

بررسی نقش متغیرهای روان‌شناختی و اهمیت روان‌درمانی در آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی

رضا سلطانی شال^۱، دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شَعرباف^۲

نویسنده‌ی مسول: مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی Soltani.Psy@gmail.com

دریافت: ۹۲/۱۰/۲۵ پذیرش: ۹۳/۱۰/۷

چکیده

زمینه و هدف: در دهه‌ی اخیر، بیماری قلبی عروقی یکی از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان محسوب می‌شود. یکی از شایع‌ترین نوع این بیماری، بیماری کرونری قلب است. عوامل زیادی وجود دارند که ممکن است در بروز این بیماری و عوارض جانبی جسمانی و روان‌شناختی آن نقش داشته باشند. مطالعه‌ی حاضر این فرضیه را مورد بررسی قرار می‌دهد که آیا تیپ شخصیتی D، هوش هیجانی، استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای می‌توانند پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی باشند و در ادامه، به بحث در مورد اهمیت کاربرد روان‌درمانی در درمان کارآمدتر بیماران قلبی می‌پردازد.

روش بررسی: شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌های تیپ شخصیتی D، هوش هیجانی، استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای و آسیب‌شناسی روانی را تکمیل نمودند. به‌منظور بررسی اینکه آیا تیپ شخصیتی D، هوش هیجانی، استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای می‌توانند به‌طور معناداری آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی را پیش‌بینی کنند از تحلیل رگرسیون استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج رگرسیونی ($R^2 = 0.737$, $F = 68.18$) نشان داد که متغیرهای پیش‌بین، توانستند ۷۳ درصد از آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی را تبیین کنند. همچنین یافته‌ها نشان داد که کاهش آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی با نمرات پایین تیپ شخصیتی D، استرس و سبک مقابله‌ای هیجان مدار، نمرات بالای هوش هیجانی و سبک مقابله‌ای مساله مدار بالا مرتبط است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های بررسی حاضر نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی هم در زمینه‌سازی بیماری قلبی و هم در تشدید آن نقش دارند و نیز از عوارض این بیماری نیز محسوب می‌گردند. بنابراین آموزش مدیریت استرس، سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه و هوش هیجانی می‌توانند سبب کاهش ابتلا به بیماری قلبی و مرگ‌ومیر ناشی از آن و آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی گردد.

واژگان کلیدی: آسیب‌شناسی روانی، بیماری کرونری قلب، سازگاری (مقابله)، استرس، تیپ شخصیتی، هوش هیجانی

مقدمه

این بیماری نه تنها به صورت منفی راحتی و سلامتی بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بلکه ارتباطات اجتماعی، الگوی زندگی، فضای خانوادگی، شغل و سطح درآمد وی را نیز متأثر می‌سازد (۱). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که بیماران

بیماری‌های قلبی در اثر تنگی و گرفتگی عروق کرونری قلب ایجاد می‌شوند و یک مشکل بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته به شمار می‌رود از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان از جمله ایران محسوب می‌گردند.

۱- دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

۲- دکترای تخصصی روانشناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

کرونی قلب ارتباط دارد، به گونه‌ای که تحقیقات نشان می‌دهد که افسردگی و اضطراب، سبک‌های رفتاری ناسالم و دیگر آشفتگی‌های روانشناختی در افراد مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری، باعث افزایش شدت نشانه‌ها و احتمال حمله‌ی مجدد قلبی می‌شوند (۵). از مهم‌ترین این عوامل در مطالعات متعدد، استرس ادراک‌شده، سبک‌های رفتاری، مکانیزم‌های دفاعی رفتاری و روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی، اختلالات خلقی و هیجانی، عدم کنترل هیجانی و هوش هیجانی و راهبرهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی مطرح شده‌اند.

در دهه‌ی اخیر رویکرد نوینی در بررسی سلامتی افراد در محیط‌های بالینی و غیر بالینی به وجود آمده است که ابعاد مختلف زندگی را مورد توجه قرار می‌دهد و تحت عنوان "کیفیت زندگی" شناخته می‌شود (۶). شاخص کیفیت زندگی با سلامت فیزیکی، بهداشت روانی، روابط رو به پیشرفت با مردم، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و داشتن حس خود شکوفایی شناخته می‌شود. همچنین طبق رویکرد نوین سازمان جهانی بهداشت، سلامتی نه فقط به عدم وجود بیماری، بلکه به حالت رفاه و آسایش بهینه‌ی جسمی، روانی و اجتماعی فرض می‌شود. بنابراین در ارزیابی سلامتی و بهداشت افراد، نباید فقط به شاخص‌های سنتی سلامتی نظیر میزان مرگ‌ومیر و میزان ابتلا به بیماری توجه نمود، بلکه می‌بایست بهداشت روان افراد و میزان رضایت از کیفیت زندگی‌شان نیز ارزیابی شود (۷). علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن نظیر بیماران قلبی افزایش چشمگیری یافته و به یکی از عمده‌ترین اهداف درمان مبتلایان به بیماری قلبی تبدیل شده است. همچنین امروزه توجه به کیفیت زندگی در بیماران قلبی باعث کاهش میزان مرگ‌ومیر در این بیماران شده و نتایج کار آزمایشی‌های بالینی نشان می‌دهد که کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان نشانه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و جزئی از برنامه درمان این بیماران محسوب شده و اندازه‌گیری آن در

