری های شدید مانند بیماری های قلبی -عروقی کمتر دچار افسردگی می شوند، آن ها نسبت به بهداشت خود محتاط ترند و به احتمال بسیار در مقایسه با افرادی با منبع کنترل بیرونی، بیش تر به ورزش می پردازند [۱۹]. در حالی که افرادی با منبع کنترل بیرونی، نشانه هایی از بی حالی و رخوت را به نمایش می گذارند [۲۰].

گرچه پژوهش های متعددی بر روی شخصیت و ارتباط آن با بیماری کرونر قلب صورت گرفته است [۱۴-۱۸]، اما اطلاعات به دست آمده در زمینه صفات شخصیت و منبع کنترل در ابتلاء به بیماری کرونر قلب ناکافی و گاه متعارض است [۱۶-۱۴] و نیازمند بررسی های بیشتری می باشد. با توجه به شیوع و هزینه ی بالای بیماری قلبی -عروقی و اهمیت عوامل روان شناختی مانند صفات شخصیت و منبع

خنثی ساختار و بعد اندازه‌گیری شده را برای آزمودنی مهمی می‌سازند. مجموع نمرات از سئوالاتی به غیر از ۶ سئوال انحرافی به دست خواهد آمد و کل نمره هر فرد نشان دهنده درجه و میزان کنترل او می‌باشد. نمره گذاری آزمودنی مبنی بر مجموع نمرات حاصل از تعداد ضربدرهایی است که آزمودنی در مقابل سئوالات مشخص کرده است. در ۲۳ ماده ه ایی که جهت نمره گذاری تعیین شده اند سئوالات (الف) یک نمره و سئوالات (ب) صفر نمره می‌گیرند هر چه نمره به ۲۳ نزدیک تر باشد بیانگر بیرونی تر بودن منبع کنترل و بالعکس هر چه نمره کمتر باشد، نمایشگر درونی تر بودن کنترل می‌باشد و چون کل نمره هر فرد نشان دهنده نوع و درجه منبع کنترل افراد می‌باشد بنابراین تنها آزمودنی هایی که نمره ۹ یا بیشتر بگیرند دارای منبع کنترل بیرونی و افرادی که نمره کمتر بگیرند دارای منبع کنترل درونی خواهند بود. حد متوسط ضرایب پایایی این مقیاس که با روش های دونیمه سازی یا تصنیف و کودر- ریچارسون محاسبه شده است در حدود ۰/۷۰ درصد است و روایی آزمون با توجه به استاندارد بودن پرسشنامه راتر مورد تأیید است [۲۲]. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه و میزان آن (۰/۷۱) به دست آمد. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با استفاده روش های آمار توصیفی و تی مستقل در سطح معنی داری $P \leq 0,05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۱- پرسشنامه محقق ساخته: این پرسشنامه در برگیرنده، سئوالاتی در خصوص ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی های شرکت کننده در پژوهش بوده است. هم چنین اطلاعاتی در رابطه با بیماری قلبی در آن درج گردیده بود.

۲- مقیاس سنجش شخصیتی نئو

برای سنجش عوامل شخصیتی از فرم کوتاه ۶۰ سوالی آزمون ۵ عامل شخصیتی نئو مک کری و کاستا، (۱۹۸۹) استفاده شد. این پرسشنامه، پنج عامل مهم شخصیتی شامل روان رنجورخویی (N)، برون گرایی (E)، گشودگی (O)، توافق (A) و وجدانی بودن (C) را مورد بررسی قرار می‌دهد. در این پژوهش از آزمودنی خواسته شد، میزان انطباق عبارت ارائه شده با وضعیت خود را روی یک مقیاس پنج گزینه ای لیکرت، از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵، مشخص کنند [۲۱]. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه و میزان آن برای عامل های روان رنجورخویی (۰/۷۸)، برون گرایی (۰/۸۰)، گشودگی (۰/۷۰)، توافق (۰/۷۶) و وجدانی بودن (۰/۸۱) به دست آمد.

