

وضعیت عوامل روانی اجتماعی در بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر در کرمانشاه (۱۳۸۵)

جلال شاکری^۱؛ نسرین جابرقادری^۱؛ منصور رضایی^{۲*}؛ مژگان سعیدی^۱؛ مهدی نعلینی^۳؛ عبدالرسول مولودی^۶

چکیده

زمینه: بیماری‌های قلبی-عروقی (CVD) عامل یک سوم مرگ‌های اتفاق افتاده در جهان هستند. این بیماری‌ها دارای منشأ چندعاملی بوده و علاوه بر عوامل خطرزای استاندارد (فشارخون بالا، اختلال چربی‌ها، کشیدن سیگار و دیابت)، عوامل خطرزای روانی اجتماعی مثل افسردگی، اضطراب، شخصیت نوع A، خشم و خصومت نیز در این مورد نقش دارند. هدف از این مطالعه، بررسی سطح وسیعی از عوامل خطرزای روانی اجتماعی در بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر در شهر کرمانشاه می‌باشد.

روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه پیمایشی است. ۳۰۸ آزمودنی شامل ۱۶۸ مرد و ۱۴۰ زن که در سال ۱۳۸۵ به‌عنوان مبتلا به بیماری عروق کرونر شناخته شده بودند، چک لیست عوامل روانی اجتماعی، پرسشنامه‌های افسردگی بک و اضطراب اسپیلبرگر، مقیاس خشم و خصومت باس و پری و فرم مصاحبه شخصیت نوع A روزمن را تکمیل کردند.

یافته‌ها: مردان به‌طور معناداری از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بودند. علایم بالینی افسردگی، اضطراب حالت و صفت، رفتار شخصیت نوع A و خشم در میان شرکت‌کنندگان شایع بود. از نظر عوامل خطرزای روانی اجتماعی، زنان نسبت به مردان به‌طور معناداری خصوصیات منفی بیشتری داشتند. در حقیقت، زنان بیشتر درون‌گرا و مردان بیشتر پرخاشگر بودند.

نتیجه‌گیری: وضعیت روانی اجتماعی و جنسیت هر دو می‌توانند از جمله عوامل تعیین‌کننده وضعیت سلامت جسمی فرد باشند. هم بیماران CVD و هم افراد در معرض خطر باید از اقدامات پیشگیرانه و نیز مداخلات روان‌شناختی بهره‌مند شوند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، اضطراب، خصومت، خشم، رفتار تیپ A

«دریافت: ۱۳۹۰/۵/۳۰ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۲۷»

۱. گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۳. واحد پیشگیری و بازتوانی بیماران قلبی، بیمارستان امام علی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۶. گروه کاردیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، میدان ایثار، دانشکده بهداشت، گروه آمار زیستی، تلفن: ۰۸۳۱-۸۲۶۲۰۵۲

Email: Rezaei39@yahoo.com, mrezaei@kums.ac.ir

مقدمه

۱۲۰ درصد و در مردان، ۱۳۷ درصد افزایش خواهد یافت (۱). بنابر گزارش وزارت بهداشت و درمان، در ایران و شهر کرمانشاه، بیماری‌های عروق کرونر (Coronary Arterial Disease) بر اساس تعداد مرگ‌های اتفاق افتاده، اولین علت مرگ و میر و بر اساس سال‌های از دست رفته عمر، دومین علت می‌باشد (۳). بیماری‌های عروق کرونر دارای منشأ چندعاملی بوده

بیماری‌های قلبی عروقی از جمله علل اساسی مرگ‌ومیر و عامل یک‌سوم مرگ‌های اتفاق افتاده در جهان هستند (۱ و ۲). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری‌های قلبی در کشورهای آسیایی و نیز در حال توسعه به‌شدت افزایش یافته و تا سال ۲۰۲۰ میزان ابتلا به این بیماری‌ها در زنان،

جمعیت‌ها و از جمله مردم کرمانشاه صدق می‌کند، شیوع و تأثیر هر یک از ریسک‌فاکتورها امری است که نیاز به شناسایی دارد. به عبارت دیگر هنوز تأثیر و سهم هر یک از عوامل خطرزای بیماری‌های قلبی عروقی از جمله عوامل روانی اجتماعی در شهر کرمانشاه مشخص نیست و تحقیق عمده‌ای نیز در این خصوص در این منطقه صورت نگرفته است. از سویی هرگونه برنامه‌ریزی جهت اقدامات پیش‌گیرانه، درمانی و بازتوانی نیازمند شناسایی دقیق این عوامل خطرزا در مناطق جغرافیایی مختلف و گروه‌های قومی متفاوت با شیوه‌های زندگی متفاوت می‌باشد (۱۰).

