رابطه‌ی بخشش و تیپ شخصیتی D با میزان امید در بین بیماران مبتلا به عروق کرونری در شهر ارومیه

دکتر علی عیسی زادگان [۱]، دکتر سیامک شیخی [۲]*، سیدرضا بنی‌هاشمی شیشوان [۳]، حمزه سلمان پور [٤]

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۰۷/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۱۰/۲۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: بسیاری از مطالعات نقش عوامل خطر ساز روان شناختی و رفتاری را در سبب شناسی و فیزیوپاتولوژی اختلالات قلبی –عروقی نشان داده است. پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین عوامل روان‌شناختی، تیپ شخصیتی D و بخشش با میزان امید در بین افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری می‌پردازد.

مواد و روش کار: بدین منظور ۱۳۲ نفر از مراجعه کنندگان به بیمارستان قلب سیدالشهدا، درمانگاه بیمارستان‌های امام خمینی، طالقانی و مطب‌های خصوصی شهر ارومیه با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده مقیاس تیپ شخصی D دنولت، مقیاس بخشش هرتلند و مقیاس امید اسنایدر بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی و رگرسیون گام به گام تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان داد که بین بخشش و امید رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد($r=۰/۳۸$ ،$p<۰/۰۱$). همچنین بین تیپ شخصیتیD و امید رابطه منفی و معنی‌داری و جود دارد ($r=-۰/۴۸$ ، $p<۰/۰۱$). بین تیپ شخصیتی D و بخشش نیز رابطه‌ی منفی و معنی‌داری بدست آمد ($p<۰/۰۱$ ، $r=-۰/۲۲$). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد متغیرهای بخشش و تیپ شخصیتی D، ۳۱/۱ درصد از واریانس متغیر امید را در بین بیماران مبتلا به عروق کرونری تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه گیری: نتایج این پژوهش ضرورت بازشناسی نقش دوعامل موثر روان‌شناختی بخشش و تیپ شخصیتی Dرا در میزان امید در بین بیماران مبتلا به عروق کرونری مورد تاکید قرار می‌دهد.

کلید واژه‌ها:تیپ شخصیتی D، امید، بیماران قلبی عروقی

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره دوم، پی در پی ۳۷، خرداد و تیر ۱۳۹۱، ص ۲۶۵-۲۵۵

آدرس مکاتبه: ارومیه دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه. صندوق پستی ۵۷۱۹۸-۴۸۳۷۵ ؛ تلفن : ۰۴۴۱-۳۳۶۲۰۰۸
Email:ali_issazadeg@yahoo.com

مقدمه

بیماری‌های عروقی کرونری(CHD)[۵]، یکی از عوامل اصلی مرگ و میر در اکثر کشورهای صنعتی بوده و برآورد شده است که مرگ و میر ناشی از این بیماری به ۲۳/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برسد (۱،۲). امروزه متخصصان قلب و عروق، عوامل جسمانی شناخته شده از جمله فشار خون بالا، سطح بالای کلسترول مضر (LDL)[۶] بیماری دیابت، کمبود فعالیت بدنی، چاقی و وراثت را با بروز بیماری‌های عروقی کرونری مرتبط می‌دانند. با این وجود شواهد حاکی از آن است که این موارد حداکثر ۵۰ درصد از بروز بیماری‌های عروقی کرونری را پیش بینی می‌کند (۳). پیشرفت‌های نوین پزشکی رفتاری توجه متخصصان روان شناسی تندرستی را به نقش عوامل غیر زیستی در بیماری‌های عروقی کرونری معطوف ساخته است. از جمله می‌توان به

---

[۱] استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه

[۲] استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

[۳] کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

[٤] کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی نقده

۵ Coronery heart disease (CHD)

٦ low density lipoprotein

شناخت‌های منفی، بدبینی و ناامیدی، عواطف منفی و تیپ شخصیتی و شناخت‌های مثبت مثل خوش بینی، امید واری و بخشش اشاره کرد. یکی از حالات ذهنی مثبت که در حوادث تنش زای زندگی نقش اساسی را ایفا می‌کند امید است. امید مانند دارونما دارای اثرات بیولوژیک بوده و می‌تواند روی کنترل درد و ناتوانی جسمی تاثیر مثبتی بگذارد (۴). امیدواری، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمن شناختی، کنار آمدن موثر و رفتار ارتقاء دهنده‌ی سلامتی را پیش بینی می‌کند (۵). اما نقطه مقابل آن ناامیدی می‌تواند بر سیستم‌های فیزیولوژیکی از جمله قلبی و عروقی و حتی تنفسی اثراتی منفی داشته باشد (۶).

در کل اغلب مشکلات تندرستی و سلامتی در بین افرادی که نمرات امید پایینی دارند بیماری قلبی است (۷) و افرادی که نمرات بالاتری در مقیاس امید دارند سازگاری روان شناختی بالا، نشانگان افسردگی کم‌تر و مهارت‌های حل مسئله بهتر و مهارت‌های مقابله ایی سازگارانه تری دارند (۸). مطالعات آینده نگر و گذشته نگر در مورد امید و امیدواری نشان می‌دهد که افراد امیدوار به هنگام رویارویی با رویدادهای استرس زای زندگی، کم‌تر دچار ضعف جسمانی یا افسردگی می‌شوند. امید یک ساختار شناختی - انگیزشی است که از تعامل دو مولفه ی کارگزار[1] (عامل) موفق و گذرگاه‌ها[2] (قدرت برنامه ریزی راه‌های گوناگون برای رسیدن به هدف) به وجود می‌آید (۹). افراد امیدوار در زندگی گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانعی برخورد می‌کنند می‌توانند انگیزه خود را حفظ کنند و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند (۱۰).