مبتلا به بیماری قلبی از سطوح کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند به گونه‌ای که این بیماران در مقایسه با مبتلایان به سایر بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های مزمن انسدادی ریه، آرتروز و آنژین ناپایدار از سلامت روان‌شناختی و کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند و با انواع اختلالات جسمانی نظیر دردهای قفسه سینه، ضعف بدنی، عملکرد فیزیکی ضعیف و کیفیت زندگی نامطلوب و آسیب‌های روان‌شناختی (Psychopathology) نظیر اضطراب، افسردگی و اختلالات خلقی و ارتباطی، افسردگی، پرخاشگری، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، خصومت بین فردی، افکار و رفتاری‌های وسواسی، ترس‌های مرضی و ... مرتبط است. همین امر سبب می‌گردد بهبودی این بیماران با تاخیر بیشتر و مشکلات شدیدتری همراه باشد و در بیشتر مواقع به طولانی‌تر شدن دوره درمان و کاهش احتمال بهبودی منجر گردد (۲). بررسی‌های گذشته نشان می‌دهد که صرفاً عوامل جسمانی و فیزیولوژیک، عامل سبب‌ساز بیماری قلبی نمی‌باشند، بلکه متغیرهای روان‌شناختی نیز به صورت مستقیم و غیرمستقیم زمینه مساعدی برای ابتلای افراد به بیماری‌های قلبی و آسیب‌های جسمانی و روان‌شناختی ناشی از آن محسوب می‌شوند (۳).

عوامل روان‌شناختی یا رفتاری نقش بالقوه‌ای در بروز یا درمان بیماری‌های جسمانی حاد و مزمن دارند. اگرچه ممکن است اثبات وجود رابطه‌ی مستقیم یا تعیین مکانیزم‌های زیر بنایی این ارتباط امکان‌پذیر نباشد ولی این ارتباط چنان زیاد و مهم است که در آسیب‌شناسی روانی به عنوان اختلالات روان‌تنی به آن توجه شده است و این ارتباط منجر به ایجاد یک حوزه بین‌رشته‌ای به نام روانشناسی سلامت شده است که در مرز بین روانشناسی و پزشکی قرار دارد (۴). آشفتگی‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، خصومت، انزوای اجتماعی و استرس‌های مزمن زندگی با افزایش میزان مرگ‌ومیر در بیماران مبتلا و غیر مبتلا به بیماری عروق

دیگران، خویش‌داری و تسلط بر خواسته‌های لحظه‌ای، همدلی با دیگران و استفاده مثبت از هیجان‌ها در تفکر و شناخت، از مولفه‌های هوش هیجانی محسوب می‌شوند (۱۱). بررسی‌های متعددی نشان می‌دهند که هوش هیجانی بالا با تنظیم هیجانی متناسب همراه بوده و عامل محافظت‌کننده خوبی در مقابل تنش‌های روزمره و ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی می‌باشد (۱۲).

همچنین استرس عبارت است از واکنش‌های فیزیکی، ذهنی و عاطفی که در نتیجه تغییرات و نیازهای زندگی فرد، تجربه می‌شوند. استرس به‌عنوان یک پدیده‌ی روان‌شناختی از عوامل مهم در بروز و استمرار بسیاری از اختلالات روانی در افراد به‌خصوص مبتلایان به بیماری‌های مزمن نظیر بیماری قلبی است. از این‌رو در سال‌های اخیر توجه به استرس، منابع آن و راهبردهای مقابله و سازگاری با آن در گروه‌های مختلف به‌ویژه در مبتلایان به بیماری‌ها و مشکلات روانی و جسمانی، مورد توجه و بررسی زیادی قرار گرفته است. همچنین نشان داده شده که به‌کار گرفتن راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، نقش مهمی در کاهش استرس داشته است و از ابتلا به اختلالات مزمن جسمی نظیر بیماری قلبی و اختلالات روانی نظیر اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، ترس‌های مرضی و ... در بیماران قلبی جلوگیری می‌نماید. به‌گونه‌ای که محققان معتقدند برای جلوگیری از ایجاد و دوام رویدادهای تنش‌زا که باعث بیماری جسمی، روانی و عدم آرامش افراد می‌شوند باید از شیوه‌ی مقابله‌ای مناسب استفاده شود (۱۳).

بنابراین در کنار رویکرد صرفاً فیزیولوژیک نسبت به بیماری کرونری قلب، می‌بایست این بیماری را از نوع اختلالات روان‌تنی محسوب کرد و در بررسی عوامل مؤثر در پیدایش آن و تعدیل‌کننده‌ی بهداشت روانی مبتلایان به آن به ترکیب عوامل خطر روانی و جسمی توجه داشت و رویکردی چندبعدی در پیش رو قرار داد. چراکه مطالعات درمانی بیماران قلبی از طرفی به عوارض جانبی درمان‌های صرفاً