از آن‌جا که تاکنون پژوهشی درخصوص عوامل روانی اجتماعی مرتبط با CVD در شهر کرمانشاه انجام نشده است، تحقیق حاضر یک مطالعه پیمایشی است، که ما آن‌را با توجه به نقش عوامل خطرزای روانی اجتماعی در میزان بروز بیماری‌های قلبی عروقی و مرگ و میرهای ناشی از آن و با هدف شناسایی و مقایسه عوامل مذکور در زنان و مردان مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر شهر کرمانشاه طراحی و اجرا کردیم.

مواد و روش‌ها

از میان افراد بستری در بخش آنژیوگرافی بیمارستان امام علی، ۳۰۸ نفر که تشخیص آن‌ها به‌طور قطعی CAD بود، بیماری آن‌ها در یک‌سال گذشته شروع شده و سن آن‌ها بین ۳۰-۶۰ سال بود به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ضمن توضیح هدف تحقیق و کسب رضایت از بیمار با پیشنهاد انجام چکاب جسمانی و روانی به‌صورت رایگان و دادن بازخورد به وی، پرسشنامه مشخصات فردی تکمیل شد. در ادامه پس از ترخیص با در دست داشتن معرفی‌نامه‌ای جهت انجام اندازه‌گیری‌های لازم (وزن، قد، نسبت کمر به باسن، فشارخون و ...) به کارشناس پرستاری آموزش‌دیده مستقر در بیمارستان امام علی مراجعه می‌کردند. پس از انجام اقدامات فوق، افراد توسط روان‌شناس آموزش‌دیده

و عوامل خطرزای استاندارد شامل فشارخون بالا، اختلال چربی‌ها، کشیدن سیگار و دیابت تنها بخشی از وقوع و شیوع این بیماری‌ها را پیش‌بینی می‌کنند، به‌طوری‌که برنامه‌ها و مداخلات جهانی انجام‌شده از سوی سازمان بهداشت جهانی نشان داده که با کنترل عوامل خطرزای چندگانه و استاندارد، گروه کنترل و هدف از نظر پیش‌بینی میزان مرگ و میر، تفاوت معناداری نداشتند. یک علت آن می‌تواند عدم توجه این برنامه‌ها و مداخلات به عوامل خطرزای روانی اجتماعی باشد (۴). در مطالعات مختلف، عوامل روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، شخصیت نوع A، خشم و خصومت هرکدام به‌طور مستقل به‌عنوان عوامل خطرزای روانی اجتماعی بیماری‌های عروق کرونر گزارش شده‌اند (۵-۷).

مطالعات نشان داده‌اند که خشم بیان‌شده (به‌نحو غیرصحیح) و سرکوب‌شده، عامل خطرزای مهمی در پیش‌گویی حوادث بزرگ قلبی عروقی است. برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند که بین احساس خصومت و شدت بیماری‌های عروق کرونر (CAD) رابطه مستقیم وجود دارد (۶). با بازنگری تحقیقات انجام‌شده در خصوص روان‌شناسی قلب از سال ۱۹۸۰ تاکنون، مشخص شده که سه عامل وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، افسردگی و شخصیت نوع A به‌عنوان مهم‌ترین عوامل روانی اجتماعی پیش‌گویی‌کننده خطر بروز و تشدید بیماری‌های قلبی عروقی شناخته شده‌اند (۸ و ۹).

با آن که حدود ۸۰ درصد از بیماری‌های قلبی عروقی در کشورهای کم‌درآمد و در حال توسعه ایجاد می‌شود، عمده‌ترین تحقیقات مربوط به اهمیت عوامل خطرزا در کشورهای توسعه یافته و اروپایی انجام شده است. از سویی محققان در خصوص استفاده از این یافته‌ها در تمام جهان مطمئن نیستند، زیرا برخی اطلاعات نشان داده که عوامل خطرزای بیماری‌های عروق کرونر در جمعیت‌های مختلف متفاوت است. مثلاً بالا بودن چربی در کشورهای جنوب آسیا ربطی به بیماری‌های عروق کرونر ندارد (۹). از سوی دیگر حتی اگر فرض کنیم همین عوامل در تمام