در خصوص افراد مبتلا به بیماری‌های عروقی کرونری عواملی می‌تواند میزان امیدواری آنان را تحت تاثیر قرار دهد. یکی از این عوامل تیپ شخصیتی است. افرادی هستند که در آن‌ها صفاتی مانند تلاش برای انجام بیشترین کار در کم‌ترین زمان ممکن، پرخاشگری، جاه طلبی، رقابت جویی دائمی، عدم بردباری که به الگوی رفتاری تیپ A معروف هستند با افزایش خطر بیماری‌های قلبی مواجهند (۱۳-۱۱). علاوه بر این یک نوع تیپ شخصیتی که اخیراً به عنوان پیش بینی کننده در بیماری‌های عروقی کرونری مطرح شده است، تیپ شخصیتی D[3] است. یک الگوی رفتاری که در آن افراد هیجان‌های منفی زیادی مثل افسردگی، خشم، خصومت، اضطراب را تجربه می‌کنند و در عین حال از ابراز آن خودداری می‌کنند (۱۴). در این الگوی رفتاری دو ویژگی وجود دارد: الف) عواطف منفی [4]که تمایل فرد به تجربه احساسات منفی در اوقات و موقعیت‌های مختلف است و افراد با نمره بالا در این مولفه بیشتر احساس دل گرفتگی [5]، اضطراب و تحریک پذیری تجربه می‌کنند. این افراد نسبت به خود دارای دیدگاه منفی بوده و بیشتر به درد سرهای دنیا توجه دارند (۱۵)؛ ب)بازداری اجتماعی[6] اجتماعی[6] که به تمایل فرد به اجتناب از هیجانات منفی در تعاملات اجتماعی اشاره دارد وافراد با نمرات بالا در این ویژگی هنگام تعامل با دیگران احساس بازداشته شدن، تنش و عدم امنیت می‌کنند (۱۶). افراد با عاطفه منفی و بازداری اجتماعی غالباً مبتلا به افسردگی، تنش مزمن، خشم، بدبینی، حمایت اجتماعی پایین و سطح پایین بهزیستی هستند (۱۷). به عنوان نمونه، بالا بودن فشار خون با بازداری اجتماعی و پایین بودن ضربان نبض با عاطفه منفی بین مردان گزارش شده است (۱۸).

از جمله عامل روان شناختی بسیار مهم و موثر دیگر که با بروز و تشدید بیماری‌های عروقی کرونری رابطه دارد و می‌تواند در شناخت‌واره امید آن‌ها اثر گذار باشد کینه و میل به انتقام است که نقطه مقابل آن بخشش است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند در طی تصویرسازی ذهنی از کینه توزی فشار خون سیستولیک(SBD)[7] و

[1] agency
[2] pathways

[3] D type personality
[4] negative affectivity
[5] dysphoria
[6] social inhibition
[7] Systolic

و دیاستولیک (DBP)[1] به طور معنی‌داری افزایش پیدا می‌کند (۱۹). همچنین خشم موجب افزایش ترشح گلوکورتیکوئید[2]، تنش ماهیچه ایی و تحریک سیستم اعصاب سمپاتیک می‌شود (۲۰). نتایج حاکی از این است که سطوح بالای خشم و خصومت با فشار خون بالا، رسوب ناهنجار کلسیم در دیواره‌های عروق کرونر و با فعالیت بیشتر پلاکت‌های خون که نقش مهمی درانسداد و عروق کرونر دارند نیز ارتباط دارد (۲۱). همچنین ابراز مستقیم خشم در مردان مبتلا به بیماری‌های عروقی کرونری و سرکوب آن با افزایش فشار خون در ارتباط است (۲۲).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند اگر کینه وخشم توام با عفو و گذشت به معنای واقعی باشد با سلامتی در ارتباط خواهد بود. بخشش را چشم پوشی ارادی از حق عصبانیت و انزجار از عمل ارتکابی زیان‌آور تعریف کرده‌اند (۲۳). البته بخشش، آشتی، چشم‌پوشی از یک عمل آزارنده، فراموشی، تبرئه و موجه جلوه دادن نیست (۲۴)، بلکه فرایند کاهش هیجانات مبتنی بر آزردگی ودر واقع تغییر در تجارب هیجانی است. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد افراد با نمرات بالا در مقیاس بخشش، نشانگان بیماری جسمانی کم‌تر، مصرف کم دارو، کیفیت خواب بهتر و خستگی کم‌تر را گزارش کرده‌اند (۲۵). تحقیقات همچنین نشان می‌دهند کسانی که می‌توانند ببخشند، شادخو هستند (۲۶). براساس یک مدل عصب شناختی، چهار هیجان خشم، آزردگی، گناه و ترس از طریق بخشیدن متوقف می‌شود (۲۷). مهم‌ترین تاثیر بخشش بر سلامت روانی، کمک به بهبود کیفیت ارتباطات و مناسبات بین فردی است. بخشش، نواحی ازمغز را فعال می‌سازد که با کاهش استرس و افزایش سازگاری مرتبط است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد بخشش با کاهش کورتیزول، کاهش فشار خون و با کاهش تنش ماهیچه‌ها رابطه دارد (۲۸). پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند بخشش با دو متغیر دیگر خوش بینی و امید نیز رابطه دارد (۲۹). بر اساس آنچه که مطرح شددر خصوص بروز بیماری عروق کرونری تنها عوامل فیزیولوژیکی دخیل نیستند بلکه با توجه به مطالعات انجام شده عوامل روان‌شناختی و به ویژه هیجان‌ها و شناخت‌های منفی از جمله عوامل همراهی کننده‌ی معنی‌دار بیماری‌های کرونری قلب می‌باشند؛ لذا ضروری می‌نماید این موارد مورد بررسی قرار گیرد. بررسی عوامل اثرگذار غیرفیزیولوژیک و شناسایی آن ها در خصوص بیماری عروقی کرونری در راستای همان شعار همیشگی پیشگیری بهتر از درمان خواهد بود. هدف این مطالعه بررسی عوامل و متغیرهای روان شناختی بخشش و تیپ شخصیتی D با میزان امید در بین بیماران مبتلا است. لذا هدف اصلی پژوهش پاسخ دادن به سوالات زیر است:

آیا بین بخشش و تیپ شخصیتی Dبا میزان امید در بین بیماران مبتلا به عروق کرونری رابطه یی وجود دارد؟

بخشش و تیپ شخصیتی D چه مقدار از میزان امید را در بین بیماران مبتلا به عروق کرونری می تواندپیش بینی کند؟

موارد و روش کار

این پژوهش با توجه به ماهیت موضوع تحقیق و از نظر هدف از نوع مطالعات توصیفی –تحلیلی به روش پس رویدادی است و از نظر کنترل متغیرها تحقیق غیرآزمایشی می باشد. در شرایطی که اجرای متغیر آزمایشی و کنترل آزمایشی آن ها مسیر نیست، تحقیق پس رویدادی روش مناسبی می‌باشد. در این پژوهش بخشش، تیپ شخصیتی D به عنوان متغیرهای پیش بین و میزان امید در بین بیماران عروقی کرونری به عنوان متغیر ملاک است. جامعه آماری این پژوهش کلیه‌ی بیماران عروق کرونری است که در بهار سال ۹۰ به بیمارستان‌های قلب سیدالشهداء، و درمانگاهای قلب بیمارستان های امام خمینی و طالقانی و مطب های خصوصی در شهر ارومیه مراجعه کرده بودند. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۱۳۲ بیمار (۷۲ نفر زن و ۶۰ نفرمرد) بود که به روش نمونه‌گیری

[1] diastolic
[2] glucocorticoid

در دسترس انتخاب شدند. بیمارانی انتخاب شدند که حداقل سه سال دارای تشخیص قطعی در بیماری عروق کرونری، حداقل سواد سیکل و دامنه‌ی سنی بین ۲۵ تا ۵۵ سال داشتند. بیماران دارای شرایط حاد مانند بیماران دارای نارسایی شدید قلبی، درد شدید قلبی و بیمارانی که قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند در نمونه‌ی پژوهش قرار نگرفتند. میانگین و انحراف معیار سنی بیماران زن به ترتیب برابر با ۴۲ و ۸/۲۳ سال و میانگین وانحراف معیار سنی بیماران مرد به ترتیب برابر با ۳۹/۲ و ۷/۹۳ سال و میانگین کل آزمودنی‌ها به ترتیب برابر با ۴۰/۱۷ سال و ۸/۱۱ بود.

ابزار و مقیاس‌های به کار رفته در این پژوهش عبارت بودند از:

-چک لیست ویژگی‌های دموگرافیک شامل سن، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلی، شغلی و سابقه‌ی بیماری؛

مقیاس امید(HS)[1]: این مقیاس جهت تعیین میزان امید بزرگسالان توسط اسنایدر[2] تدوین شده است. دارای ۱۲ گویه است که هشت گویه آن مورد استفاده قرار می گیرد. از این هشت گویه چهار گویه مربوط به مولفه کارگزار و چهار گویه ی آن مربوط به مولفه گذرگاه است. شیوه‌ی نمره گذاری آن به این صورت است که آزمودنی با استفاده از یک مقیاس پنج درجه‌ایی لیکرتی توافق خود را با هر یک از گویه‌ها نشان می‌دهد. اسنایدر، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۶ و برای مولفه‌ی کارگزار ۰/۸۲ و مولفه‌ی گذرگاه ۰/۸۴ گزارش کرده است (۱۰). کاشدن و همکاران[3] (۳۰) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برای کل مقیاس و برای مولفه‌های کارگزار و گذرگاه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۶۶ گزارش کرده اند. در ایران پایایی این مقیاس بر روی ۱۰۰ نفر دانشجو محاسبه شده و ضرایب آلفای کرونباخ برای مولفه کارگزار و گذرگاه به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۶۷ گزارش شده است از لحاظ اعتبار و روایی این مقیاس همبستگی مثبتی با اندازه‌های عاطفی مثبت، خوش بینی و رضایت از زندگی، عزت نفس و برون گرایی داشته و برعکس با عاطفه منفی، اضطراب و بدبینی همبستگی منفی دارد (۳۱). در این پژوهش برای کل مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۵۳ و برای دو مولفه کارگزار و گذرگاه به ترتیب ۰/۷۳و ۰/۶۹ به دست آمد.

