

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دهم شماره ۳۷ بهار ۱۳۹۴

## بررسی تطبیقی باورهای غیرمنطقی، حمایت اجتماعی و سنخ شخصیتی الف بیماران کرونری قلب و افراد سالم

حمید یعقوبی<sup>۱</sup>

مجید برادران<sup>۲</sup>

فرزانه رنجبر نوشری<sup>۳</sup>

مهناز جوکی چگینی<sup>۴</sup>

### چکیده

شیوع بیماری‌های قلب و عروق در بین مردم کشورهای صنعتی و در حال توسعه در حال افزایش است. با وجود این، مطالعات اندکی تأثیر عوامل روانی و بخصوص عوامل شخصیتی را به‌عنوان عامل خطر در بیماری‌های قلبی مورد بررسی قرار داده‌اند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه بیماران کرونری قلبی با گروه سالم از لحاظ باورهای غیرمنطقی، حمایت اجتماعی و سنخ شخصیتی الف انجام شد. بدین منظور ۱۰۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به بیمارستان قلب حشمت شهر رشت در محدوده زمانی اردیبهشت تا شهریور ۱۳۸۹ با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین، ۱۰۰ نفر از همراهان بیماران که فاقد بیماری قلبی بودند و از لحاظ برخی متغیرهای جمعیت‌شناسی با گروه حائز بیماری قلبی همسان شده بودند، انتخاب گردیدند که به پرسشنامه‌های باورهای غیرمنطقی، حمایت اجتماعی و سنخ شخصیتی الف پاسخ دادند. نتایج نشان داد که بین باورهای غیرمنطقی (مؤلفه‌های نیاز به تأیید، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، اضطراب، ناامیدی نسبت به تغییر)، حمایت اجتماعی (مؤلفه حمایت خانواده) و سنخ شخصیتی الف بیماران کرونری قلب و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از این رو، باورهای غیرمنطقی، حمایت اجتماعی و سنخ شخصیتی الف ارتباط تنگاتنگی با بروز و تداوم بیماری عروق کرونری قلب دارند، بنابراین استفاده از مداخلات روانشناختی برای کنترل متغیرهای فوق ضروری به نظر می‌رسد.

**واژگان کلیدی:** باورهای غیرمنطقی؛ حمایت اجتماعی؛ سنخ شخصیتی الف؛ بیماری کرونری قلب

۱- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شاهد، تهران

Email:psycho\_2000mb@yahoo.com

۲- مربی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران (نویسنده مسئول)

۳- مربی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران

۴- کارشناس ارشد روانشناسی

## مقدمه

بیماری کرونری قلب<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین انواع بیماری‌های قلبی-عروقی است که از عوامل اصلی مرگ و میر در جهان محسوب می‌گردد. در این بیماری، شریان‌های کرونری تنگ و باریک شده و عضلات قلب از رسیدن خون و اکسیژن کافی محروم می‌گردند (پیسچک، ویدنر، الیوت-الر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶).

عوامل خطرزای عمده‌ای برای بیماری کرونری قلب مطرح گردیده است که از این میان عوامل استرس‌زای روانشناختی نقش عمده‌ای را در تشدید و استمرار این اختلال ایفا می‌نماید. لازاروس (۱۹۷۱؛ به نقل از سارافینو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲) فشار روانی را به معنی وارد آمدن فشار بر سیستم زیستی-روانی-اجتماعی و واکنش این سیستم‌ها در مقابل آن در نظر می‌گیرد و واکنش شخص به آن را در چگونگی ارزیابی و ادراک تهدید به صورت آگاهانه و ناآگاهانه می‌داند.

باید اذعان نمود که مردم علاوه بر داشتن تفاوت در توصیف رویدادهای زندگی، انتظارات متفاوتی از زندگی دارند. افرادی که نسبت به رویدادهای زندگی نگرش‌های بدبینانه دارند، همیشه خود را در محدوده اتفاق‌های ناخوشایند می‌پندارند و خود را در معرض ابتلای بیشتر به بیماری‌ها قرار می‌دهند. باتاچاریا<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) با بررسی نقش نگرش‌های بین فردی در بیماران قلبی به این نتیجه رسید که این بیماران محیط اجتماعی خویش را بحرانی‌تر و با حمایت کمتر ادراک می‌کردند. الیس (۱۹۹۵)، نظریه‌پرداز عقلانی-عاطفی-رفتاری، بیماری‌ها و اختلال‌های روانی عمده را ناشی از شناخت‌های اشتباه، باورها و عقاید نادرست و نگرش‌های غلط می‌داند، وی باورهای غیر منطقی را افکاری می‌داند که بر روان فرد سلطه دارند و عامل تعیین‌کننده نحوه تعبیر و تفسیر فرد و معنی دادن به رویدادها و تنظیم‌کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف می‌باشند. باور غیرمنطقی؛ تفکری اغراق‌آمیز، انعطاف‌پذیر، مطلق‌گرا و غیرواقعی است. این باورها عبارتند از: تأیید و حمایت