فرم مصاحبه ۲۵ سؤالی رزنمن: این پرسشنامه استاندارد طلایی تشخیص شخصیت نوع A می‌باشد و پایایی آن ۰/۸۰ گزارش شده است. پرسشنامه که به صورت مصاحبه تکمیل می‌گردد از ۶ گروه علایم شخصیت نوع A شامل رقابت، جاه‌طلبی، بی‌صبری، خصومت، مشغولیت ذهنی با کار و حس مداوم فوریت زمانی تشکیل شده است (۱۱).

پرسشنامه اضطراب حالت و صفت اشپیل‌برگر (STAI): این پرسشنامه دارای ۴۰ سؤال می‌باشد که ۲۰ سؤال آن مربوط به داشتن حالت اضطراب و ۲۰ سؤال دیگر مربوط به تداوم صفت اضطراب است و در ایران، هنجاریابی و پایایی آن ۰/۸۵ گزارش شده است (۱۲) و (۱۳).

پرسشنامه افسردگی بک: رایج‌ترین شیوه خودگزارش‌دهی افسردگی است. از ۲۱ آیتم ۴ گزینه‌ای تشکیل شده است. این آزمون شدت علایم انگیزشی، شناختی، هیجانی، عاطفی و جسمانی را می‌سنجد. بک در سال ۱۹۷۲، پایایی آزمون را ۰/۹۳ و بلاک و هرسن در سال ۱۹۸۸، پایایی آن را با روش کودر ریچاردسون ۰/۷۸ و با بازآزمایی ۰/۷۵ اعلام کردند. پورشهباز در ایران در سال ۱۳۷۲، ضریب همسانی درونی آن را ۰/۸۵ برآورد کرده و پایایی آن را ۰/۸۱ گزارش کرد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 11.5 و به‌کارگیری روش‌های آمار توصیفی مثل جداول توزیع فراوانی بود. هم‌چنین (بعد از آزمون KS) برای تعیین ارتباط بین متغیرها و مقایسه تفاوت میانگین‌ها به ترتیب از آزمون‌های مجذور کای، لون و t مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های حاصل از اطلاعات جمعیت‌شناسی نشان داد که دو سوم افراد مورد مطالعه در مناطق روستایی متولد شده و متوسط سن آنان ۵۵/۶ سال بود. با این حال بیش از چهار پنجم آنان در مناطق شهری زندگی

ویزیت شده و پس از انجام مصاحبه مربوط به شخصیت نوع A رزنمن (Rosenman)، پرسشنامه‌های مربوط به افسردگی بک (Beck)، اضطراب حالت و صفت اشپیل‌برگر (Spielberger) و خشم و خصومت باس و پری (Buss & Perry) تکمیل شد.

لازم به ذکر است که برای افزایش اعتبار یافته‌ها کلیه افرادی که در انجام اندازه‌گیری‌ها همکاری داشتند به‌طور یکسان توسط یک پزشک عمومی ماهر در زمینه CAD و روان‌شناس فوق‌لیسانس، آموزش دیده و نظارت شدند. این مطالعه یک‌سوکور بوده و پرستاران و روان‌شناسان مربوطه از وجود یا عدم وجود بیماری‌های قلبی در مراجعه‌کنندگان و نیز هدف واقعی تحقیق اطلاعی نداشتند. انتخاب بیماران CAD بر اساس تشخیص قطعی کاردیولوژیست و مبتنی بر اطلاعات پرونده پزشکی و مدارک موجود نظیر افزایش آنزیم‌های قلبی، تغییرات نوار EKG، سابقه بستری به‌علت سندرم حاد کرونر (NSTEMI)، سکته قلبی، آنژین ناپایدار (Unstable Angina) و نتایج آنژیوگرافی توسط پزشک عمومی مجرب انجام شد.

کلیه افرادی که مورد عمل جراحی پیوند عروق قلبی قرار گرفته بودند و یا مبتلا به بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های نارسایی کلیه، بدخیمی، بیماری‌های مزمن کبدی، بیماری‌های مزمن عفونی و معلولیت جسمی و ذهنی بودند از مطالعه حذف شدند.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های ذیل صورت گرفت:

پرسشنامه آرنولد اچ‌باس و مارک‌پری در خصوص اندازه‌گیری پرخاشگری: این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال بوده و جنبه‌های خشم و خصومت را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه در شهر بجنورد، هنجارسازی شده و اعتبار آن به شیوه بازآزمایی، ۰/۸۰ برای کل نمرات و نیز برای خرده‌آزمون‌ها می‌باشد. ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای خرده‌آزمون‌های خشم و خصومت به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۶۴ گزارش شده است.