مقیاس بخشش هرتلند (HFS)[4]: توسط تامپسون و همکاران[5]، ساخته شده است (۳۲). و برای اندازه گیری سطح بخشودگی فرد با ۱۸ گویه به کار می رود. یک مقیاس از نوع لیکرتی هفت درجه‌ایی است و سه زیر مقیاس دارد. بخشش خود[6]، دیگران[7] و شرایط[8]. نمرات بالا در هر زیر مقیاس بیانگر سطح بالاتر بخشش در در هر زیر مقیاس است. این آزمون چهار مولفه بهزیستی روان شناختی (خشم، اضطراب، افسردگی و رضایت از زندگی) را پیش‌بینی می‌کند. پایایی آزمون برای کل مقیاس ۰/۸۱، برای بخشش خود ۰/۶۴، دیگران ۰/۷۹ و شرایط ۰/۷۹ گزارش شده است (۳۳). در سایر پژوهش ها دامنه‌ی آلفای کرونباخ از ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ نیز گزارش شده است (۳۴). از لحاظ اعتبار و روایی این مقیاس همبستگی مثبتی با اندازه‌های رضایت از زندگی داشته و بر عکس با اندازه های نشخوار ذهنی همبستگی منفی دارد. در این پژوهش پرسش نامه به فارسی ترجمه و سپس توسط اساتید ادبیات و زبان انگلیسی و دو نفر از همکاران روان شناسی مورد بازبینی قرار گرفت. در مرحله بعد نسخه‌ی ترجمه شده توسط یکی از دانشجویان کارشناسی ارشد زبان انگلیسی به صورت مجدد به انگلیسی برگردانده شد که به این روش ترجمه مضاعف می‌گویند. در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۶۵ و برای سه مولفه بخشش خود، دیگران و شرایط به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۵۷، ۰/۵۴ بدست آمد. *مقیاس تیپ شخصیتی D*[9]: این

[1] Hope Scale
[2] Synder
[3] kashdan and et al.
[4] heartland forgiveness scale (HFS).
[5] Thompson and etal
[6] self-forgiveness
[7] other – forgiveness
[8] situation forgiveness
[9] Type D Scale

مقیاس ۱۴ گویه دارد که دو ویژگی شامل عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را ارزیابی می‌کند (۳۵). هفت ماده مربوط به عاطفه منفی و هفت ماده مربوط به بازداری اجتماعی است. هر آزمودنی بر اساس یک مقیاس پنج گزینه‌ایی (درست، نسبتاً درست، نه درست نه نادرست، نسبتاً نادرست، نادرست) به هر ماده پاسخ می‌گوید. این گزینه‌ها بر اساس مقادیر (۴)، (۳)، (۲)، (۱)، (۰) نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس به ترتیب ۱۴ و ۵۶ است. آلفای کرونباخ خرده مقیاس عاطفی منفی ۰/۸۸ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۶ و ضریب اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A، ۰/۶۳ گزارش شده است (۳۶). در پژوهش‌های داخلی، همسانی درونی برای خرده مقیاس های عاطفی منفی و بازداری اجتماعی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۶۹ گزارش شده است (۳۷). در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی آزمون برای کل آزمون و خرده مقیاس های عاطفی منفی و بازداری احتماعی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۵۳ بدست آمد.

برای جمع‌آوری اطلاعات به بیمارستان قلب سید الشهدا درمانگاه‌های قلب و عروق بیمارستان‌های امام خمینی، طالقانی و سه مطب خصوصی در شهر ارومیه مراجعه و بعد از هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی و مسئولین بیمارستان‌ها و منشی مطب‌های خصوصی آزمودنی‌ها انتخاب شدند. پس از بیان اهداف تحقیق و جلب رضایت و ایجاد ارتباط با بیماران و همراهان آنان آزمون های بخشش، امید و تیپ شخصیتی به ترتیب در اختیار بیماران قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که به دقت سوالات را مطالعه نموده و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب نمایند و سوالی را تا حد امکان بی جواب نگذارند. انجام این پژوهش چهار ماه طول کشید. لازم به ذکر است که تکمیل پرسش‌نامه ها به صورت انفرادی در محل بیمارستان و مطب خصوصی انجام شد. داده‌های جمع آوری شده حاصل از آزمون‌ها با استفاده از روش های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری (گام به گام) با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها

همان طور که ملاحظه شد نمونه‌ی مورد مطالعه ۱۳۲ نفر بوده است که ۴۶ درصد (۶۰ نفر) از بیماران مرد ۵۵ درصد آن‌ها (۷۲نفر) زن بودند. ۱۹ درصد (۲۵نفر) آزمودنی‌ها مجرد و ۸۰/۳درصد (۱۰۶نفر) متاهل بودند. ۵۸/۳ درصد آن ها (۷۷نفر) زیر دیپلم و دیپلم، ۳۳ درصد (۴۳نفر) لیسانس و ۹/۱ درصد (۱۲نفر) تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بودند. ۷۵ درصد (۹۹نفر) شاغل و ۲۴/۲ درصد (۳۲نفر) بیکار بودند. ۳۶/۴ درصد (۴۸نفر)سابقه بستری و ۶۴ درصد (۸۴ نفر) سابقه بستری نداشتند ولی بین ۸-۶ سال سابقه بیماری عروقی کرونری داشتند و همه‌ی این بیماران دارو مصرف می کردند. ۵۸/۳ درصد (۷۷) نفر دردامنه ی سنی بین ۴۰-۲۶ سال و ۴۲ درصد (۵۵نفر) در دامنه‌ی سنی بین ۵۵-۴۱ سال بودند. در جدول ۱ مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها بر حسب نمره امید، بخشش و تیپ شخصیتی بیماران مبتلا به عروق کرونری آمده است:

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار نمره‌های بیماران مبتلا به عروق کرونری برحسب امید، بخشش و تیپ شخصیتی

شاخص / متغیر	میانگین	انحراف معیار
امید (کل)	۴۹/۸۶	۷/۲۲
کارگزار	۲۴/۰۵	۱۴/۲۵
گذرگاه	۲۵/۸۱	۳/۸۱
بخشش (کل)	۶۰/۸۹	۱۰/۱۵
بخشش خود	۲۱/۰۳	۳/۷۰
بخشش دیگران	۱۹/۶۴	۵/۰۷
بخشش شرایط	۲۰/۲۱	۴/۵
تیپ شخصیتی D	۲۸/۵۱	۸/۹
عاطفه منفی	۱۵/۶۹	۵/۹۷
بازداری اجتماعی	۱۲/۸۳	۴/۵۵

برای تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های پژوهشی ابتدا از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که به تفکیک در جدول ۲ و ۳ نتایج مربوط به ضرایب همبستگی بین متغیر بخشش و میزان امید و تیپ شخصیتی با میزان امید آمده است.