۳- پرسشنامه مقیاس کنترل راتر (درونی - بیرونی): این پرسشنامه دارای ۲۹ ماده که هر ماده دارای یک جفت سئوال (الف و ب) می‌باشد. از آزمودنی خواسته شد، بین هر جفت سئوال یک ماده یکی را انتخاب کنند. ۲۳ ماده از مواد این پرسشنامه با هدف مشخص، جهت روشن شدن انتظارات افراد درباره منبع کنترل تدوین گردیده و ۶ ماده دیگر هدف آزمون را با لباس مبدل دنبال می‌کند که این ماده های

یافته ها

بودند که از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشتند ($p=0/23$).
 ۵۷/۳ در صد از از گروه بیمار و ۵۱/۳ در صد از گروه گروه سالم دارای وضعیت اقتصادی در سطح متوسط بودند.
 اختلاف دو گروه از نظر اقتصادی معنی دار نبود ($p=0/542$).
 دو گروه از نظر وضعیت تحصیلی نیز همگن بودند و اختلاف معنی داری نداشتند ($p=0/467$). جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار دو گروه را در زیر مقیاس های پنج عامل بزرگ شخصیت نشان می دهد.

در این پژوهش، ۷۰ نفر آزمودنی (۳۵ نفر از بیماران مبتلا به بیماری های کرونر قلب و ۳۵ نفر از افراد به ظاهر سالم از همراهان بیماران)، از نظر پنج عامل بزرگ شخصیت و منبع کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور مقایسه ویژگی های شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به بیماری های کرونر قلب با افراد سالم، نمرات دو گروه مذکور در پرسشنامه پنج عامل شخصیت نئو و مقیاس کنترل راتر با استفاده از آزمون تی برای دو گروه مستقل مورد مقایسه قرار گرفت.

میانگین و انحراف معیار سن گروه بیمار $48/40 \pm 8/37$ و گروه سالم $47/4 \pm 8/06$ بود که تفاوت سنی دو گروه معنی دار نبود ($p=0/65$). از نظر تعداد فرزندان، ۷۹/۳ در صد از گروه بیمار و ۷۱/۷ در صد از گروه سالم دارای فرزند

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار آزمودنی ها در زیر مقیاس های پنج عامل بزرگ شخصیت و منبع کنترل

سطح معنی داری	اختلاف میانگین	میانگین و انحراف معیار	گروه	زیر مقیاس های پنج عامل بزرگ شخصیت و نمره منبع کنترل
۰/۰۰۷	۳/۳۵	۳۷/۷۳±۵/۰۱	بیمار	روان رنجورخویی (N)
		۳۴/۵۰±۴/۸۸	سالم	
۰/۰۲۶	۲/۷۵	۴۰/۳۰±۴/۵۵	بیمار	برون گرایی (E)
		۳۷/۴۰±۵/۶۱	سالم	
۰/۰۴۸	۲/۱۹	۳۸/۵۳±۵/۷۱	بیمار	گشودگی (O)
		۴۰/۸۰±۵/۶۱	سالم	
۰/۰۲	۳/۲۱	۳۷/۰۶±۵/۴۵	بیمار	توافق (A)
		۴۰/۴۱±۵/۶۱	سالم	
۰/۸۸	۰/۱۸	۴۱/۲۳±۴/۷۸	بیمار	وجدانی بودن (C)
		۴۱/۰۳±۴/۴۳	سالم	
۰/۰۵۱	۱/۵۳	۱۰/۱۳±۳/۰۹	بیمار	منبع کنترل

		۸/۶۰ ± ۲/۸۷	سالم	
--	--	-------------	------	--

تفاوت معنی دار دارد، اما در عامل وجدانی بودن (۰,۸۸)، بین دو گروه تفاوت معنی دار مشاهده نشد.

نتایج این پژوهش نشان داد، افرادی که دچار اختلال عروق کرونر قلب بودند در مقایسه با افراد سالم در مقیاس روان رنجورخویی (N) نمرات بالاتری داشتند. نتایج این مطالعه با یافته های مطالعات اکبری و همکاران (۲۰۱۵)، مشکی و همکاران (۲۰۰۷)، همخوانی دارد [۲۱-۲۲]، اما با نتایج مطالعه گیدورن و همکاران (۲۰۱۱)، همخوانی ندارد [۱۱]. در تبیین این یافته ها می توان بیان نمود که سطح بالای روان رنجورخویی با احتمال بروز بیماری های قلبی - عروقی رابطه ی بالایی دارد [۲۵]. و افراد روان رنجور (N)، از آمادگی بیشتری برای ابتلاء به بیماری های قلبی-عروقی برخوردارند [۲۴]. نمره ی بالا در روان رنجورخویی به این معناست که، این افراد، عادات رفتاری ناسالمی دارند. روان رنجورخویی (N) با طیف وسیعی از احساسات منفی از قبیل عصبی بودن، اضطراب و نگرانی، بدخلقی، بی کفایتی، ترس بودن، عدم اطمینان، ناپایداری، ناراضی بودن و تحریک پذیری همراه می باشد [۲۶]. افراد روان رنجور خو (N)، دارای عزت نفس پایینی بوده و ممکن است عقاید و انتظارات غیرواقعی نیز داشته باشند. آن ها دائم نگرانند و معمولاً درباره خود و برنامه آینده احساس عدم امنیت می کنند و از بسیاری از جنبه های زندگی خود ناراضی می باشند. اطرافیان، آن ها را افرادی مضطرب، بد دلشوره زیاد و در مقایسه با افراد عادی، آسیب پذیر معرفی می کنند. این افراد