اقتصادی را به میزان بالایی گزارش کردند، با این حال بین زنان و مردان از این نظر، تفاوت معناداری وجود نداشت. احساس تنهایی به طور معناداری در زنان بالاتر بود ($P \leq 0/01$) (جدول ۲).

با کنترل متغیر سن، تفاوت زنان و مردان در خصوص برخی شاخص‌های روان‌شناختی معنادار بود. افسردگی، اضطراب حالت و صفت به طور معناداری در زنان و خشونت کلامی و جسمی در مردان بیشتر بود ($P \leq 0/01$) (جدول ۳).

می‌کردند. آزمون مجذور کای نشان داد که زنان و مردان از نظر وضعیت تأهل دارای تفاوت معناداری می‌باشند ($P \leq 0/01$)، به طوری که در مقابل ۹۷ درصد مردان متأهل، ۳۰ درصد زنان بیوه بودند. به طور متوسط ۳/۶ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بوده و ۷۹ درصد هرگز دبیرستان را تمام نکرده بودند. همچنین آزمون مجذور کای نشان داد که مردان به طور معناداری سطح تحصیلی بالاتری نسبت به زنان داشتند ($P \leq 0/01$) (جدول ۱).
گرچه آزمودنی‌ها استرس زندگی روزمره و فشار

جدول ۱- مقایسه توزیع فراوانی خصوصیات فردی شرکت‌کنندگان در زنان و مردان

کای دو	زنان		مردان		خصوصیات فردی	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
	۲۶/۴	۳۷	۳۶/۳	۶۱	مرکز استان	
۱۲/۴۵۰*	۲۲/۹	۳۲	۳۲/۷	۵۵	شهرستان	محل تولد
	۵۰/۷	۷۱	۳۱/۰	۵۲	روستا	
	۶۴/۳	۹۰	۵۴/۸	۹۲	مرکز استان	
۴/۹۳۴*	۱۷/۹	۲۵	۲۸/۶	۴۸	شهرستان	محل زندگی
	۱۷/۹	۲۵	۱۶/۷	۲۸	روستا	
	۳۰/۷	۴۳	۴۰/۵	۶۸	پایین و مساوی ۵۰	
۱/۸۷۵	۳۲/۹	۴۶	۳۲/۷	۵۵	۵۱-۶۰	سن (سال)
	۳۶/۴	۵۱	۲۶/۸	۴۵	بالا و مساوی ۶۱	
	۶۷/۹	۹۵	۹۷	۱۶۳	متأهل	
۵۲/۱۷۲*	۱/۴	۲	۱/۲	۲	مجرد	وضعیت تأهل
	۳۰	۴۲	۱/۲	۲	بیوه	
	۰/۶	۱	۰/۶	۱	طلاق	
	۷۵/۷	۱۰۶	۲۳/۸	۴۰	بی‌سواد	
۸۸/۵۶۷*	۲۰	۲۸	۴۲/۸	۷۲	ابتدایی تا دبیرستان	تحصیلات
	۴/۳	۶	۳۲/۷	۵۶	دیپلم و بالاتر	
۴/۵۱۳*	۶۹/۲	۹۷	۶۴/۳	۱۰۸	زیر و مساوی ۲۰۰ هزار	درآمد (تومان)
	۳۰/۷	۴۳	۳۵/۷	۶۰	بالای ۲۰۰ هزار	