جدول شماره (۲): نتایج آزمون همبستگی بین نمره بخشش و میزان امید در بین بیماران مبتلا به عروق کرونری

متغیر	بخشش خود	بخشش دیگران	بخشش شرایط	بخشش (کل)
امید(نمره کل)	۰/۲۶ **	۰/۱۹ *	۰/۴۴ **	۰/۳۸**
کارگزار	۰/۲۱ **	۰/۱۵ *	۰/۴۰**	۰/۳۳**
گذرگاه	۰/۲۴ **	۰/۱۹ *	۰/۳۹**	۰/۳۵**

** P<۰/۰۱

* P<۰/۰۵

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بین بخشش با نمره کل و مولفه های آن به طور جداگانه با متغیر امید و مولفه‌های آن همبستگی مثبت(r =۰/۳۸) معنی‌دار در سطح P< ۰/۰۱ وجود دارد. این دو متغیر ۱۴ درصد واریانس مشترک دارد. با توجه به رابطه مثبت بین امید و بخشش می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش بخشش نمره امید نیز بالا می‌رود.

جدول شماره (۳): نتایج آزمون همبستگی بین نمره تیپ شخصیتی D و میزان امید در بین بیماران مبتلا به عروق کرونری

متغیر	عاطفه منفی	بازداری اجتماعی	تیپ شخصیتی (کل)
امید(نمره کل)	-۰/۵۵ **	۰/۳۲ **	-۰/۴۸**
کارگزار	-۰/۵۲ **	-۰/۲۱ **	-۰/۴۶**
گذرگاه	۰-/۴۶ **	-۰/۱۸ **	-۰/۴۰**

** P<۰/۰۱

* P<۰/۰۵

نتایج آزمون همبستگی پیرسون در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین تیپ شخصیتی Dبا نمره کل و مولفه های آن به طور جداگانه با متغیر امید و مولفه های آن همبستگی منفی(r=۰-/۴۸) معنی‌داری در سطح P< ۰/۰۱ وجود دارد. این دو متغیر ۲۳ درصد واریانس مشترک دارند. با توجه به رابطه منفی بین تیپ شخصیتی D و امید می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش در تیپ شخصیتی D نمره امید کاهش می‌یابد. جهت بررسی تاثیر متغیرهای پیش بینی (بخشش و تیپ شخصیتیD) در تبیین واریانس امید، متغیرهای پیش بین وارد معادله‌ی رگرسیون (به شیوه‌ی گام به گام) شدند که نتایج آن در جدول ۴ و ۵ مشاهده می‌شود.

جدول شماره(۴): خلاصه مدل رگرسیون گام به گام تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون میزان امید از روی متغیرهای مورد پژوهش

مدل	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	R	R^2	خطای برآورد
گام ۱	تیپ شخصیتیD	۱۵۷۵/۸۲	۱	۱۵۷۵/۸۲	۳۹/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱	۰/۲۳۱	۰/۲۳۱
گام ۲	تیپ شخصیتی D و بخشش	۲۱۱۸/۵۲	۲	۱۰۵۹/۲۵	۲۹/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵۷	۰/۳۱۱	۰/۰۸

جدول شماره(۵): جدول ضرایب رگرسیون امید از روی متغیرهای بخشش و تیپ شخصیتی D

گام	متغیر	ضریب رگرسیون	خطای معیار	Beta	نسبت t	سطح معنی‌داری
اول	تیپ شخصیتیD	-۰/۳۹۰	۰/۰۶۲	-۰/۸۴۱	-۶/۲۵	۰/۰۰۱
دوم	تیپ شخصیتی D و بخشش	-۰/۳۳۷	۰/۰۶۱	-۰/۴۱۶	-۵/۵۵	۰/۰۰۱
		۰/۲۰۶	۰/۰۵۳	۰/۲۸۹	۳/۸۶	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ معادله رگرسیون نشان می‌دهد تیپ شخصیتی D و بخشش رابطه معنی‌داری با میزان نمره‌ی امید دارند (p<۰/۰۰۱، F=۲۹/۰۵ ، df=۲، R=۰/۵۵۷). این متغیرها در مجموع ۳۱/۱ درصد از واریانس امید را پیش بینی می‌کنند (R^2=۰/۳۱۱). بر اساس جدول ۵ در این تحلیل، تیپ شخصیتی D و پس از آن بخشش، قوی‌ترین متغیرهای پیش بینی کننده امید هستند. تیپ شخصیتی D به صورت منفی و معنی‌دار (B=-۰/۳۳۷، p<۰/۰۰۱) و بخشش به صورت مثبت و معنی‌دار (B=۰/۲۰۶، p<۰/۰۰۱) میزان نمره‌ی امید را در بین بیماران مبتلا به عروق کرونری پیش بینی می‌کند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی بین بخشش، تیپ شخصیتی D با میزان امید در بین بیماران عروق کرونری صورت یافته است. در خصوص سوال اول که آیا رابطه یی بین بخشش، تیپ شخصیتی D با میزان امید در بین بیماران عروقی کرونری وجود دارد؟ نتایج نشان داد که بین بخشش و امید رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. بدین‌معنی که با افزایش میزان بخشش، میزان امید نیز در بین بیماران عروقی کرونری افزایش می‌یابد. نتایج یافته پژوهش حاضر با یافته‌های حسینیان و همکاران، ستوده اصل و همکاران، ویتولیت، ورثینگتون و همکاران (۱۹،۲۰، ۶، ۴) هماهنگی دارد. آن‌ها نیز ضمن پژوهش خود به این نتیجه رسیدندکه در خصوص سلامتی و بیماری به ویژه در مورد بیماری‌های عروقی کرونری هیجان‌ها و شناخت‌واره‌های منفی و مثبت خشم، آزردگی و عدم کینه توزی، گذشت و بخشش از جمله عوامل موثر روان شناختی هستند.