1- Coronary Heart Disease (chd)  
3- Sarafino

2- Pischke, Weidner, Elliott-Eller & Scherwitz  
4- Bhattacharyya

دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، دل‌مشغولی زیاد، اجتناب از مسائل، وابستگی، ناامیدی به تغییر و کمال‌گرایی. پژوهش‌های مختلف به بررسی رابطه نظام شناختی افراد به ویژه باورهای غیرمنطقی با خشم (ویلد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴)، الگوهای ناسازگارانه (ساوا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹) و فشار خون (هریس، دیویس و درایدن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶) پرداخته‌اند. اسماعیلی، علیلو، بخشی‌پور رودسری و شریفی (۱۳۸۸) با بررسی نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به فشار خون اولیه به این نتیجه رسیدند که میان افراد بیمار و افراد عادی در زمینه نگرش ناکارآمد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. از نظر گلین، کریستنفلد و گرین<sup>۴</sup> (۱۹۹۹) افرادی که بر باورهای غیرمنطقی تأکید می‌کنند، در زندگی با مشکلات متعددی روبرو خواهند شد و برای آنها دشوار است که به خشنودی دست یابند، از سوی دیگر اگر فرد در برخورد با رویدادهای زندگی توانایی شناسایی شیوه‌های رویارویی سالم را نداشته باشد، در واکنش فعال نسبت به چالش‌های زندگی با دشواری رو به‌رو خواهد شد.

بررسی‌ها گویای آن است که واکنش‌های فیزیولوژیک نسبت به فشار روانی، تحت تأثیر حمایت اجتماعی تغییر می‌کند. یعنی شدت واکنش‌های فرد در حضور دوستان و آشنایان کمتر از زمانی است که فرد به تنهایی با فشار روانی مواجه می‌شود (پدرسون، میدل و لارسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). پژوهشگران برای تبیین چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی دو مدل را مطرح کرده‌اند: یکی مدل تأثیر کلی و دیگری فرضیه سپر مانند در برابر استرس. بر پایه مدل نخست، حمایت اجتماعی صرف‌نظر از این که فرد تحت تأثیر فشار روانی باشد یا خیر، باعث می‌شود تا فرد از تجارب منفی پرهیز نماید و از این رو اثرات سودمندی بر سلامتی دارد، و بر پایه الگوی دوم، حمایت اجتماعی تنها برای افراد تحت فشار روانی سودمند است و هم‌چون سپری مانع نفوذ فشار روانی بر فرد می‌شود (سارافینو، ۲۰۰۲). یافته‌های لو و همکاران<sup>۶</sup> (۱۹۹۷)؛ به نقل از گرامر و ریتبور<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰) نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی با شادکامی و سلامت روانشناختی رابطه مثبت دارد.

1- Wild

3- Harris, Davies &amp; Dryden

5- Pedersen, Middel &amp; Larsen

7- Gramer &amp; Reitbauer

2- Sava

4- Glynn, Christenfeld &amp; Gerin

6- Lu

فوکونیشی<sup>۱</sup> (۱۹۹۷؛ به نقل از برانو و لامونت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰) با بررسی ۴۷ بیمار مبتلا به بیماری قلبی-عروقی به این نتیجه دست یافت که این بیماران در مقایسه با افراد سالم، حمایت اجتماعی کمتری دارند. از نظر تایلور<sup>۳</sup> (۱۹۹۵؛ به نقل از بخشانی، بی‌رشک، عاطف وحید و بوالهروی، ۱۳۸۲) حمایت اجتماعی به‌عنوان عاملی در جهت کاهش درماندگی روانشناختی به‌هنگام تجربه رویداد فشارزا شناخته شده و ممکن است به‌ویژه در کاهش درماندگی افراد آسیب‌پذیر (از قبیل افراد مسن، افرادی که اخیراً از همسر خود جدا شده‌اند، قربانیان حوادث شدید و مهارناپذیر زندگی) سودمند واقع گردد. افزون بر این، حمایت اجتماعی در کاهش احتمال ابتلا به بیماری با تسریع بهبود پس از بیماری موثر است و خطر مرگ و میر ناشی از بیماری‌های شدید را تقلیل می‌دهد، که این حمایت‌ها از طرف خانواده، دوستان یا اطرافیان که برای فرد نقش مهمی دارند را در بر می‌گیرد. افراد با سطح دریافت حمایت اجتماعی بالا در معرض خطر کمتری از نظر پیشرفت بیماری قلبی می‌باشند (لت و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). نیز یافته‌ها بیانگر این مطلب است که کاهش در سطح حمایت اجتماعی با افزایش دفعات بستری در بیماریه‌های مزمن ارتباط دارد (سورنسن و وانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹).