بیماری‌های مزمن اطلاعات بیشتری در مورد وضعیت سلامت بیماران در اختیار تیم درمان قرار می‌دهد (۸). مطالعه‌ی علمی نقش هیجان در ایجاد بیماری قلبی - عروقی در قالب پژوهش‌های نظام‌دار از زمانی آغاز شد که فریدمن و روزنمن (۱۹۷۴) پزشکان متخصص قلب الگوی رفتاری تیپ A را در بیماران قلبی - عروقی مشاهده کردند و رقابت‌طلبی، حساسیت به فوریت‌های زمانی و خصومت‌ورزی را به منزله‌ی ویژگی‌های بنیادی شخصیت در این تیپ مورد بررسی قرار دادند (۹). محققان معتقدند سبک شخصیتی مستعد کننده‌ی بیماری قلبی، فراتر از رفتاری تیپ شخصیتی A است و از آن با عنوان تیپ شخصیتی D نام می‌برند. مفهوم تیپ شخصیتی D بیانگر تعامل صفات ویژه‌ای است که ممکن است روی سلامتی اثرات زیان‌باری داشته باشد. تیپ شخصیتی D دارای دو مولفه است. عاطفه‌ی منفی که به تمایل تجربه‌ی عواطف منفی در طول زمان و موقعیت‌های مختلف اشاره می‌کند و بازداری اجتماعی که تمایل برای بازداری از بیان این هیجان‌ات در تعاملات اجتماعی است. بنابراین افراد با تیپ شخصیتی D عواطف منفی بالا و بازداری اجتماعی بیشتری را نشان می‌دهند. همچنین این تیپ شخصیتی با دامنه‌ی وسیعی از اختلالات هیجانی از قبیل اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، کیفیت زندگی پایین و سبک زندگی ناسالم و انواع اختلالات جسمی و روانی دیگر در ارتباط است و سبب می‌گردد افراد مستعد ابتلا به بیماری قلبی گردند (۱۰). متغیر دیگر پژوهش حاضر، هوش هیجانی است. هوش هیجانی موضوعی است که به جایگاه و نقش هیجان‌ات، احساسات و عواطف و تنظیم آن‌ها در توانمندی‌های انسانی اشاره دارد و شکلی از هوش اجتماعی است که توانایی کنترل و مدیریت احساسات و هیجان‌ات خود و دیگران، تمایز میان آن‌ها و استفاده از این اطلاعات جهت هدایت شناخت و رفتار را شامل می‌شود. همچنین توجه به هیجان‌ها، کاربرد مناسب آن‌ها در روابط انسانی، درک هیجان‌ات و احساسات خود و

فیزیولوژیک اشاره کرده‌اند و از طرف دیگر به آسیب‌شناسی‌های روانشناختی بیماران قلبی در دوره‌های قبل و بعد از درمان اشاره کرده‌اند. آنچه امروز در پزشکی رفتاری دارای اهمیت است دیدگاهی کلی‌نگر به نام زیستی روانی اجتماعی است که در این مثلث، انسان نه تنها از سه دیدگاه زیستی، روانی و اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرد، بلکه ارتباط تنگاتنگ این دیدگاه‌ها با یکدیگر نیز دارای اهمیت ویژه است (۱۴). در همین راستا بخشی از پژوهش حاضر به بررسی نقش متغیرهای روان‌شناختی بر آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی پرداخته و به نقش درمان روانشناختی در درمان کارآمدتر و جامع‌تر بیماران قلبی تأکید کرده است.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی-همبستگی است که در آن، ۱۸۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب، که در تابستان سال ۱۳۹۲ به درمانگاه تخصصی قلب و عروق بیمارستان امام رضا(ع) شهر مشهد مراجعه نمودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس نرم‌افزار Gpower.۳،۱۰،۱ (اندازه اثر متوسط ۰/۱۵، تعداد پیش‌بین ۵ متغیر، توان آزمون ۰/۹۵) و با ۱۰ درصد احتمال ریزش، انتخاب شدند (۱۵). معیار ورود عبارت بود از توانایی پاسخگویی به سوالات، عدم وجود بیماری جسمی همزمان، عدم وجود اختلال روانشناختی در ماه گذشته و دامنه سنی ۲۰ تا ۷۰ سال.

پرسشنامه‌ی جمعیت شناختی: این پرسشنامه شامل برخی مشخصات جمعیت شناختی مانند سابقه بستری شدن، سن، سابقه‌ی بیماری می‌باشد.

پرسشنامه‌ی سبک‌های مقابله‌ای: این ابزار ۱۹ آیتمی توسط بیلینگز و موس (۱۹۸۱) ساخته شده و دو سبک مقابله‌ای هیجان مدار را با ۱۱ جمله و مساله مدار را با ۸ جمله مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در ایران روایی و پایایی این پرسشنامه مناسب گزارش شده است (۱۶). در

پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. پرسشنامه‌ی استرس ادراک‌شده: این مقیاس ۱۴ سوالی توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) تهیه شده و میزان استرسی که شخص در طول ماه گذشته در زندگی خود تجربه کرده است را می‌سنجد. پایایی این آزمون به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۸۶ گزارش شده است (۱۷). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی هوش هیجانی: این پرسشنامه ۳۰ سوالی توسط فارنهام و پترایدز (۲۰۰۰) طراحی شده و ۴ عامل خوش‌بینی، کنترل عواطف، درک عواطف خود و دیگران و مهارت‌های اجتماعی هوش هیجانی را ارزیابی می‌کند. روایی و پایایی این آزمون مناسب گزارش شده است (۱۸). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه‌ی تیپ شخصیتی D: این مقیاس ۲۲ سوالی شامل ۵ عامل افسردگی و اضطراب، خشم، زودرنجی، محدودیت اجتماعی و بازداری کلامی است. این مقیاس دارای روایی قابل قبولی است. پایایی مقیاس از سه روش آلفای کرونباخ، باز آزمایی و دونیمه کردن برابر ۰/۸۵، ۰/۹۲ و ۰/۷۴ بوده است. این مقیاس دارای روایی سازه مناسبی است و روایی هم‌زمان این مقیاس از طریق همبستگی با مقیاس‌های GHQ و تعامل اجتماعی گلاس ۰/۵۵ و ۰/۵۲ بوده است (۱۹).

پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: این پرسشنامه ۲۶ سوالی توسط سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی کیفیت زندگی در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط طراحی شده است. در ایران نجات و همکاران (۲۰۰۶) این مقیاس را هنجاریابی کرده و پایایی این آزمون را به روش همسانی درونی در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و سلامت محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷ گزارش کرده‌اند (۲۰). در پژوهش

ضریب همبستگی پیرسون) و استنباطی (رگرسیون همزمان) تحلیل شدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر حداقل سن شرکت‌کنندگان (۳۹/۳ درصد مرد و ۶۰/۷ درصد زن)، ۲۳ و حداکثر ۶۸ بوده است. ۲۱/۹ درصد افراد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۲/۲ درصد راهنمایی، ۴۷ درصد دیپلم، ۱۲/۹ درصد کارشناسی و ۶ درصد کارشناسی ارشد می‌باشد. ۱۴/۲ درصد افراد بدون سابقه بستری، ۳۱/۹ درصد یک‌بار، ۲۷/۳ درصد دو بار، ۱۲ درصد سه بار و ۱۴/۶ درصد بیش از ۳ بار سابقه بستری شدن قبلی در بخش قلب و عروق داشته‌اند. آمارهای توصیفی متغیرها در جدول ۱ آمده است.

حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. مقیاس آسیب‌شناسی روانی عمومی: این مقیاس ۲۵ سوالی توسط نجاریان و داوودی ساخته شده است و وضعیت روان‌شناختی و آسیب‌شناختی روانی فرد را در هفت روز گذشته را در ابعاد نه گانه ۱- روان‌پریشی، ۲- شکایت جسمانی، ۳- وسواس فکری-عملی، ۴- افسردگی، ۵- اضطراب، ۶- خصومت بین فردی، ۷- پرخاشگری، ۸- ترس مرضی، ۹- عقاید پارانویید مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پایایی این مقیاس از طریق محاسبه همسانی درونی ۰/۹۸ و ضریب اعتبار به شیوه باز آزمایی ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۱). در تحقیق حاضر پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار،

جدول ۱: بررسی شاخص‌های توصیفی و همبستگی بین متغیرها

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. هوش هیجانی	۱۰۸ (۴۲/۸)						
۲. تیپ شخصیتی D	۴۷/۳ (۲/۱۶)	-۰/۴۵*	۱				
۳. مسئله مدار	۹/۱۵ (۵/۴)	۰/۵۹*	-۰/۶۶*	۱			
۴. هیجان مدار	۲۱/۴ (۶/۷)	-۰/۴۷*	۰/۶۴*	-۰/۵۶*	۱		
۵. استرس ادراک‌شده	۳۲/۵ (۱۱/۵)	-۰/۷۴*	۰/۷۳*	-۰/۵۸*	۰/۷۲*	۱	
۶. کیفیت زندگی	۶۷/۸ (۷/۱۹)	۰/۷۱*	-۰/۶۳*	۰/۶۱*	-۰/۶۷*	-۰/۶۹*	۱
۷. آسیب‌شناسی روانی	۶۴/۲۱ (۱۴/۶)	-۰/۵۰*	۰/۶۱*	-۰/۵۶*	۰/۴۸*	۰/۵۴*	-۰/۵۰۳*

* سطح معناداری

مقابله‌ای و استرس ادراک‌شده از رگرسیون به روش همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

به منظور پیش‌بینی آسیب‌شناسی روانی بر اساس متغیرهای پیش‌بین هوش هیجانی، تیپ شخصیتی D، راهبردهای

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیونی برای آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی

روش	R	R ^۲	R ^۲ تنظیم شده	F
همزمان	۰/۸۶	۰/۷۳۹	۰/۷۱۷	۹۱/۲۶*

* سطح معناداری

آسیب‌شناسی روانی داشته‌اند از این متغیرها به‌عنوان پیش‌بین برای کیفیت زندگی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

با ورود همزمان متغیرهای پیش‌بین به معادله پیش‌بینی، ضریب تبیین ۰/۷۱۷ به دست آمد. به‌منظور بررسی اینکه کدام‌یک از متغیرهای پیش‌بین، نقش بیشتری در پیش‌بینی

جدول ۳: ضرایب پیش‌بینی همزمان آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی

متغیر	B	SE	β	sig*
مقدار ثابت	۵۹/۱۴	۴/۳۲	-	۰/۰۰۱
استرس	۰/۲۶۳	۰/۰۷۱	۰/۲۷۴	۰/۰۲۴
هوش هیجانی	-۰/۲۱۱	۰/۰۳۹	-۰/۱۲۶	۰/۰۱۹
راهبرد مقابله‌ای مساله مدار	-۰/۷۴۱	۰/۲۵۶	-۰/۳۵۱	۰/۰۱۸
راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار	۰/۲۲۱	۰/۳۷۶	۰/۲۱۶	۰/۰۳۲
تیپ شخصیتی D	۰/۳۶۱	۰/۱۲۴	۰/۳۱۱	۰/۰۱۲
کیفیت زندگی	-۰/۳۱۸	۰/۰۹	-۰/۲۱۴	۰/۰۳۹

* سطح معناداری

پژوهش‌های مشابه در سراسر دنیا به اثبات رسیده است (۲۳-۲۵). در یک مطالعه دیگر نشان داده شده که این بیماران کیفیت زندگی نامطلوبی داشته و بیشترین محدودیت را در حیطه فیزیکی و عملکردی کیفیت زندگی تجربه می‌کنند (۱۳). در بررسی دیگری نشان داده شد که با وجود پایین بودن سطح کیفیت زندگی بیماران قلبی، در بعد عملکردی نسبت به سایر بیماری‌های مزمن بیشترین اختلال و ضعف وجود دارد (۱۰). در حقیقت می‌توان گفت، عوامل فیزیولوژیک و روان‌شناختی در ایجاد بیماری قلبی نقش دارند و از طرف دیگر از عوارض روان‌شناختی و جسمانی پس از بروز بیماری قلبی نیز محسوب می‌شوند و سبب تعدیل کیفیت زندگی این بیماران شده و آسیب‌شناسی‌های روان‌شناختی متعددی را ایجاد می‌کنند. کاهش عملکرد، توانمندی‌های اقتصادی و اجتماعی، کاهش ارتباطات هیجانی و اجتماعی و مصرف داروهای متعدد از جمله مواردی هستند

در مجموع، این متغیرها قادر به تبیین ۷۳ درصد واریانس آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی بوده‌اند و استرس، راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار، تیپ شخصیتی D به‌صورت مثبت و معنادار و راهبرد مقابله‌ای مساله محور مدار، هوش هیجانی و کیفیت زندگی به‌صورت منفی و معنادار قادر به پیش‌بینی آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی بوده‌اند.