نتایج این بررسی نشان داد بیماران مبتلاء به بیماری های کرونر قلب نسبت به افراد سالم در چهار عامل از پنج عامل بزرگ شخصیت شامل روان رنجورخویی (N)، برون گرایی (E)، گشودگی (O) و توافق (A) تفاوت معنی دار داشتند (P ≤ 0.۰۵). اما در عامل وجدانی بودن (۰,۸۸)، بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد. میانگین و انحراف معیار نمرات منبع کنترل بیماران مبتلاء به بیماری های کرونر قلب و افراد سالم به ترتیب ۸/۶۰ ± ۲/۸۷ و ۱۰/۱۳ ± ۳/۰۹ بوده است اگر چه اختلاف به دست آمده معنی دار نیست (۰/۰۵۱)، اما نمره منبع کنترل بیماران کرونر قلب بیشتر از نقطه برش تعیین شده (نمره ۹) به دست آمد که نشان می دهد، بیماران مبتلاء به بیماری های کرونر قلب نسبت به افراد سالم دارای منبع کنترل بیرونی تری می باشند.

بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه بررسی مقایسه ای ارزیابی شخصیت و منبع کنترل در بیماران مبتلا به بیماری های کرونر قلب با افراد سالم بود. نتایج این بررسی نشان داد، نمره پنج عامل بزرگ شخصیت افراد مبتلا به بیماری های کرونر قلب در مقایسه با افراد سالم، در چهار عامل روان رنجورخویی (N)، برون گرایی (E)، گشودگی (O) و توافق و سازگاری (A)

در مقابله با فشار روانی موفقیت چندانی ندارند [۲۷]. نتایج پژوهش های دیگر، نشان داد که مؤلفه روان رنجورخویی در بیماران با عروق کرونر قلب بیشتر بود و این بیماران در مقایسه با افراد سالم، دارای خصوصیات شخصیتی روان رنجورخویی بیشتر، شامل تجربه اضطراب، تنش، ترحم جویی، کینه ورزی، تکانش وری، افسردگی و عزت نفس پایین و نمره برون گرایی کمتری نسبت به گروه غیر بیمار هستند [۲۸].

نتایج این بررسی هم چنین نشان داد، افرادی که دچار اختلال عروق کرونر قلب بودند در مقایسه با افراد سالم در مقیاس برون گرایی نمرات بالاتری داشتند و این تفاوت معنی دار بوده است. بالا بودن نمره برون گرایی در بیماران مبتلاء به بیماری کرونر قلبی، با برخی از تحقیقات گذشته همسویی دارد [۲۸-۲۹]. اما با نتایج برخی دیگر از پژوهش ها همسویی ندارد [۳۴]. در تبیین این یافته ها می توان بیان نمود که سطح بالای نمره برون گرایی اگر چه باعث افزایش تماس اجتماعی و در نتیجه افزایش حمایت اجتماعی افراد می شود، اما گاهی به عنوان تیغ دو لبه عمل می نماید. شاید بتوان این تناقض را به دو صورت توجیه کرد: اول این که بالا بودن عامل برون گرایی در این بیماران ممکن است تبلوری از تمایل این افراد به روابط بالاتر از حد طبیعی بوده باشد، که با تمایل افراد به تجربه هیجان ها و عواطف منفی در ارتباط است، به نظر می رسد این بالا بودن نمره برون گرایی، به دلیل ویژگی هایی نظیر خصومت، اضطراب، شتابزدگی در بیماران می باشد، که به جای افزایش حمایت