$P = 0/01^*$

جدول ۲- مقایسه توزیع فراوانی عوامل روانی اجتماعی شرکت کنندگان در زنان و مردان

آزمون مجذور کای	زنان		مردان		عوامل روانی اجتماعی	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۲۷/۷*	۱۰	۱۴	۳۱	۵۲	هرگز	استرس زندگی روزمره
	۱۱/۴	۱۶	۱۵/۵	۲۶	بندرت	
	۴۲/۱	۵۹	۲۹/۸	۵۰	گاهی	
	۲۵/۷	۳۶	۲۰/۸	۳۵	اغلب	
	۱۰/۷	۱۵	۳	۵	همیشه	
۱/۰۳۲	۸۷/۴	۱۱۱	۲۶/۵	۳۱	خانه	محل استرس
	۰	۰	۲۳/۹	۲۸	محل کار	
	۲/۴	۳	۳۰/۸	۳۶	خانه و محل کار	
	۶/۳	۸	۱۲/۸	۱۵	سایر مکان ها	
	۳/۹	۵	۰/۶	۷	همه جا	
۷/۶۵۶*	۲۷/۹	۳۹	۴۲/۳	۷۱	اصلا	استرس مالی
	۲۰	۲۸	۱۳/۷	۲۳	کم	
	۲۵/۷	۳۶	۲۳/۸	۴۰	متوسط	
	۲۶/۴	۳۷	۲۰/۲	۳۴	شدید	
۸/۶۲۵*	۳۹/۱	۵۲	۵۳/۳	۸۹	هرگز	احساس تنهایی
	۱۳/۱	۱۸	۱۱/۴	۱۹	بندرت	
	۲۶/۳	۳۵	۲۴/۶	۴۱	گاهی	
	۱۷/۳	۲۳	۹	۱۵	اغلب	
	۳/۸	۵	۱/۸	۳	همیشه	
۱/۹۸۷**	۷۱/۴	۱۰۰	۶۵/۵	۱۱۰	ندارد	حوادث
	۲۲/۹	۳۲	۲۹/۲	۴۹	یکبار	دردناک
	۵/۷	۸	۵/۴	۹	بیش از یکبار	زندگی
۰/۷۶۷	۲۵	۷۷	۲۴/۷	۷۶	دارد	شخصیت نوع
	۲۰/۴	۶۳	۲۹/۹	۹۲	ندارد	A

P=۰/۰۵**

P=۰/۰۱*

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره آزمون‌ها و درصد آن در زنان و مردان شرکت کننده در پژوهش

تفاوت میانگین‌ها	t	انحراف معیار	متوسط	تعداد	جنس	درصد	نوع اختلال
۵/۲۰	۵/۰۳۶*	۸/۰۰۳	۱۰/۹	۱۶۸	مرد	۶۱/۴	افسردگی
		۱۰/۰۹۷	۱۶/۱	۱۴۰	زن		
۴/۴۳	۳/۹۶۴*	۸/۱۳۵	۳۴/۸۹	۱۵۶	مرد	۶۹/۲	اضطراب حالت
		۱۰/۹۹۲	۳۹/۳۲	۱۳۹	زن		
۵/۰۵	۴/۳۸۹*	۸/۶۴۹	۳۴/۵۴	۱۵۵	مرد	۶۱/۷	اضطراب صفت
		۱۱/۰۳۱	۳۹/۵۸	۱۳۹	زن		
۳/۳۴	۳/۹۴۵*	۷/۸۳۶	۱۹/۳۵	۱۵۷	مرد	۲۹/۱	خشونت فیزیکی
		۶/۴۷۰	۱۵/۹۱	۱۳۶	زن		
۲/۳۳	۴/۱۵۲*	۴/۴۶۷	۱۴/۱۹	۱۵۷	مرد	۶۱	خشونت کلامی
		۵/۱۴۳	۱۱/۸۶	۱۳۶	زن		
۱/۵۲	۲/۳۶۲**	۵/۳۴۳	۱۹/۲۸	۱۵۶	مرد	۷۲/۴	خشم
		۵/۶۴۰	۲۰/۸۰	۱۳۶	زن		
۱/۳۶	۰/۷۰۱	۲۱/۷۰۵	۱۹/۸۲	۱۵۵	مرد	۲۷/۹	خصومت
		۷/۰۵۳	۱۸/۴۶	۱۳۶	زن		

P=۰/۰۵**

P=۰/۰۱*

بحث

در این مطالعه، افسردگی به‌عنوان یکی از عوامل خطرزای اصلی شناخته شد. در حقیقت فراوانی آن بیش از مطالعه WHO (۱۴) و نیز غیرقابل مقایسه با شیوع افسردگی در جامعه نرمال (به میزان ۲۳-۱۲٪) است (۱۵). علی‌رغم نتایج مشابه قبلی (۱۴)، این نتیجه برخلاف مطالعات دیگری است که در آن افسردگی دارای کم‌ترین فراوانی در بیماران CABG در شهر اصفهان بود (۱۶). زنان علایم افسردگی بیشتری را گزارش کرده و عموماً به‌طور ذهنی و عینی، بیشتر احساس بیماری کرده و علایم اضطراب حالت و صفت در آن‌ها بیشتر بود. نمرات حاصل از مقیاس اضطراب مشابه یافته‌های مطالعات قبلی انجام‌شده در این خصوص بود (۹ و ۱۰).