یکی از سازه‌هایی که در پژوهش‌های متعدد در راستای ویژگی‌های شخصیتی بیماران قلبی مطرح نظر می‌باشد، سنخ شخصیتی الف است. فریدمن و روزمن در خصوص تأثیر شخصیت در بیماری قلبی، تلاش‌های گسترده‌ای را آغاز کردند که در نهایت به کشف تیپ شخصیتی الف منجر گردید. این پژوهشگران بر این اعتقاد بودند که عامل مهم ابتلای افراد به بیماری قلبی، تیپ الف می‌باشد. این تیپ ویژگی‌هایی از قبیل رقابت جویی، پرخاشگری، اضطراب وقت، مشغله فکری با هدف، شتاب‌زدگی و اضطراب دارند. بر این اساس آنها اعتقاد دارند که این‌گونه رفتارها به تدریج ابتلای این افراد به بیماری کرونری قلب را تسهیل می‌نماید (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۷۹). موناکاتا، هیریزومی، نانوکاوا، تاگوچی و ایتو<sup>۶</sup> (۱۹۹۹) معتقدند که رسیدن به آرامش برای این افراد دشوار است،

1- Fukunishi

3- Tylor

5- Sorensen &amp; Wang

2- Brunero &amp; Lamont

4- Lett

6- Munakata, Hiraizumi, Nunokawa, Taguchi &amp; Ito

در به تأخیر افتادن کارها یا هنگام مواجه شدن با کسانی که آنان را بی‌کفایت می‌دانند، خشمگین می‌شوند. این افراد به ظاهر اعتماد به نفس خوبی دارند اما پیوسته دستخوش تردید هستند. در راستای مطالب مطرح شده فوق، هدف اساسی پژوهش حاضر بررسی این مساله است که آیا بین باورهای غیرمنطقی، حمایت اجتماعی و سنخ شخصیتی الف در بیماران کرونری قلب و افراد سالم تفاوت وجود دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

مطالعه حاضر از نمونه پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد مبتلا به بیماری قلبی استان گیلان در دوره زمانی اردیبهشت تا شهریور ۱۳۸۹ که به بیمارستان دکتر حشمت شهرستان رشت مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دهند. در این راستا ۱۰۰ نفر مبتلا به بیماری قلبی (۵۰ زن و ۵۰ مرد) از بین بیماران واجد شرایط با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به تمام آزمودنی‌ها توضیحات یکسان و واضح در خصوص پر کردن ابزارهای پژوهش داده شد و در مقابل ۱۰۰ نفر از افراد سالم (۵۰ زن و ۵۰ مرد) جهت مقایسه انتخاب شدند که از نظر وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، تعداد فرزند و محل اقامت با گروه بیمار هم‌تا شدند.

### ابزارهای پژوهش

مقیاس تیپ شخصیتی الف: این ابزار یک مقیاس خودسنجی است که توسط نجاریان و همکاران در سال ۱۳۷۴ بر اساس مقیاس‌های استاندارد برای جمعیت ایرانی اعتباریابی گردیده است که دارای ۲۴ ماده و ۲ خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس اول بیشتر با جنبه‌های مرضی (مثل پرخاشگری، بی‌حوصلگی، بی‌قراری، عجله، اضطراب و افسردگی، عزت‌نفس پایین) در ارتباط است که ۱۶ ماده را در بر می‌گیرد و خرده‌مقیاس دوم عمدتاً با جنبه‌های غیرمرضی (مثل اعتماد به نفس بالا، جدی، برنامه‌ریز، پرکار و مسلط، گرایش به موفقیت و سخت‌کوشی) الگوی رفتاری تیپ A مرتبط می‌باشد که ۸ ماده را در بر می‌گیرد. شیوه نمره‌گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت (۰ برای هرگز تا ۳ برای اغلب اوقات) است.