اجتماعی به افزایش تعارضات بین شخصی و کاهش سطح حمایت اجتماعی افراد منجر می شود. آیزنک برای رابطه بالای برون گرایی و روان رنجورخویی، مبانی عصب شناختی قائل است و بیان می کند، سطح بالای برون گرایی با بعد نوروزگرایی و با خصوصیات چون اضطراب، بیقراری، بدبینی، تغییرپذیری و بی ثباتی هیجانی، همراه است و در این افراد دستگاه عصبی سمپاتیک دچار پرحساسیتی مزمن است. فرد برون گرا دارای مشخصه های جامعه طلبی، برانگیختگی، خوش بینی و نیاز به محرک بوده و گاهی از شدت واکنش های هیجانی برخوردار است. ناپایداری خلقی، عدم حساسیت اجتماعی، به مخاطره انداختن خود، نفرت از دیگران و جاذبه نسبت به چیزهای غیرمعمول به همراه حساسیت نسبت به مسائل جزئی و اضطراب بالا در فرد برون گرا مشاهده می شود و لذا این گروه، از انواع ناراحتی های جسمانی مانند؛ سردرد، کمردرد و مسائل هاضمه و مشکلات قلبی شکایت دارند [۳۳].

نتایج این پژوهش هم چنین نشان داد، بیماران دارای اختلال عروق کرونر قلب در مقایسه با افراد سالم در مقیاس گشودگی (O) نمرات پایین داشتند و این تفاوت معنی دار بوده است [۲۸-۲]. نتیجه این تحقیق با برخی از تحقیقات گذشته همسویی دارد. در تبیین یافته های فوق و با الهام از پژوهش های دیگر [۳۱-۳۲].، می توان بیان نمود، فقدان حمایت اجتماعی، خطر بیماری قلبی و مرگ های ناشی از اختلالات عروق کرونر را افزایش می دهد. به نظر می رسد، سطح بالای گشودگی و دریافت حمایت های اجتماعی،

سالام از منبع کنترل بیرونی تری بر خوردارند. از منظر روان‌شناسان، افرادی که منبع کنترل بیرونی دارند عصبی تر، مملو از کینه، بی اعتماد و تحریک پذیرترند اما افراد تحت تأثیر منبع کنترل درونی روی هم رفته سالم تر و مثمر ثمرتر می باشند. از نظر راهبردهای موثر بر تصمیم گیری، افراد دارای منبع کنترل درونی تمایل دارند راهبردهای خوب را حفظ کنند و راهبردهایی که به شکست منتهی می شود را کنار بگذارند [۲۸-۲۹].

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش های مربوط به حوزه علوم رفتاری و روانشناسی با محدودیت هایی مواجه بود که برای مثال می توان به استفاده از آزمودنی های در دسترس اشاره کرد که تعمیم پذیری نتایج را به گروه های دیگر با مشکل مواجه می سازد. بر این اساس پیشنهاد می شود که پژوهش های مشابه روی جوامع آماری گوناگون و با در نظر گرفتن سایر عوامل خطر ساز مهم در افراد دچار اختلال عروق کرونر قلب انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می شود در بررسی های آتی، در صورت امکان نمونه زنان و مردان نیز با یکدیگر مقایسه گردد و با اجرای پژوهش های طولی ثبات یا تغییر پذیری صفات شخصیتی و منبع کنترل بررسی شود.

سپاسگزاری

از مسولین محترم بیمارستان حضرت زهرا ی شهرستان ساری و کلیه بیماران عزیزی که به رغم مشکلات ناشی از بیماری در این پژوهش مشارکت نموده اند و با بذل توجه و دقت، پرسش نامه های پژوهش را تکمیل نموده اند،

واکنش به استرس را کاهش داده و از ریسک بیماری می کاهد [۳۳].

نتایج این پژوهش هم چنین نشان داد، افراد سالم در مقایسه با افرادی که دچار اختلال عروق کرونر قلب بودند در مقیاس توافق (A) نمرات بالاتری داشتند و این تفاوت معنی دار بوده است، نتیجه این تحقیق با برخی از تحقیقات گذشته همسویی دارد [۳۴]. می توان گفت که بیماران دارای اختلال عروق کرونر قلب به علت نمره توافق پذیری پایین تر در مقایسه با افراد سالم، از ساز و کارهای محافظه کارانه بیشتری استفاده نموده و به واسطه ترس از طرد، و به دلیل اضطراب بالا و سایر مشکلات روان شناختی، ممکن است از طریق عادت های غذایی ناسالم، کم تحرکی و مانند آن، زمینه ایجاد مشکلات مزمن را برای خود فراهم کنند و لذا مستعد تجربه بیشتر رویدادهای استرس زا می باشند و احتمال ابتلا به ناراحتی های جسمانی و مشکلات قلبی در آنان افزایش می یابد [۳۵]. نتایج این پژوهش نشان داد، بین افراد سالم و افرادی که دچار اختلال عروق کرونر قلب بودند در عامل شخصیتی وجدانی بودن تفاوت معنی داری مشاهده نشد [۲۹].

یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش؛ منبع کنترل بود. با توجه به نحوه نمره گذاری آزمون منبع کنترل، مبنی بر این که، آزمودنی هایی که نمره ۹ یا بیشتر بگیرند واجد منبع کنترل بیرونی و افرادی که نمره کمتر بگیرند دارای منبع کنترل درونی خواهند بود، به نظر می رسد بیماران مبتلاء به بیماری قلبی - عروقی نسبت به افراد

coronary pathophysiology and microcirculation developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines. *Eur Heart J*. 2019;28.

8. Menon V, Pillai AG, Satheesh S, Kaliamoorthy C, Sarkar S. Factor structure and validity of Type D personality scale among Indian (Tamil-speaking) patients with acute myocardial infarction. *Indian Journal of Psychiatry*. 2019;61(6):572.

9. Sumin A, Raikh O, Karpovich A, Korok E, Bezdenezhnykh A, Bokhan I, et al. Personality types in patients with atherosclerosis of different localization: prevalence and clinical features. *Klinicheskaia meditsina*. 2012;90(4):43-9.

10. André-Petersson L, Schlyter M, Engström G, Tydén P, Hedblad B. Behavior in a stressful situation, personality factors, and disease severity in patients with acute myocardial infarction: baseline findings from the prospective cohort study SECAMI (The Secondary Prevention and Compliance following Acute Myocardial Infarction-study). *BMC cardiovascular disorders*. 2011;11(1):45.

11. Gidron Y. Psychosocial Factors in Coronary Heart Disease. *Behavioral Medicine*. Springer; 2019. p. 59-80.

12. Daniélsdóttir HB, Jylhävä J, Hägg S, Lu Y, Colodro-Conde L, Martin NG, et al. Neuroticism as a predictor of frailty in old age: a genetically informative approach. *Psychosomatic medicine*. 2019;81(9):799-807.

13. Jonasson JM, Hendryx M, Manson JE, Dinh P, Garcia L, Liu S, et al. Personality traits and the risk of coronary heart disease or stroke in women with diabetes—an epidemiological study based on the Women's Health Initiative. *Menopause*. 2019;26(10):1117-24.

14. Žegura I, Bratko D, Jokić-Begić N, Ivanuša M. Differences in Personality Traits and the Influence of Personality Traits on the Development and Course of Coronary Heart Disease. *Cardiologia Croatica*. 2019;14(1-2):24-33.

15. Nero D, Agewall S, Daniel M, Caidahl K, Collste O, Ekenbäck C, et al. Personality traits in patients with myocardial infarction with nonobstructive coronary arteries. *The American journal of medicine*. 2019;132(3):374-81. e1.

16. Nowicki S, Duke MP. Foundations of locus of control. Perceived control: theory, research, and practice in the first. 2017;50:147-70.

صمیمانه سپاسگزاری می نمایم.

Reference

1. Sarrafzadegan N, Mohammadifard N. Cardiovascular Disease in Iran in the Last 40 Years: Prevalence, Mortality, Morbidity, Challenges and Strategies for Cardiovascular Prevention. *Archives of Iranian Medicine (AIM)*. 2019;22(4).

2. Zou H, Tian Q, Chen Y, Cheng C, Fan X. Coping styles mediate the relationship between self-esteem, health locus of control, and health-promoting behavior in Chinese patients with coronary heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017;32(4):331-8.

3. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2020:CIR.0000000000000757.

4. Rosengren A, Smyth A, Rangarajan S, Ramasundarahettige C, Bangdiwala SI, AlHabib KF, et al. Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *The Lancet Global Health*. 2019;7(6):e748-e60.

5. Gomez MA, Bairey Merz CN, Eastwood JA, Pepine CJ, Handberg EM, Bittner V, et al. Psychological stress, cardiac symptoms, and cardiovascular risk in women with suspected ischemia but no obstructive coronary disease (INOCA). *Stress and Health*. 2020.