حدود نیمی از بیماران در این مطالعه دارای علایم غالب شخصیت نوع A بودند. اما با توجه به معنادار

تحقیق حاضر به‌منظور تشریح گسترده عوامل خطرزای روانی اجتماعی با تمرکز بر بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر در شهر کرمانشاه انجام شد. شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل بازنشستگان، مستمری‌بگیران و زنان خانه‌دار مسن و میان‌سالی بودند که در سال ۱۳۸۵، بیماری CVD آن‌ها تشخیص داده شده بود. از نظر خصوصیات جمعیت‌شناختی، مردان در مقایسه با زنان، سطح تحصیلی بالاتری داشته و تقریباً همه آن‌ها متأهل بودند، این در حالی بود که حدود یک سوم زنان بیوه بودند.

بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش دارای علایم روان‌شناختی بالینی شامل افسردگی، اضطراب، رفتار شخصیت نوع A، خشونت و خشم بودند. عموماً وضعیت روانی زنان نسبت به مردان بدتر بود. در حقیقت آن‌ها بیشتر درون‌گرا و مردان برعکس، بیشتر پرخاشگر بودند.

خطرزای اصلی نشان داده است (۲۳). در مطالعه حاضر نیز استرس زندگی روزمره از فراوانی بالایی برخوردار بود. استرس در منزل دارای سطح بالایی بود ولی میزان استرس شغلی از همه کم تر بود. این نتیجه تحت تأثیر وضعیت شغلی افراد شرکت کننده قرار دارد. زیرا بیشتر زنان خانه دار بوده و بیشتر مردان نیز بازنشسته، مستمری بگير یا بیکار بودند. همچنین این نتیجه می تواند علت عدم وجود تفاوت معنادار از نظر استرس زندگی روزمره و محل استرس در میان آزمودنی ها باشد.

بنابراین با توجه به این که سطح پایین درآمد و عدم ثبات وضعیت شغلی می تواند مستقیماً منجر به استرس اقتصادی شود، می توان آن را به عنوان یکی از عوامل شایع خطرزا در میان آزمودنی ها در نظر گرفت.

تحقیقات قبلی نشان داده است که حوادث استرس زای زندگی یکی از عوامل شایع روانی اجتماعی در میان موارد مبتلا به CVD می باشد. با این حال، این مورد به عنوان یک عامل خطرزای CVD هنوز بحث برانگیز است (۲۴ و ۲۵). در این مطالعه با عنایت به تأثیرات دراز مدت عوامل خطرزا، دریافتیم که حدود یک سوم شرکت کنندگان در پژوهش، حداقل یک حادثه استرس زا را در سال گذشته تجربه کرده بودند.

زنان مورد مطالعه، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین تری داشته و یک سوم آن ها نیز بیوه بودند و در نتیجه به طور معناداری احساس تنهایی بیشتری داشتند. گرچه این احساس تنهایی می تواند ناشی از تغییر بافت خانوادگی در فرهنگ امروزی از حالت گسترده به هسته ای نیز باشد. بیشتر شرکت کنندگان از سطح حمایت اجتماعی بالایی برخوردار بودند که علت آن را می توان فرهنگ مثبت حمایت از پیران و وجود بیماری قلبی دانست که منجر به افزایش مراقبت خانواده از فرد می شود.

این مطالعه، محدودیت های خاص خود را داشت. به علت پایین بودن سطح سواد، مسن بودن افراد مورد مطالعه و البته شرایط بیماری قلبی افراد مورد مطالعه،

نبودن این نتیجه، نمی توان به وسیله آن هیچ کدام از نتایج حاصل از مطالعاتی که در آن غالب بودن شخصیت نوع A به عنوان یک عامل خطرزای روانی اجتماعی برای CVD شناخته شده (۹ و ۱۷) یا مطالعاتی که در آن شخصیت نوع A ربطی به CVD نداشته را تأیید یا رد کرد (۱۸). با توجه به استفاده مصاحبه فردی در تشخیص شخصیت نوع A (مطابق دستورالعمل روزمن) (۱۰)، این نتیجه می تواند ناشی از تعداد کم شرکت کنندگان در پژوهش باشد.