ضرایب بازآزمایی خرده مقیاس اول و دوم به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۷ محاسبه گردیده است (نجاریان، مکوندی، دباغ و نیکفر، ۱۳۷۴).

**پرسشنامه باورهای غیرمنطقی:** این آزمون جهت سنجش و اندازه‌گیری عقاید غیرمنطقی توسط جونز تهیه گردیده است و انواع باورهای غیرمنطقی را با استفاده از ۱۰۰ سوال مورد بررسی قرار می‌دهد. سوال‌های آزمون به روش لیکرت و به صورت ۵ درجه‌ای تهیه شده است. نمره بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده باور غیرمنطقی بالا و نمره پایین نشانگر باور منطقی است. ۱۰ باور غیرمنطقی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شود عبارت است از: ضرورت تأیید و حمایت از جانب دیگران (۱، ۱۱، ۲۱، ۳۱، ۴۱، ۵۱، ۶۱، ۷۱، ۸۱، ۹۱)، انتظار بیش از حد از خود (۲، ۱۲، ۲۲، ۳۲، ۴۲، ۵۲، ۶۲، ۷۲، ۸۲، ۹۲)، تمایل به سرزنش خود (۳، ۱۳، ۲۳، ۳۳، ۴۳، ۵۳، ۶۳، ۷۳، ۸۳، ۹۳)، واکنش به ناکامی (۴، ۱۴، ۲۴، ۳۴، ۴۴، ۵۴، ۶۴، ۷۴، ۸۴، ۹۴)، بی‌مسئولیتی عاطفی (۵، ۱۵، ۲۵، ۳۵، ۴۵، ۵۵، ۶۵، ۷۵، ۸۵، ۹۵)، بیش نگرانی توأم با اضطراب (۶، ۱۶، ۲۶، ۳۶، ۴۶، ۵۶، ۶۶، ۷۶، ۸۶، ۹۶)، اجتناب از مشکلات (۷، ۱۷، ۲۷، ۳۷، ۴۷، ۵۷، ۶۷، ۷۷، ۸۷، ۹۷)، وابستگی (۸، ۱۸، ۲۸، ۳۸، ۴۸، ۵۸، ۶۸، ۷۸، ۸۸، ۹۸)، درماندگی نسبت به تغییر (۹، ۱۹، ۲۹، ۳۹، ۴۹، ۵۹، ۶۹، ۷۹، ۸۹، ۹۹) و کمال‌گرایی (۱۰، ۲۰، ۳۰، ۴۰، ۵۰، ۶۰، ۷۰، ۸۰، ۹۰، ۱۰۰). جونز (۱۹۶۸؛ به نقل از گردی، ۱۳۸۲) با استفاده از روش بازآزمایی پایایی کلی آزمون را معادل ۰/۹۲ و پایایی هر یک از خرده‌مقیاس‌های ۱۰ گانه آن را بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ گزارش نمود. تقی‌پور (۱۳۷۷) ضریب آلفای کرونباخ آزمون را ۰/۷۱ گزارش داده است.

**مقیاس حمایت اجتماعی فیلیپس:** این مقیاس دارای ۲۳ ماده است که ۳ خرده‌مقیاس حمایت اجتماعی از طرف خانواده (۲، ۴، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۸، ۲۲)\*، دوستان (۱، ۶، ۹، ۱۰)\*، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۳) و دیگران (۳، ۵، ۸، ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۲۰، ۲۱)\* را می‌سنجد. اعدادی که با علامت (\*) مشخص شده‌اند به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند عبارات آزمون به روش لیکرت و به صورت پنج درجه‌ای (کاملاً موافقم=۴، موافقم=۳، نظری ندارم=۲، مخالفم=۱، کاملاً مخالفم=۰) تهیه شده‌اند. ضرایب پایایی خرده‌مقیاس‌های خانواده، دوستان و

دیگران در نمونه دانشجویان ایرانی به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۶۴ و ۰/۵۴ است (باوی، ۱۳۸۳). ضریب پایایی به دست آمده در تحقیق پاشا، صفرزاده و مشاک (۱۳۸۶) با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر ۰/۸۴ و ۰/۸۲ است.

### نتایج

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، ۵۰ درصد آزمودنی‌های پژوهش را مردان و ۵۰ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. میانگین سنی افراد مبتلا به بیماری قلبی ۴۲/۵۳ (انحراف معیار=۱۳/۶۹) و افراد سالم ۴۱/۳۰ (انحراف معیار=۱۲/۲۸) می‌باشد.