بحث

نارسایی قلبی یکی از شایع‌ترین اختلالات قلبی و عروقی است و به‌عنوان یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده مطرح است (۲۲). عوارض روان‌شناختی و جسمانی بیماری قلبی سبب می‌شود این بیماران از کیفیت زندگی خوبی برخوردار نباشند و همان‌گونه که نتایج تحقیقات سایر متخصصان نشان داده است این اختلال تمام ابعاد کیفیت زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهد که این مساله در

به افزایش سطح تحمل تنیدگی و مهار برانگیختگی در فرد می‌شود که از مولفه‌های زیرمجموعه سازه هوش هیجانی است. به علاوه محققان خصومت ورزی را هیجان‌کشنده در مبتلایان به این بیماری می‌دانند (۲۵). بنابراین هوش هیجانی می‌تواند به‌طور مستقیم و همچنین با اثرگذاری بر میزان استرس ادراک‌شده و روش‌های کارآمدتر مقابله با استرس سبب کاهش اثرات ناشی از بیماری قلبی گردد و در نتیجه کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهد و سطح و شدت و شیوع آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی را کاهش دهد.

از دیگر یافته‌های بررسی حاضر، رابطه مثبت تیپ شخصیتی D با آسیب‌های روانی است. در همین راستا، سایر مطالعات نشان می‌دهند که عدم ابراز هیجانات منفی با خشم، رنجش و پرخاشگری همراه خواهد بود و سرکوبی این هیجانات منفی ثانویه نیز خود منجر به بروز اختلالات جسمی روانی تنی می‌گردد (۲۶). تیپ شخصیتی D دارای دو مولفه اصلی تجربه هیجان‌های منفی (اضطراب و افسردگی) و بازداری اجتماعی (منع ابراز هیجانات در روابط اجتماعی و اجتناب از ارتباط‌های کلامی و غیرکلامی با اطرافیان) می‌باشد. این دو مولفه فرد را مستعد تجربه هیجانات ناخوشایند و در عین حال عدم ابراز آن‌ها می‌کند و همین امر فرد را مستعد ابتلا به اختلالات روان‌شناختی و روانی تنی می‌سازد (۲۷).

از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر نقش استرس بر آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی است که با بررسی‌های گذشته هم سویی دارد (۲۸). در همین راستا، نتایج بررسی‌ها نشان داده است که استرس زیاد موجب افزایش ترشح آدرنالین شده و غلظت آن در خون بالا می‌رود و در نتیجه می‌تواند باعث لخته خون گردد که این یک عامل خطرناک برای ایجاد حمله قلبی است (۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که استرس طولانی‌مدت و مزمن باعث افزایش فشارخون به همراه بالا رفتن کلسترول می‌شود؛ به‌علاوه استرس می‌تواند موجب آزاد شدن

که می‌تواند به‌صورت مستقیم کیفیت زندگی را کاهش دهند و هم می‌تواند با عوارض جانبی پی‌آیند خود، سبب کاهش کیفیت زندگی روزانه بیماران قلبی شوند. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که مولفه‌های روان‌شناختی استرس، راهبرد مقابله با استرس، هوش هیجانی، کیفیت زندگی و تیپ شخصیتی D می‌تواند به‌طور معناداری، آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی را پیش‌بینی کند.

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، هوش هیجانی سبب کاهش آسیب‌های روان‌شناختی بیماران قلبی شد. این یافته با نتایج یافته‌های محققان همسویی دارد (۲۴). مطالعات همسو نشان می‌دهد که هوش هیجانی بالا با مؤلفه‌های روان‌شناختی متعددی هم‌چون رفتارهای مرتبط با سلامتی افزایش‌همدلی، خوش‌بینی، جرأت، کاهش افسردگی و پریشانی مرتبط است (۲۱). نتایج مطالعات دیگر در این زمینه بیان می‌کند که تنظیم و مدیریت هیجانی، به‌طور مثبت با افزایش شوخی و بشاش بودن، گشودگی، سلامت جسمی و روانی و به‌طور منفی با خلق بد مرتبط است. علاوه بر این، ادراک هیجان‌ها به‌طور منفی با شوخی‌های خود تخریبی و پرخاشگرانه مرتبط است و افراد دارای هوش هیجانی بالاتر می‌توانند با موفقیت بیشتری با مشکلات موجود در محیط‌های زندگی مقابله کنند و از سلامت جسمی و روانی بیشتری برخوردار می‌باشند (۲۲). در حقیقت افراد دارای هوش هیجانی بالاتر کمتر دچار اختلالات جسمی و روانی حاد و مزمن می‌شوند و از سطح سلامت و کیفیت زندگی بالاتری برخوردار می‌باشند (۲۱). هوش هیجانی می‌تواند میزان واکنش‌پذیری سامانه‌های فیزیولوژیک بدن به تنیدگی را کاهش دهد و از این طریق آن دسته از شاخص‌های بدنی از قبیل فشارخون، سطح کورتیزول آزاد و جز آن را که نقش سببی در بیمار قلبی-عروقی دارند کاهش دهد و به موجب این مکانیسم نسبت به بیماری مصونیت ایجاد کند. واکنش‌پذیری پایین احتمالاً منجر