گرچه در این مطالعه، فراوانی عامل خشم بیش از بقیه عوامل بود، با این حال زنان و مردان از نظر خشم و احساس خصومت، تفاوتی با هم نداشتند. بر خلاف انتظار ما، احساس خصومت دارای کم ترین شیوع در میان عوامل خطرزای روانی اجتماعی بود که این نتیجه می تواند ناشی از تمایل فرهنگ ایرانی مبنی بر مطرود شمردن بیان احساس خصومت باشد.

وضعیت اقتصادی اجتماعی با در نظر گرفتن دو عامل تحصیلات و درآمد محاسبه شد. در این مطالعه به این نتیجه رسیدیم که تحصیلات (همان طور که در برخی مطالعات حاصل شده است) (۱۹)، عامل مهمی در میزان ابتلا به CVD است. البته این میزان با سطح سواد عمومی جامعه قابل قیاس بوده و به همین دلیل می توان این عامل را به عنوان یک عامل خطرزای بالقوه جهت CVD در نظر گرفت. گرچه این نتیجه در مطالعات دیگر نیز (۹) تأیید شده است، با این حال در برخی مطالعات، CVD نه تنها ربطی به سواد جامعه نداشته بلکه مستقیماً با سطح خدمات بهداشتی جامعه در ارتباط بود (۱۹). بیشتر شرکت کنندگان زیر خط فقر بوده و از سطح پایینی برخوردار بودند. از این رو می توان گفت که حداقل ۸۰ درصد آن ها در سطح اقتصادی اجتماعی پایین بودند. این مطالعه مشابه تحقیقاتی است که در آن سطح پایین اقتصادی اجتماعی به عنوان یک عامل خطرزا برای CVD گزارش شده است (۲۲-۲۰).

شواهدی وجود دارد که استرس را به عنوان یک عامل

استفاده از گروه کنترل و یا در مناطق مختلف جغرافیایی و قومی به جهت شناخت دقیق عوامل روانی اجتماعی خطرزا در میان زنان و مردان توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه این تحقیق نشان داد که عوامل خطرزای روانی اجتماعی و جنسیت فرد، هر دو می‌توانند در وضعیت بیماری CVD افراد شرکت‌کننده، نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشند. بیشتر آزمودنی‌ها دارای علایم روان‌شناختی بالینی شامل افسردگی، اضطراب، رفتار نوع A، پرخاشگری و خشم بودند. زنان نسبت به مردان عموماً وضعیت روانی اجتماعی بدتری داشتند. علایم زنان، بیشتر درون‌گرایانه و مردان بیشتر پرخاشگری بود.

روش جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت مصاحبه بود که فرایند اجرای پژوهش را طولانی‌تر کرده و بعضاً باعث ریزش آزمودنی‌ها شد. محدودیت‌های مالی، منجر به حذف گروه کنترل و نیز عدم انجام آزمایشات بیوشیمیایی شده که این مورد، نتایج تحقیق را بیش از پیش محدود کرد.

پیشنهادات

نتایج این مطالعه می‌تواند در زمینه سطوح متفاوت راهبردهای پیشگیری، مداخله‌ای و بازتوانی به‌کار برده شود. ما اقدامات پیشگیرانه را در برابر شرایط ناسالم روانی اجتماعی توصیه می‌کنیم. بیماران CVD و نیز افراد در معرض خطر باید از فعالیت‌های پیشگیرانه و مداخلات روان‌شناختی بهره‌مند شوند. انجام تحقیقات بیشتر با