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

شاخص متغیر نمونه	سالم N=۱۰۰		بیمار N=۱۰۰	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تأیید و حمایت دیگران	۲۶/۳۷	۵/۵۸	۳۲/۷۰	۷/۱۸
انتظار بالا از خود	۳۱/۱۵	۶/۴۱	۳۷/۰۸	۷/۰۵
تمایل به سرزنش خود	۲۹/۰۱	۵/۲۹	۳۰/۷۳	۵/۹۴
واکنش به ناکامی	۲۶/۱۴	۵/۴۳	۲۸/۵۱	۵/۹۲
بی‌مسئولیتی عاطفی	۲۴/۳۰	۶/۸۲	۲۳/۶۹	۵/۹۹
اضطراب	۳۰/۷۲	۵/۵۴	۳۳/۶۵	۶/۱۰
اجتناب از مسائل	۲۶/۷۹	۵/۱۴	۲۸/۲۶	۵/۸۶
وابستگی	۳۱/۸۲	۶/۳۷	۳۲/۷۴	۶/۳۱
ناامیدی نسبت به تغییر	۳۰/۴۹	۵/۲۶	۳۴/۷۹	۵/۳۶
کمال‌گرایی	۲۷/۳۶	۵/۱۱	۲۶/۰۸	۴/۰۴
حمایت خانواده	۲۲/۲۱	۵/۲۲	۱۹/۶۷	۴/۹۷
حمایت دوستان	۱۸/۹۱	۵/۵۹	۱۷/۶۷	۶/۶۰
حمایت دیگران	۱۹/۵۵	۵/۶۲	۲۰/۷۴	۴/۵۶
تیپ شخصیتی الف	۳۲/۱۰	۹/۱۳	۴۲/۸۳	۱۱/۶۰

جهت تعیین تفاوت گروه‌ها از نظر متغیرهای مورد بررسی (باورهای غیرمنطقی، حمایت اجتماعی و سنخ شخصیتی الف، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده گردید. البته پیش از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، آزمون لامبدای ویکلز

ارائه گردید، با توجه به مقدار F مشاهده شده آزمون لامبدای ویکلز در جدول ۲ نتیجه می‌شود که بین دو گروه از نظر متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول (۲) مقدار آزمون لامبدای ویکلز در تحلیل واریانس چندمتغیره

آزمون	مقدار آماره آزمون	F	سطح معنی‌داری
لامبدای ویکلز	۰/۶۳	۲۲/۵۹	۰/۰۰۰

جدول (۳) نتایج آزمون تحلیل واریانس جهت مقایسه باورهای غیرمنطقی، حمایت اجتماعی و سنخ شخصیتی الف در دو گروه

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
تأیید و حمایت دیگران	گروه	۳۲۲/۵۸	۱	۳۲۲/۵۸	۲۶/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۱۲
	خطا	۲۳۷۸/۴۴	۱۹۸	۱۲/۰۱			
انتظار بالا از خود	گروه	۳۴۵/۸۵	۱	۳۴۵/۸۵	۱۸/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۰۹
	خطا	۳۶۸۴/۰۳	۱۹۸	۱۸/۶۱			
تمایل به سرزنش خود	گروه	۱۲۹/۶۱	۱	۱۲۹/۶۱	۴/۸۷	۰/۰۴	۰/۰۲
	خطا	۳۷۳۷/۱۵	۱۹۸	۱۸/۸۷			
واکنش به ناکامی	گروه	۱۲۸	۱	۱۲۸	۸/۴۱	۰/۰۰۴	۰/۰۴
	خطا	۳۰۱۵/۹۸	۱۹۸	۱۵/۲۳			
بی‌مسئولیتی عاطفی	گروه	۶/۱۳	۱	۶/۱۳	۰/۳۹	۰/۵۴	۰/۰۰۲
	خطا	۳۱۴۴/۸۳	۱۹۸	۱۵/۸۸			
اضطراب	گروه	۳۲۰/۰۵	۱	۳۲۰/۰۵	۱۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۰۹
	خطا	۳۳۹۰/۹۵	۱۹۸	۱۷/۱۳			
اجتناب از مسائل	گروه	۷/۶۱	۱	۷/۶۱	۰/۴۴	۰/۵۱	۰/۰۰۲
	خطا	۳۴۱۸/۵۹	۱۹۸	۱۷/۲۷			
وابستگی	گروه	۲/۶۵	۱	۲/۶۵	۰/۱۵	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	خطا	۳۴۱۷/۳۵	۱۹۸	۱۷/۲۶			
نامیدی نسبت به تغییر	گروه	۱۷۸/۶۱	۱	۱۷۸/۶۱	۱۱/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵
	خطا	۳۱۹۴/۹۵	۱۹۸	۱۶/۱۴			
کمال‌گرایی	گروه	۳۳/۶۲	۱	۳۳/۶۲	۱/۱۴	۰/۲۹	۰/۰۰۶
	خطا	۵۸۵۰/۸۶	۱۹۸	۲۹/۵۵			