هورمون‌هایی شود که تولید لخته خون را در بدن تسهیل کند (۱۳). همچنین محققان معتقدند که استرس‌های روزمره زندگی، به تدریج سیستم ایمنی را تضعیف نموده و فرد را دچار انواع بیماری‌های روانی و جسمانی می‌سازند و کیفیت زندگی او را تحت تاثیر منفی خود قرار می‌دهند و سبب بروز اختلالات روانی در وی می‌شوند (۱۵). استرس موجب بالا رفتن هوموسیستئین (یک آمینواسید شناخته شده است که عامل خطر سازی برای عروق کرونر می‌باشد) سرم شده و از این راه قلب را رنجور می‌سازد. در برخی گزارش‌های دیگر آمده است که استرس ممکن است مستقیماً روی عروق کرونر تاثیر گذاشته و منجر به حمله قلب گردد (۲۹). به هر حال از نظر پاتوفیزیولوژی و سایکوفارماکولوژی تائید کرده‌اند که در طول استرس کاتکولامین و کورتیزول افزایش می‌یابد و در نتیجه موجب کاهش پتاسیم قلب مخصوصاً در میوکارد یا عضله قلب می‌شود که بدین ترتیب آستانه تحریک الکتریکی میوکارد را پایین آورده و توسعه آریتمی را تسهیل می‌کند. این مکانیسم هم در انسان و هم در حیوانات به اثبات رسیده است (۳۰). محققان بر این باورند که استرس مثبت می‌تواند یک انگیزش دهنده باشد درحالی‌که استرس منفی می‌تواند در زمانی که این تغییرات و نیازها، فرد را شکست می‌دهند، ایجاد شود. استرس، واکنشی است که در صورت تداوم، سبب بروز نشانه‌هایی نظیر اضطراب، افسردگی، تنش عصبی، بی‌خوابی، تقلیل شنود، خستگی، کاهش توجه و بی‌قراری، تقلیل حافظه و همچنین اختلال‌های بدنی کنشی و عضوی مختلف مانند اختلال‌های هضمی، قلبی - عروقی، سردردهای مزمن، ورم روده، تنگی نفس می‌شود (۱۷). از طرف دیگر چگونگی مقابله افراد با استرس از شدت و فراوانی آن مهم‌تر است (۹). مدیریت و کنترل کارآمد و موفق استرس یا درواقع نحوه مقابله‌ای به‌عنوان کوشش‌هایی به‌منظور افزایش تطابق فرد با محیط یا تلاش‌هایی برای جلوگیری از پیامدهای منفی شرایط

فشارزا که بیمار قلبی در مواجهه با استرس بکار می‌گیرد نقش بسزایی در تأثیرگذاری یا خنثی‌سازی استرس مضر بر قلب و کاهش یا افزایش کیفیت زندگی و آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی دارد. در راستای تبیین نقش راهبردهای مقابله‌ای بر آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی می‌توان گفت، پاسخ به یک رویداد، به فرآیند ارزیابی منابع شخصیتی، توانمندی‌های فرد در حل مسائل، اخلاقیات، حمایت اجتماعی، ارتباط متقابل فرد و محیط، تجربیات شناختی و متغیرهای اجتماعی و فرهنگی بستگی دارد (۲۶). در همین راستا محققان ایرانی نشان دادند که مردان مبتلابه بیماری کرونری قلب، بیشتر سبک مقابله‌ای ناکارآمد رویارویی مستقیم و زنان مبتلا به این بیماری، بیشتر سبک مقابله‌ای ناکارآمد خودکنترلی را به کار می‌برند (۳۱). همچنین در یک مطالعه نشان داده شد که بیماران قلبی که از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کردند در مقایسه با بیمارانی که سبک مقابله‌ای مساله‌مدار استفاده می‌کردند، پنج برابر بیشتر به انفارکتوس قلبی دچار می‌شدند، و فشار خون بالا، رسوب کلسترول زیان‌آور و رسوب کلسیم نابهنجار در دیواره عروق را بیشتر تجربه می‌کردند (۳۲). انتخاب راه‌های مقابله مناسب در برابر فشارهای روانی، می‌تواند از تأثیر استرس بر سلامت روانی فرد بکاهد و یا به سازگاری روانی منجر شود (۹). انتخاب راه‌های مقابله مناسب در برابر فشارهای روانی ایجادشده می‌تواند از تأثیر فشارها بر سلامت روانی فرد بکاهد. از دیگر نتایج پژوهش حاضر نقش کیفیت زندگی بر کاهش آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی است که با نتایج بررسی محققان همخوانی دارد (۲۸) و نشان می‌دهد هر چه سطح کیفیت زندگی افراد بیشتر باشد، کمتر دچار آسیب‌های روان‌شناختی و اختلالات روان‌شناختی می‌شوند.

تولویحات بالینی: با توجه به گذر اپیدمیولوژیک که در کشورهای درحال توسعه رخ داده است بیماری‌های مزمن و

واقع نتایج بررسی‌ها حاکی از اثربخش بودن اثر مداخله آموزشی و درمانی برافزایش عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی و کاهش اختلال‌های مرتبط با بهداشت روان در بیماران قلبی می‌باشد (۳۵).

بنابراین در مجموع می‌توان گفت که با انجام مداخلات بالینی مناسب و آموزش‌های متناسب در زمینه کیفیت زندگی و چالش‌های روزمره بیماران قلبی و آموزش‌های مبتنی بر مدیریت و پیشگیری عوامل منفی اثر گذار بر بیماری، می‌توان زمینه را برای بهبود و ارتقای سلامت جسمی و روانی بیماران قلبی و کاهش آسیب‌شناسی روانی آنان فراهم، در نهایت نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه نشان می‌دهد که درمان‌های روانشناختی بر ارتقا میزان سلامت عمومی و تعدیل نشانگان جسمانی، اضطراب و آسیب‌شناسی‌های روانی بیماران عروق کرونری قلب موثر است و در واقع روان‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک درمان اصلی در کنار درمان پزشکی در بهبود و توان‌بخشی بیماران قلبی - عروقی مورد کاربرد قرار گیرد.