بخشش، افکار و احساسات ناخوشایند را تسهیل می‌کند و موجب تغییر دید بد بینانه به یک دید همدلانه می‌شود. همچنین بخشش موجب تسهیل در افسردگی، اضطراب و بی اعتمادی نیز می‌شود (۳۸). از جمله فواید روان شناختی بخشش کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت است. بخشش تعارض‌های ناشی از دلبستگی را حل کرده و از سرکوبی جلوگیری می‌کند و موجب افزایش اطمینان به نفس و امید می‌شود(۳۹). غمگینی، خشم و بر انگیختگی را کم‌تر کرده، خودکارآمدی را بالا برده و موجب یک حس تعالی هشیار می‌شود (۴۰). بخشش با بهزیستی معنوی و وجودی نیز در ارتباط است (۴۱). به زعم کاپلان، بخشش یک پادزهر مهم خصومت محسوب می‌شود (۲۰).

یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش رابطه‌ی منفی بین تیپ شخصیتی D با بخشش و میزان امید در بین بیماران عروقی کرونری بود. یکی از ویژگی‌های برجسته ی تیپ شخصیتی D وجود عواطف منفی و ناتوانی در ابراز آن است. فرد احساسات منفی را در اوقات و موقعیت‌های مختلف دارد ولی توانایی ابراز گری آنها را ندارد. خشم، تنش مزمن، بدبینی از جمله ویژگی‌هایی است که برای این سنخ شخصیتی مطرح ساخته اند و جالب توجه است که شیوع این تیپ شخصیتی بین ۲۶ تا ۵۰ درصد در بین بیماران عروقی کرونری گزارش شده است. خشم، تنش مزمن و بدبینی از

جمله وجوه روان رنجورخویی بوده و این روان رنجوری نیز مانع ثابت بخشش محسوب می‌شود. نتایج این یافته با یافته‌های نریمانی واحدی (۴۱) همسو نیست. آنها در پژوهش خودنشان دارند که بین افراد با و بدون تیپ شخصیتی D در بخشش تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این عدم هم سویی را می توان تفاوت در نمونه های بالینی این پژوهش با نمونه های غیر بالینی پژوهش آنان توجیه کرد. پژوهش‌ها نشان داده است احساسات کنترل شخصی سلامتی را تسریع می کند و احساس محدودیت‌هایی در مواجهه با تنیدگی به آسانی منجر به احساس ناامیدی می شود. افراد با نمرات پایین در بخشش و نمرات بالا در تیپ شخصیD ممکن است احساسات کنترل شخصی پایین داشته و محدودیت‌هایی را در گذرگاه‌های خود جهت رسیدن به هدف داشته باشند که این نیز منجر به پایین آمدن نمره امید در آنان می شود. نتایج یافته پژوهش حاضر در کل نشان می دهد بخشش و تیپ شخصیتی D، ۳۱/۱ درصد از واریانس امید را در بین بیماران عروقی کرونری تبیین می کند. رابطه‌ی منفی تیپ شخصیتی D با میزان امید و با میزان بخشش را می‌توان چنین بحث کرد که افراد با عاطفه منفی و بازداری اجتماعی چیزی را که بیشتر ازهمه از دست می‌دهند حمایت‌های اجتماعی، عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری است. افراد با این دو ویژگی آشفتگی بیشتر، اضطراب، تحریک پذیری، نگرانی و دید منفی نسبت به خود، دنیا و دیگران پیدا کرده و بیشتر بدبین می شوند و این نیز منجر به از دست دادن روابط اجتماعی و حمایت‌های عاطفی می شود. جالب توجه است که تحقیقات نشان می دهد بین حمایت اجتماعی و امید واری نیز رابطه وجود دارد. در واقع اساس امیدواری بر پایه حمایت اجتماعی اطرافیان و بستگان شکل می‌گیرد (۷).