۰/۱۴	۰/۰۰۱	۳۱/۱۰	۶۵۸/۸۵	۱	۶۵۸/۸۵	گروه	حمایت خانواده
			۲۱/۱۹	۱۹۸	۴۱۹۵/۰۳	خطا	
۰/۰۰۴	۰/۴۰	۰/۷۱	۱۳/۰۱	۱	۱۳/۰۱	گروه	حمایت دوستان
			۱۸/۴۲	۱۹۸	۳۶۴۶/۱۹	خطا	
۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۱۷	۲/۴۲	۱	۲/۴۲	گروه	حمایت دیگران
			۱۴/۳۷	۱۹۸	۲۸۴۴/۸۶	خطا	
۰/۱۶	۰/۰۰۱	۳۷/۶۹	۲۳۱۸/۸۱	۱	۲۳۱۸/۸۱	گروه	تیپ شخصیتی الف
			۶۱/۵۲	۱۹۸	۱۲۱۸۱/۵۵	خطا	

بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق، بین مؤلفه‌های تأیید و حمایت دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، اضطراب، ناامیدی نسبت به تغییر در مقیاس باورهای غیرمنطقی، حمایت خانواده و تیپ شخصیتی الف در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس آماره‌های توصیفی به‌دست آمده در جدول ۱، میانگین نمره تأیید و حمایت دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، اضطراب، ناامیدی نسبت به تغییر و تیپ شخصیتی الف در بیماران قلبی و میانگین نمره حمایت خانواده در گروه سالم، بالاتر از گروه مقابل بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اساسی مطالعه حاضر، بررسی تطبیقی باورهای غیرمنطقی، حمایت اجتماعی و سنخ شخصیتی الف بیماران کرونری قلب و افراد عادی است. در این راستا یکی از یافته‌های این پژوهش نشانگر این مطلب است که افراد مبتلا به بیمار قلبی در مقایسه با افراد سالم، باور غیرمنطقی (زیرمقیاس‌های تأیید و حمایت دیگران، انتظار بالا از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، اضطراب و ناامیدی نسبت به تغییر) بالاتری دارند که این یافته با نتایج پژوهش‌های باتاچاریا (۲۰۰۱) و اسماعیلی و همکاران (۱۳۸۸) مطابقت دارد. همان‌گونه که اذعان گردید باورهای غیرمنطقی، معیارهای انعطاف‌پذیری هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند. این فرض‌ها یا طرحواره‌ها در سازماندهی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار استفاده می‌شوند، از آن جایی که این نگرش‌ها، انعطاف‌ناپذیر، افراطی و در برابر تغییر مقاوم هستند؛ ناکارآمد و ناباور تلقی

می‌شوند. این مفروضه‌ها که در تفسیر تجارب جدید، شکل دادن به انتظارات و پیش‌بینی‌ها تأثیرگذار هستند، در بیماران قلبی باعث می‌شوند که محیط اجتماعی خویش را بحرانی‌تر و با حمایت کمتر ادراک می‌نمایند و همین نگرش‌های منفی، فشارهای متعددی را ایجاد می‌نمایند. وجود باورهای غیرمنطقی، موجب تجربه مکرر سطوح بالای برانگیختگی می‌گردد که این برانگیختگی به دنبال احساس شکست و ناکامی در رسیدن به اهداف نیز به صورت مکرر در فرد تجربه می‌گردد، در نتیجه این موارد، در هنگام رویارویی با مشکلات و پذیرش مسئولیت، فرد احساس اضطراب می‌نماید، چرا که انتظار بالا از خود دارند و در غیر آن، خویشتن را سرزنش می‌نمایند و نیز به طور مداوم نیازمند تأیید از طرف دیگران هستند. سرانجام باید گفت که به دلیل ناامیدی از تغییر، از انعطاف‌پذیری کافی جهت تغییر باورها و استراتژی‌ها برخوردار نیستند. بدیهی است که این باورها و نگرش‌ها، ایجادکننده فشار روانی هستند و این فشارهای روانشناختی نیز واکنش‌های جسمانی گوناگون در قلب و دستگاه گردش خون را موجب می‌شوند.