محدودیت پژوهش: پیشنهاد می‌گردد با توجه به اینکه این مطالعه در بیمارستان امام رضا و در شهر مشهد انجام گرفته است گرفته است، برای تعمیم نتایج به سایر مناطق مطالعات بیشتری انجام شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله کمال تشکر خود را از مسوولین بیمارستان امام رضا (ع) ابراز می‌دارند. همچنین از بیماران قلبی عزیزی که در این پژوهش شرکت نمودند قدردانی می‌گردد.

عوامل خطر مرتبط با آن‌ها از جمله مشکلات عمده بهداشتی این کشورها شده است. بعلاوه با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی در بیماران قلبی و همچنین یافته‌های به‌دست‌آمده در جهت تعیین نقش عوامل روان‌شناختی بر کیفیت زندگی بیماران، می‌توان با ارائه آموزش‌های مبتنی بر مدیریت استرس، هوش هیجانی و مؤلفه‌های شخصیتی کارآمد و بهینه به‌صورت کارگاه آموزشی، و همچنین مطالعات مداخله‌ای در جهت کاهش عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی و مداخلات مبتنی بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای (سازگاری) مثبت و کارآمد به شیوه گروهی و فردی از بروز و شیوع اختلالات روانی در بیماران قلبی کاست. در واقع حضور متخصصان روانشناسی در کنار تیم پزشکی می‌تواند نقش بسیار مهمی در درمان هر چه کارآمدتر و سریع‌تر در بیماران قلبی داشته باشد.

بررسی‌های محققان در حیطه‌ی آسیب‌شناسی روانی بیماران قلبی نشان می‌دهد که کیفیت زندگی همبستگی مثبت معناداری با سلامت جسمی و روانی، خود کارآمدی و عواطف مثبت، سازگاری و همبستگی منفی معناداری با افسردگی و خلق منفی و اضطراب دارد (۳۳). اهمیت کیفیت زندگی در نظر محققان و متخصصان در حدی است که در دهه اخیر کیفیت زندگی درمانی را نیز وارد حوزه درمانی در حیطه‌های روانشناسی سلامت و روانشناسی مثبت نگر کرده‌اند و بر این باورند که با مداخلات درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی می‌توان ارزش‌ها و اهداف، زندگی معنوی، عزت‌نفس، سلامت جسمی و روانی، روابط کارآمد و اثربخش، یادگیری، خلاقیت، جنبه‌های اقتصادی و جلوگیری از ابتلای به بیماری‌ها و اختلالات را افزایش داد و بهبود بخشید (۳۴). در

References

- 1- Sabahi F, Akbarzadeh Tootoonchi M. Comparative evaluation of risk factors in coronary

- heart disease based on fuzzy probability-validity modeling. *J Zanzan Univ Med Sci.* 2014; 22: 73-83.
- 2- Seema P, Kini LKD. Overview of health status quality-of-life measures review article. *J Dermato Clin.* 2012; 30: 209-21.
- 3- Cepeda B, Cheong AP, Lee A, Yan BP. Measuring health related quality of life in coronary heart disease: the importance of feeling well. *Int J Cardiol.* 2011; 149: 4-9.
- 4- Wan C, Jiang R, Tu XM, et al. The hypertension scale of the system of quality of life instruments for chronic diseases, QLICD-HY: a development and validation study. *Int J Nurs Stud.* 2012; 49: 465-80.
- 5- Kim MY, Johnson J, Sawatzky R, Jillings C. Relationship between types of social support, coping strategies, and psychological distress in individuals living with congenital heart disease. *Canadian J Cardiol.* 2011; 27: 340.
- 6- Beatriz Cepeda-Valery APC, Andrea Lee, Bryan P. Yan. Measuring health related quality of life in coronary heart disease: the importance of feeling well. *Int J Cardiol.* 2011; 149: 4-9.
- 7- Nourooz- Zadeh J, Eftekhar E, Haghparast F, Khademwatan, Ekhlasmad M. Evaluation of measures of oxidative stress in patients with proven coronary artery disease (CAD) compared with normal persons. *J Zanzan Univ Med Sci.* 2007; 15: 47-56.
- 8- Bhimaraj A, Tang WH. Role of oxidative stress in disease progression in stage B, a Pre-cursor of Heart Failure. *Heart Fail Clin.* 2012; 8: 101-11.
- 9- Pelle A, Broek K, Szabo B, Kupper N. The relationship between type D personality and chronic heart failure is not confounded by disease severity as assessed by BNP. *Int J Cardiol.* 2010; 145: 82-3.
- 10- Hill EM, Maggi S. Emotional intelligence and smoking: protective and risk factors among Canadian young adults. *J Pers Indivi Diff.* 2011; 51: 45-50.
- 11- Day RC, Freedland KE, Carney RM. Effects of anxiety and depression on heart disease attributions. *Int J Behav Med.* 2005; 12: 24-29.
- 12- Soltani Shal R. Aghamohammadian Sharbaf HR. Survey the prevalence of psychopathology in coronary heart disease patients: a casual model based on analysis of the role of psychological factors. *Jundishapur J Chronic Dis Care.* 2013; 2: 56-71.
- 13- Vahedian Azimi A, Sadeghi M, Movafegh A, et al. The relationship between perceived stress and the top five heart disease characteristics in patients with myocardial infarction. *J Zanzan Univ Med Sci.* 2012; 20: 100-112.
- 14- Koohestani H, Zand S, Baghcheghi N, Rezai K. Frequency of risk factors for atherosclerosis in children with family history of premature myocardial infarction. *J Zanzan Univ Med Sci.* 2009; 17: 35-44.
- 15- Cunningham J, McCrum-Gardner E. Power, effect and sample size using Gpower: practical