در این پژوهش دیده شد که هر چه نمره تیپ شخصیتی D یعنی عاطفه منفی و بازداری اجتماعی بالا است میزان امید در بین بیماران عروقی کرونری پایین می باشد. این یافته با یافته‌های شیررووبریچ (۴۲) همسو است. آنان نیز نشان دادند که خصوصیاتی چون خشم، خصومت، هیجانات سرکوب شده، افسردگی، بدبینی با ابتلا به بیماری قلبی عروقی همبستگی مثبت دارند. به نظر می‌رسد این می‌تواند در نوع شناخت‌واره‌های فرد مبتلا به بیماری‌های عروقی کرونری یا بر اساس تئوری امید اسنایدر در عامل و یا کارگزار (فرد مبتلا به بیماری‌های عروقی کرونری) اثرگذار باشد و گذرگاه‌های کمی را در رسیدن به هدف پیش روی آنان قرار دهد و این باعث ناامیدی شده و موجب تشدید در بیماری‌های عروقی کرونری ً شود. یکی از عوارض منفی این ناامیدی بر روی سیستم فیزیولوژیکی از جمله سیستم عروقی است (۲۴). افراد ناامید چون به یک شیوه منفی انتظار پیامدهای منفی را دارند از لحاظ سلامتی فیزیکی پایین بوده و سلول‌های ایمنی لنفوسیت‌های T کم‌تری خواهند داشت بر این اساس سازگاری پایین، مهارت های حل مسئله ضعیف و مقابله‌ایی ناسازگارانه از خود نشان خواهند داد.

با توجه به مطالعات انجام شده و پژوهش حاضر می‌توان خاطر نشان کرد که عوامل روان‌شناختی و به ویژه هیجان‌های منفی، یک همراهی کننده معنی‌دار بیماری های کرونری قلب می‌باشد و در کنار مداخلات طبی، مداخلات روان‌شناختی ویژه هم برای پیشگیری و هم برای باز توانی بیماران مبتلا به بیماری‌های عروقی کرونری الزامی است. از جمله در این زمینه به آموزش مهارت‌های مقابله ای اجتماعی، حمایت‌های هیجانی، روان درمانی بین فردی و سایر فنون کاهش تنیدگی می توان اشاره کرد. با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش به سه بیمارستان دولتی و سه مطب خصوصی و بررسی بیماران در مقطعی از زمان می‌بایست در تعمیم یافته‌ها احتیاط کرد. همچنین از آن‌جا که این بررسی فقط بر روی بیماران عروقی کرونری بوده است نمی‌توان نتایج را به کل بیماران قلبی عروقی تعمیم داد. استفاده بیماران از دارو ها نیزاحتمال نتایج را تحت تاثیر قرار داده است که می‌بایست مورد توجه قرار گیرد. از محدودیت های دیگر، گردآوری داده ها با روش نمونه گیری در

دسترس است که از توان تعمیم دهی نتـایج مـی‌کاهـد. در پایـان پیشنهاد می شود با توجه به این‌که این مطالعه گذشته نگر بـوده و بررسی‌های آینده‌نگر و قبل از شروع بیماری کرونـر قلـب، لازم بـه نظر می‌رسد و می‌تواند به شـناخت بهتـر عوامـل روان شـناختی و نقش آن‌ها در ایجاد بیماری قلبی کمک کند. پیشنهاد می‌شود کـه در پژوهش‌های آینده علاوه بر بیمارستان‌های دولتی از سایر مراکز درمانی برای جمع‌آوری نمونه و گردآوری اطلاعات اسـتفاده شـود. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های مداخله‌ای جهت ارتقاء امید، بخشودگی و مثبت اندیشی به همراه با روش های فیزیکی در خصوص بیماری عروقی کرونری مورد مقایسه و پژوهش قرار گیرد.

تشکر و قدر دانی

با حمد و ثنـا، در پایـان از کلیـه‌ی بیمـاران مبـتلا بـه عـروق کرونـری، پرسـتاران و کـادر بیمارسـتان‌هـای تخصصـی قلـب سیدالشهداء، امام خمینی و طالقانی و از اساتید محترم آقایان دکتر سقط فروش، دکتر خادم وطن و دکتر حسین زاده متخصصین قلب و عروق استان که در این پژوهش با ما همکاری داشتند صـمیمانه نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

References:

1. Khoosfi H, Monirpoor N, Birashk B, Pighambari M. A comparative study of personality factors, stressful life and social support in coronary heart patients and non patients. Contemp Psychol 2007; 3: 41-8.(Persian)
2. Paikkonen K. Psychological aspects of cardiovascular disease. Int J Behar Med 2009; 16: 195-6.
3. Akbari M, Mahmood Aliloo M, Aslanabadi N. effects of negative emotions, social inhibition and role of gender factor on development of coronary heart disease. Psychol Stud 2008; 4(1):71-86.(Persian)
4. Hoseinyan E, Soudani M, Mehrabzadeh Honarmand M. Efficacy of group logotherapy on cancer patient's life expectation. J Behav Sci 2009; 3(4): 287-92. (Persian)
5. Ebadi N, Faqihi A. A glance at positive thinking and the way it effects to increase the hope for life in the windows living in Ahwaz; with the emphasis on the qur'anic teachings. Psychol Religion 2010; 3(2):61-74.(Persian)
6. SotodehAsl N, Neshat Dust HT, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. Comparison of effectiveness of two methods of hope therapy and drug therapy on the quality of life in the patients with essential hypertension. J Clin Psychol 2010; 1(5): 27-34. (Persian)
7. Khodapanahi MK, Sedghpoor BS, Asghari A, Harrirchi I, Katibaei J. The structural relationships between social support and hope in patients with cancer. J Psychol 2010; 14:284-98. (Persian)
8. Geiger KA, Kwon P. Rumination and depression symptoms: evidence of moderating role of hope. Pers Indiv Differ 2010; 49:391-5
9. Snyder CR. Handbook of hope. Orlando FI. Academic Press, 2000
10. Snyder CR. The will and the ways. Development and validation of an individual differences measure of hope. J Pers Soc Psychol 1991; 60:570-85.
11. Friedman M, Thoresen CE, Gill JJ. Alteration of type A behavior and it's effects on cardiac recurrences in past myocardial infection patients: summary results of recurrent coronary prevention project. Am Heart J 1986; 112: 653-62.
12. Chesney MA, Rosenman RH. Specificity in stress models. Examples drawn from type A behavior. In:CL Cooper(Ed). Stress Research. New York: John Wiley and Sons; 1983.
13. Matthews KA, Haynes SG. Type A behavior pattern and coronary disease risk. Update and critical evaluation. Am J Epidemiol 1986; 123 (6); 923-60.
14. Denollet J, Rombouts HS. Negative affectivity and social inhibition: pervasive influence on self-reported

mood, health and coronary prone behavior. Psychosomat Med 2001, 53, 538-56.

15. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. Psychosom Med 2005; 67(1): 89-97
16. Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. Eur J cardiovase Prev Rehabi 2003; 10(4): 241-8.
17. Schiffer AA, Pavan A, Pedersen SS, Gremigni P, Sommaruga M, Denollet J. Type D personality and cardiovascular disease: evidence and clinical implication. Minera Psychiatra 2006 ; 47:79-87
18. Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocnhe reactivity to acute stress. J Psychosom Res 2003; 235-45.
19. Witvllet C. Unforgiveness, forgiveness and justice scientific finding on feeling and physiology. In E.L. Worthington (Eds). Handbook of forgiveness.New York: Routledge; 2007. P. 305-19.
20. Worthington JrEL, Witvllet C, Pietnhi P, Miller AJ. Forgiveness, health and well-being: a review of evidence for emotional versus decisional forgiveness, dispositional forgiveness, and reduced unforgiveness. J Behav Med 2007; 30: 291-302.
21. Fredrilsson M. Hostility and sex differences in the magnitude, intensity and expression in patients with coronary heart disease .International Journal psychophysiology 2004; 60: 274-93.
22. Shapiro J, Kolodner KB, Spire A. negative effect, gender and expressive style predict elevated ambulatory blood pressure .J Behav Med 2003; 60. P. 596-605.
23. Lawler-Row KA, Piferi L. The forgiving personality: describing a life well lived? Pers Indiv Differ 2006; 41: 1009-20.
24. Wade NG, Bailey DC, Shaffer P. Helping client's heal: does forgiveness make a difference? Prof Psychol Res Pract 2005; 36(6): 634-41.
25. Recine AC, Wener JS, Recine L. health promotion through forgiveness intervention. J Holist Nurs 2009;27(2):115-23.
26. Walker DF, Gorsuch RL. Forgiveness within the Big-five personality model. Pers Indiv Differ 2002; 32: 1127-37.
27. Clark AJ. Forgiveness: a neurological model. Med Hypotheses 2005; 65: 649-54.
28. Hamidi-pur R. Investigating the effect of group consultation based on forgiveness on marital consent. Psychol Relig 2010; 3(1): 107-23.(Persian)
29. Yessldyk R, Matheson K, Anisman H. Rumination: bridge a gap between forgivingness, vengefulness and psychological health. Pers Indiv Differ 2007; 42: 1573-84.
30. Kashdan TB, Pelham WE, Long AR, Hoza B, Jocob RG, Jennings JR et al. Hope and optimism as human strengths in parents of children with externalizing disorders: stress is in the eye of the beholder. J Soc Clin Psychol 2002; 2: 444-68.
31. Sahe H, Mehre M. The study of relationship between optimism and coping strategies with stress in university student. Fund Ment Health 2002;4:34-55. (Persian)
32. Thompson LY, Snyder CR, Hoffman L, Michael ST, Rasmussen HN, Billings LS. Dispositional forgiveness of self, other and situations. J Pers 2005; 73: 313-59.
33. Bugay A, Demir A. A Turkish version of heartland forgiveness scale. Proc Behav Sci 2010; 5: 1927-31.
34. Denollet J. Personality and coronary of heart disease: the type D scale. Ann Beh Med 1998; 20(2): 209-15.
35. Hosoi M, Molton IR, Jensen MP, Ehde DM, Obrien S, Arimura T. Relationships among alexithymia and pain intensity, pain interferences, and vitality in persons with neuromuscular disease: considering the effect of negative. Pain 2010;149(2):273-7.
36. Zoolyanhe A, Vafai M. Relationship between type D personality with behavioral inhibition/activation systems. Tabriz J Psychol 2004; 2(3): 113-33. (Persian)
37. Maltby J, Day L, Macaskin A. Failure to forgive self and others: a relication and extension of the relationship

between forgiveness. Personality, social desirability and general health. Pers Indiv Differ 2001; 30: 881-5.

38. Sells JN, Hargrare TD. Forgiveness: a review of the theortical and empirical literature. J Fam Ther 1998; 20: 21-36.
39. Bono G, Mc cullough ME. Positive responses to benefit and harm: bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. J Cogn Psychother 2006; 20(2): 147-58.
40. Vandyke CJ, Elas MJ. How forgiveness purpose and religiosity are related to the mental health and well-being of youth: a review of the literature. Ment Health Relig Culture 2007; 10(4): 395-415.
41. Narimani M, Ahadi B. Relationships between type D personality and forgiveness. Trakia J Sci 2010; 8(3):50-2.
42. Scheier MF, Bridges MW. Person variables and health: personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. Psychosom Med 1995; 57(3): 255-68.
43. Richman LS, Kubzansky L, Maselko J, Kawachi I, Choo P, Baher M. Positive emotion and health: going beyond the negative. Health Psychol 2005; 24(4): 422-9.