نیز یافته‌ها بیانگر این نکته بودند که بین حمایت اجتماعی (مؤلفه حمایت خانواده) مبتلایان به بیماران قلبی و افراد سالم تفاوت وجود دارد، به این معنی که افراد سالم از حمایت اجتماعی بالاتری نسبت به مبتلایان بیماران قلبی برخوردارند که با یافته‌های پژوهش لو و همکاران (۱۹۹۷؛ به نقل از گرامر و ریتبور، ۲۰۱۰)، فوکونیشی (۱۹۹۷؛ به نقل از برانو و لامونت، ۲۰۱۰)، پیستولکا و همکاران (۲۰۰۲؛ به نقل از کریون و هاگس، ۲۰۱۲) و تایلور (۱۹۹۵؛ به نقل از بخشانی، بیرشک، عاطف وحید و بوالهروی، ۱۳۸۲) همسو می‌باشد. حمایت اجتماعی از طرف خانواده از طریق فراهم نمودن سرمشق‌های لازم، افزایش تغییرهای مثبت و شکل‌گیری نگرش‌های سالم و سرانجام ایجاد حمایت اطلاعاتی منجر به کاهش اضطراب و تقلیل رفتارهای منجر به بیماری قلبی می‌گردد.

به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی هنگام بروز استرس، مانند یک سپر محافظ عمل می‌کند و از بروز بیماری قلبی پیشگیری می‌نماید. پیرس و همکاران (۱۹۹۶؛ به نقل از بخشانی و همکاران، ۱۳۸۲) بر این باورند که فرد بر اساس تجارب پیشین، ممکن است نتیجه‌گیری نماید که از حمایت اجتماعی برخوردار است یا خیر، و چنانچه پاسخ مثبت

باشد، تعامل با شبکه اجتماعی افزایش یافته و اثر منفی رویدادهای زندگی کاهش می‌یابد. حمایت اجتماعی عامل مهمی برای فراهم شدن تجارب مثبت و پاداش‌دهنده برای افراد به‌شمار می‌رود، در نتیجه افزایش احساس خود ارزشمندی افراد و کاهش احتمال ابتلا به اختلالات جسمانی از جمله بیماری قلبی را در پی خواهد داشت.

سرانجام این‌که یافته‌ها نشان داد که افراد مبتلا به بیماری قلبی واجد سنخ شخصیتی الف هستند. همان‌طور که مطرح گردید از مهم‌ترین ویژگی‌های این افراد؛ رقابت جویی، ناشکیبایی، پرخاشگری و احساس فوریت می‌باشد، لذا در حالت برانگیختگی قرار دارند که منجر به ترشح زیاد هورمون‌های تحریک‌زا نظیر آدرنالین و کورتیزول می‌گردد، ترشح بیش از حد معمول این هورمون‌ها در درازمدت بر عروق کرونر قلب اثر گذاشته و موجب گرفتگی عروق کرونر قلب می‌گردد. بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته نظیر کلارک و همکاران (۲۰۰۳) این ویژگی‌ها همراه با بیماری قلبی همبسته است.

بنابراین با توجه به مطالعه حاضر و نظر به اینکه عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی و واکنش افراد در رویارویی با عوامل فشارزا نقش مهمی در ظهور و تشدید بیماری قلبی-عروقی دارد، لذا پیشنهاد می‌گردد با انجام مداخلات روانشناختی به‌ویژه رفتار درمانی، شناخت‌درمانی و تقویت شبکه حمایت اجتماعی در کنار درمان‌های جسمی میزان استرس در بیماران کرونری قلب را کاهش داد و بر طول دوره زندگی این افراد افزود. همچنین در افراد مستعد بیماری کرونری قلب با تعدیل واکنش افراد به استرس و تغییر عوامل خطر روانی و اجتماعی زمینه‌ساز برای بیماری کرونری قلب در این افراد خطر ابتلاء به این بیماری را کاهش داد. محدودیت پژوهش حاضر، انتخاب گروه مقابل بیماران قلبی بوده است که از همراهان و پرسنل بیمارستان جهت گروه مقایسه انتخاب شدند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۳/۰۴/۲۰

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۰۹/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۰۵