6. Cyr S, Painchaud-Bouchard A-S, Marcil M-J, Rhainds D, Brouillette J, Cyr S, et al. Increased Risk of Coronary Heart Disease in Patients with Anxiety Disorders-A Review of Underlying Biomarkers. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*. 2019;23(1):17117-23.

7. Vaccarino V, Badimon L, Bremner JD, Cenko E, Cubedo J, Dorobantu M, et al. Depression and coronary heart disease: 2018 ESC position paper of the working group of

- and cardiovascular disease mortality: socioeconomic status modifies the risk in women (UK Health and Lifestyle Survey). *Psychosomatic medicine*. 2012;74(6):596-603.
27. Barlow DH, Ellard KK, Sauer-Zavala S, Bullis JR, Carl JR. The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*. 2014;9(5):481-96.
28. Li, Husheng, et al. "Association of demographics, cardiovascular indicators and disability characteristics with 7-year coronary heart disease incident in persons with disabilities." *BMC Public Health* 23.1 (2023): 1370.
29. Lefcourt HM. *Locus of control: Current trends in theory & research*: Psychology Press; 2014.
30. Pedersen, S. S., & Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Preventive Cardiology*, 10(4), 241-248.
31. Graven, L. J., Grant, J. S., Vance, D. E., Pryor, E. R., Grubbs, L., & Karioth, S. (2014). Coping styles associated with heart failure outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(2), 227-242.
32. Leventhal H, Weinman J, Leventhal EA, Phillips LA. Health psychology: The search for pathways between behavior and health. *Annu. Rev. Psychol.*. 2008 Jan 10;59:477-505.
33. Narita M, Tanji F, Tomata Y, Mori K, Tsuji I. The mediating effect of life-style behaviors on the association between personality traits and cardiovascular disease mortality among 29,766 community-dwelling Japanese. *Psychosomatic medicine*. 2020 Jan 1;82(1):74-81.
34. Eysenck HJ. Personality and stress as causal factors in cancer and coronary heart disease. In *Individual differences, stress, and health psychology* 1988 Jul 8 (pp. 129-145). New York, NY: Springer New York.
35. Leu H-B, Yin W-H, Tseng W-K, Wu Y-W, Lin T-H, Yeh H-I, et al. Impact of type D personality on clinical outcomes in Asian patients with stable coronary artery disease. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2019;118(3):721-9.
17. Georgescu D, Duiu A, Cheiban T, Mazilu T, Rotariu A, Toma D, et al. The relationship between locus of control, personal behavior, self-efficacy and resilience. *Romanian Journal of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis*. 2019;6(1-2).
18. Malekzadeh M, Hashemi Mohammad Abad N, Vazir S. Health Related Quality of Life, Perceived Stress, Depression, Perceived Social Support, Coping Strategies and Health Locus of Control in Patients with Gastrointestinal Cancer; A Path Analysis Study. *Journal of Clinical Care and Skills*. 2019;1(1):23-30.
19. Kesavayuth D, Poyago-Theotoky J, Zikos V. Locus of control, health and healthcare utilization. *Economic Modelling*. 2020;86:227-38.
20. Groth N, Schnyder N, Kaess M, Markovic A, Rietschel L, Moser S, et al. Coping as a mediator between locus of control, competence beliefs, and mental health: A systematic review and structural equation modelling meta-analysis. *Behaviour research and therapy*. 2019;121:103442.
21. akbari zardkhaneh saeed* yh, peyravi hamid, poursharifi hamid, zeinali shirin, sobhi gharamaleki naser, hassanabadi hamidreza, hamidpour hassan. psychometric properties of 5-dimension personality test (5dpt): an instrument for psychopathology assessments. *iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2015;20(4):326-38.
22. Moshki m GF, Hajizadeh A and Azadfallah P. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health*. 2007;7(295).
23. Elise B, Eynde SV, Egée N, Lamotte M, Van de Borne P, Carole F-H. Are trait emotional competencies and heart rate variability linked to mental health of coronary heart disease patients? *Psychological reports*. 2020:0033294119898116.
24. Friedman HS. Neuroticism and health as individuals age. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2019;10(1):25.
25. Jokela M, Pulkki-Råback L, Elovainio M, Kivimäki M. Personality traits as risk factors for stroke and coronary heart disease mortality: pooled analysis of three cohort studies. *Journal of behavioral medicine*. 2014;37(5):881-9.
26. Hagger-Johnson G, Roberts B, Boniface D, Sabia S, Batty GD, Elbaz A, et al. Neuroticism

زودآیند ویرایش نشده