References

1. Vasan RS, Benjamin EJ, Sullivan LM, D'Agostino RB. Epidemiology of coronary artery disease. In: Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA. Hurst's: The heart. 11th ed. NewYork: MC Graw-Hill. 2004; 19-22.
2. Nic Gabhainn S, Kelleher CC, Naughton AM, Carter F, Flanagan M, McGrath MJ. Socio-demographic variations in perspectives on cardiovascular disease and associated risk factors. Health Educ Res. 1999;14(5):619-28.
3. Naghavi M. Mortality appearance in 23 provinces of Iran in 2005. Ministry of health, Tehran: 2006.
4. Orth Gomer K, Weidner G, Chesney MA. Psychosocial influence on the heart. In: Crawford MH, Dimacro JP, Paulus WJ. Cardiology. 2nd ed. Spain: Mosby. 2004; 1571.
5. Pickeing TG, Devidson KW, Clemow L, Grein W. Behavioral medicine in treatment of heart disease. In: Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA. Hurst's: The heart. 11th ed. NewYork: MC Graw-Hill. 2004; 2455-8.
6. Barsky AJ. Psychiatric and behavioral aspects of cardiovascular disease. In: DP Zipes P, Libby RO, Bonow E, Braunwald. Braunwald's heart disease: atextbook of cardiovascular medicine. 7th ed. Philadelphia: Elsevier. 2005; 2129-37.
7. Musselman DL, Rudisch B, Mc Donald WM, Nemeroff GB. Effect of mood and anxiety disorders on the cardiovascular system. In: Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA. Hurst's: The heart. 11th ed. NewYork: MC Graw-Hill. 2004; 2189.
8. Pickering T, Clemow L, Davidson K, Gerin W. Behavioral cardiology --has its time finally arrived? Mt Sinai J Med. 2003;70(2):101-12.
9. Trigo M, Silva D, Rocha E. Psychosocial risk factors in coronary heart disease: beyond type A behavior. Rev Port Cardiol. 2005;24(2):261-81.
10. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364(9438):953-62.
11. Rosenman R. The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern. In: Dembroski TM, Weiss SM, Shields JS, Haynes SG, Feinleib M. Coronary-Prone behavior. NY: Springer-Verlag. 1978; 55-69.
12. Dadsetan P, Mansour M. [Mental diseases (Persian)]. Tehran: Roshd publication. 1999: 54-76.
13. Panahi Shahri. [Priliminary survey of validity, reliability and norm of state-trait anxiety inventory of Spielberger (Persian)]. MS.c thesis in Psychology. Tehran: School of Human Sciences, Tarbiat Modares University, 1994.
14. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanans F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364(9438):937-52.
15. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock synopsis of psychiatry: behavioral science/ clinical psychiatry. 9th ed. Lippincott W & W. 2003; 534.

16. Rabiee K, Bashtam M, Mirzaee H, Saeedi M, Sadegh M. [Cardiac rehabilitation and the mental status after stroke (Persian)]. *Eurumia Medical Journal*. 2004; 11: 9-19.
17. Whiteman MC, Fowkes FG, Deary IJ. Hostility and the heart. *BMJ*. 1997;315(7105):379-80.
18. Sykes DH, Arveiler D, Salters CP, Ferrieres J, McCrum E, Amouyel P, et al. Psychosocial risk factors for heart disease in France and Northern Ireland: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME). *Int J Epidemiol*. 2002;31(6):1227-34.
19. Laatikainen T, DeLong L, Pokusajeva S, Uhanov M, Vartiainen E, Puska P. Changes in cardiovascular risk factors and health behaviours from 1992 to 1997 in the Republic of Karelia, Russia. *Eur J Public Health*. 2002;12(1):37-43.
20. Luepker RV, Rosamond WD, Murphy R, Sprafka JM, Folsom AR, McGovern PG, et al. Socioeconomic status and coronary heart disease risk factor trends. The Minnesota Heart Survey. *Circulation*. 1993;88(5 Pt 1):2172-9.
21. Nic Gabhainn S, Kelleher CC, Naughton AM, Carter F, Flanagan M, McGrath MJ. Socio-demographic variations in perspectives on cardiovascular disease and associated risk factors. *Health Educ Res*. 1999;14(5):619-28.
22. Ford DE, Mead LA, Chang PP, Cooper-Patrick L, Wang NY, Klag MJ. Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study. *Arch Intern Med*. 1998;158(13):1422-6.
23. Drory Y, Kravetz S, Hirschberger G. Long-term mental health of men after a first acute myocardial infarction. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83(3):352-9.
24. Suadicani P, Hein HO, Gyntelberg F. Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in middle-aged men: importance of the duration of follow-up. The Copenhagen Male Study. *Int J Epidemiol*. 2001;30(2):248-55.
25. Gulliksson M, Burell G, Lundin L, Toss H, Svärdsudd K. Psychosocial factors during the first year after a coronary heart disease event in cases and referents. Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care Project (SUPRIM). *BMC Cardiovasc Disord*. 2007;7:36.