## منابع

- اسماعیلی، معصومه؛ علیلو، مجیدمحمود؛ بخشی‌پور رودسری، عباس و شریفی، محمدمبین (۱۳۸۸). بررسی نگرش‌های ناکارآمد و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به فشار خون اولیه. *مطالعات روانشناختی*، ۵، ۲، ۱۳۲-۱۱۷.
- باوی، ساسان (۱۳۸۳). رابطه خودبیمارانگاری با حمایت اجتماعی در زنان و مردان شهر اهواز. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی*. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- بخشانی، نورمحمد؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم و بوالهیری، جعفر (۱۳۸۲). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس‌زای زندگی با افسردگی. *مجله اندیشه و رفتار*، ۹، ۲، ۴۹-۵۵.
- پاشا، غلامرضا؛ صفرزاده، سحر؛ مشاک، رویا (۱۳۸۶). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی بین سالمندان ساکن خانه سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. سال سوم، ۱۱۴، ۵۰۳-۵۱۴.
- تقی‌پور، منوچهر (۱۳۷۷). بررسی و مقایسه باورهای غیرمنطقی در اختلالات روان تنی با افراد بهنجار. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی*.
- روزنهان، دیوید و سلیگمن، مارتین (۱۳۷۹). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. چاپ اول. جلد اول. تهران: ساوالان.
- گردی، فلور (۱۳۸۲). ارتباط نوع و میزان تفکرات غیر منطقی با سلامت روانی دانشجویان دوره کارشناسی ارشد گروه‌های مختلف تحصیلی دانشگاه شهید بهشتی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی*.
- نجاریان، بهمن؛ مکوندی، بهنام؛ دباغ، بهنام و نیکفر، سارا (۱۳۷۴). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش تیپ شخصیتی الف. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱، ۲، ۲۴-۵۰.
- Bhattacharyya, T. (2001). The effect of type a behavior and locus of control in the coping styles: A study on coronary heart disease patients. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 28(2), 181-185.
- Brunero, S. & Lamont, S. (2010). Health behaviour beliefs and physical health risk factors for cardiovascular disease in an outpatient sample of

- consumers with a severe mental illness: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 753-760.
- Clark, R. (2003). Parental history of hypertension and coping responses predict blood pressure changes in black college volunteers undergoing a speaking task about perceptions of racism, American Psychosomatic Society American immigrant elderly in Maryland. *The 130<sup>th</sup> Annual meeting of APHA*.
- Creaven, A.M. & Hughes, B.M. (2012). Cardiovascular responses to mental activation of social support schemas. *International Journal of Psychophysiology*, 84(2), Pages 113-119.
- Ellis, A. (1995). "Changing rational-emotive Therapy (RET) to rational emotive behavior Therapy (REBT)". *Journal of Rational-Emotive and cognitive behavioral Therapy psychotherapy*, 13, 85-89.
- Glynn, L.M., Christenfeld, N., & Gerin, W. (1999). Gender, social support and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine*, 61, 234-242.
- Gramer, M. & Reitbauer, C. (2010). Social support on cardiovascular responses during stressor anticipation and active coping. *Biological Psychology*, 85(2), 268-274.
- Harris, S.; Dryden, W. (2006). An Experimental Test up a Core REBT Hypothesis: evidence that irrational beliefs lead to physiological as well as psychological arousal. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*. 24(2)101-111.
- Lett, H.S., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Strauman, T.J., Robins, C. & Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 869-78.
- Munakata, M., Hiraizumi, T., Nunokawa, T., Taguchi, T. & Ito, N. (1999). Type A behavior is associate with an increased risk of left ventricular hypertrophy in male patients with essential hypertention. *Journal of Hypertension*, 17, 115-120.
- Pedersen, S.S., Middel, B. & Larsen, M.L. (The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction. *Journal of Psychosom Resarch*, 53(6), 1171-5.

- 
- Pischke, C.R., Weidner, G., Elliott-Eller, M.& Scherwitz, L. (2006). Comparison of coronary risk factors and quality of life in coronary artery disease patients with versus without diabetes mellitus. *American Journal Cardiology*, 97(9): 1267-73.
- Sarafino, E.P. (2002). *Health Psychology (4th Ed.)*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sava, F.A. (2009). Maladaptive schemas, irrational beliefs, and their relationship with the five-factor personality model. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*. 9(2): 135-147.
- Sorensen, EA, Wang F. (2009). Social support, depression, functional status, and gender differences in older adults undergoing first-time coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*, 38(4), 306-17.
- Wild, J. (2004). Relationship between Cognitive Distortions and Anger. *The Rational Emotive Behavioral Therapists*, 11(1), 61-82.