- issues for researchers and members of research ethics committees. *J Evidence Based Midwifery*. 2007; 5: 132-6.
- 16- Froozandeh N, Dalaram M. Effects of cognitive behavioral therapy on the coping strategies of non- medical students of shahrekord-university of medical sciences. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2003; 5: 26-34.
- 17- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24: 385-96.
- 18- Marani M. standardization of petridze and farenham emotional intelligence questionnaire in university and high school students of Isfahan city (Persian). Isfahan: University of Isfahan. 2003.
- 19- Ahmadi Poor Mobarake A. The construction and validation of type D personality and it's relation with coronary heart disease. *J Know Res App Psychol*. 2007; 32: 37-60.
- 20- WHOQOL group. Development of the world health organization WHOQOL-BREF. Quality of life assessment. *J Psychol Med*. 1998: 551-8.
- 21- Nejat S, Montazeri A Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. Validation and normalization world health organization quality of life questionnaire. The word health organization quality of life questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. 2006; 4: 1-12.
- 22- Najarian B, Davodi I. Structuring and validating Scl-25. Short form of scl-90. *J Psychol*. 2000; 18: 136-149.
- 23- Seldenrijk A, Avijit P, Brenda W, Steptoe A. Psychological distress, cortisol stress response and subclinical coronary calcification. *J Psychoneuroendocrinology*. 2012; 37: 48-55.
- 24- Yu DSF, Thompson DR, Yu CM, Pedersen SS, Denollet J. Validating the type D personality construct in Chinese patients with coronary heart disease. *J Psychosom Res*. 2010; 69: 111-8.
- 25- Alipour A, Ahmadi Azghandi A, Mahabadi Z. The predictive role of emotional intelligence in cardiovascular disease: considerations in prevention area. *Quarterly J Health Psychol*. 2012; 1: 32-45.
- 26- Lopez C, Antoni M, Penedo F, et al. A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res*. 2012; 70: 328-34.
- 27- Pourang P, Besharat MH. An investigation of the relationship between coping styles and psychological adaptation with recovery process in a sample of coronary heart disease patients. *J Procedia - Soc Behav Sci*. 2011: 171-5.
- 28- Richardson S, Shaffer JA, Falzon L, Krupka D, Davidson KW, Edmondson D. Meta-analysis of perceived stress and its association with incident coronary heart disease. *Am J Cardiol*. 2012; 110: 1711-6.
- 29- Humphrey LL, Fu R, Rogers K, Freeman M, Helfand M. Homocysteine level and coronary heart disease incidence: a systematic review and

- meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2008; 83: 1203-12.
- 30- Rhee H, Jeon YK, Kim SS, et al. Adrenocorticotrophic hormone-independent macronodular adrenal hyperplasia with abnormal cortisol secretion mediated by catecholamines. *Korean J Intern Med.* 2014; 29: 667-70.
- 31- Akbari M, Mahmood Aliloo M, Aslanabadi N. Relationship between stress and coping styles with coronary heart disease: role of gender factor. *Iran J Psychaitry clin Psychol.* 2010; 15: 368-76.
- 32- Denollet J, Depotter BR. Coronary heart disease and repressive coping in women with coronary heart disease. *Int J Cardiol.* 2003; 75: 25-41.
- 33- Mayon R, Beryant B. Quality of life in cardiovascular disease. *Br Heart J.* 1993; 69: 460-6.
- 34- Jamieson M. Factors influencing health related quality of life in cardiac rehabilitation patient. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2002; 17: 124-31.
- 35- Karner A, Goransson A, Bergdahl B. Conceptions on treatment and lifestyle in patients with coronary heart disease - a phenomenographic analysis. *Patient Educ Couns.* 2004; 47: 137-43.

The Role of Psychological Factors in Psychotherapy of Coronary Heart Disease Patients

Soltani shal R¹, Aghamohammadian Sharbaf HR¹

¹Dept. of Psychology, Faculty of education and psychology, Ferdowsi university of Mashhad, Mashhad, Iran.

Corresponding Author: Soltani shal R, Dept. of Psychology, Faculty of education and psychology, Ferdowsi university of Mashhad, Mashhad, Iran.

E-mail: Soltani.Psy@gmail.com

Received: 15 Jan 2014 **Accepted:** 28 Dec 2014

Background and Objective: In recent decade cardiovascular diseases have been one of the main causes of death in the world. One of its insidious forms is coronary heart disease. There are number of factors that may contribute to incidence of coronary heart disease and physical and its psychological side effects. The present study investigates whether type D personality, emotional intelligence, stress and coping styles could predict psychopathology in coronary heart disease patients. Following this, we discuss the importance of psychotherapy in treatment of patients with heart disease.

Materials and Methods: Participants (n=180) filled out the questionnaires of Type D personality, Coping Style, the Perceived Stress Scale, the Emotional Intelligence Questionnaire and Psychopathology Scale. Regression analysis was used to test if each one of these factors could significantly predict psychopathology in coronary heart disease patients.

Results: The results indicated the predictors had the potential to account for 73% of the variance ($R^2 = .737$, $F=68.18$, $p<.01$). Moreover, the results pointed out to low scores of psychopathology among coronary heart disease patients in Type D personality, stress and emotional coping style while high scores related to emotional intelligence and problem solving coping style.

Conclusion: The findings of the present study showed that the psychological factors have prominent role in predisposing to heart disease as well as its intensification along with its side effects. Psychotherapy application in pre and post episode of disease has important role in treatment and decreasing of psychological side effects and improving the quality of life. Therefore, trainings on stress management, adaptive coping styles and EQ education can reduce coronary heart disease and subsequent mortality as well as psychopathology.

Keywords: Psychopathology, Coronary Disease, Adaptation, Stress, Personality, Emotional Intelligence