

ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی، یک مطالعه مورد-شاهدی

صدیقه اشراقی^۱، احمد خامسان^۲، رضا دستجردی^۳، سید مرتضی وجدان^۴، طوبی کاظمی^۵

چکیده

زمینه و هدف: علاوه بر عوامل فیزیولوژیک از قبیل: فشار خون بالا، چاقی، چربی خون بالا و استعمال سیگار، علل روحی به ویژه در قالب ویژگی‌های شخصیتی افراد، در بروز و تشدید بیماری‌های عروقی قلب نقش دارد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه بین ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی با افراد سالم انجام شد.

روش تحقیق: این مطالعه مورد-شاهدی، در بیمارستان ولیعصر (عج) بیرجند انجام شد. جامعه آماری پژوهش ۶۰ نفر بین ۳۰ تا ۶۰ سال، با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند. گروه مورد، ۳۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی (۱۰ زن و ۲۰ مرد) و گروه شاهد، ۳۰ فرد سالم (۱۰ زن و ۲۰ مرد) بود. این دو گروه از نظر سن، جنس، تعداد فرزندان، تأهل، شغل، میزان درآمد، میزان تحصیلات، گروه خونی و Rh، یکسان‌سازی شدند. از فرم خلاصه‌شده پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت (BFI) که شامل ۴۴ عنوان می‌باشد، به عنوان ابزار اندازه‌گیری استفاده شد. داده‌های به دست آمده، با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۵/۵) و روش آماری آزمون تی زوج، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که از بین مؤلفه‌های پنج‌گانه فوق، فقط میانگین روان‌رنجورخویی، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه داشت ($P=0/004$)؛ همچنین میانگین نمرات افراد بیمار در سایر مؤلفه‌ها، نسبت به افراد سالم بالاتر بود ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: ویژگی‌های شخصیتی در بیماران انفارکتوس قلبی بارز بوده است؛ به طوری که مؤلفه روان‌رنجورخویی که طیف وسیعی از احساسات منفی افراد را در بر می‌گیرد، در بیماران با انفارکتوس قلبی بیشتر است.

واژه‌های کلیدی: انفارکتوس قلبی، ویژگی‌های شخصیتی، مطالعه مورد-شاهدی، مدل شخصیت پنج مؤلفه‌ای

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (ویژه‌نامه قلب و عروق). ۱۳۹۱؛ ۱۹ (۶): ۴۲-۴۹

دریافت: ۱۳۹۱/۰۵/۰۱ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۱۱

^۱ کارشناس ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد بیرجند، بیرجند، ایران.

^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران.

^۳ استادیار روان‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

^۴ پزشک عمومی، بیرجند، ایران.

^۵ نویسنده مسؤول، مرکز تحقیقات آترواسکلروز و عروق کرونر، دانشیار قلب، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

آدرس: بیرجند- خیابان پاسداران- مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- مرکز تحقیقات آترواسکلروز و عروق کرونر
تلفن: ۰۹۱۵۵۶۱۰۸۶۰ پست الکترونیکی: drtooba.kazemi@gmail.com

مقدمه

پدیدارشناختی، نظریه رویکردهای صفات در شخصیت، نظریه رویکرد صفات (الگوی پنج عاملی)، نظریه شناختی شخصیت و نظریه شناختی- اجتماعی. الگوی پنج عاملی، به وسیله بسیاری از نظریه پردازان معاصر صفات، به عنوان مبنایی برای ارائه ساختار شخصیت معرفی شده است. این الگو و پرسشنامه شخصیت، کاربردهای بالقوه بسیاری از جمله برای راهنمایی و انتخاب زمینه های حرفه ای، سلامت، طول عمر، تشخیص شخصیت، آسیب شناسی و تصمیم گیری در مورد معالجات روان شناختی و روان درمانی دارد (۵، ۶). ابعاد پنج گانه اصلی که در الگوی پنج عاملی استفاده شده اند عبارتند از: رضایت (Openness)، مسئولیت پذیری (Conscientiousness)، برون گرایی (Extraversion)، سازگاری (Agreeableness) و روان رنجورخویی (Neuroticism) (برای اینکه راحت تر به خاطر سپرده شوند، می توان کلمه OCEAN (اقیانوس) را تداعی نمود) (۷).

مطالعات متعددی بر روی شخصیت و ارتباط آن با بیماری های قلبی، صورت گرفته است. مسئولیت پذیری، در بسیاری از مطالعات به عنوان یک فاکتور قوی مرتبط با کاهش میزان مرگ و میر کلی و مرگ ناشی از بیمارهای قلبی مطرح شده است (۸-۱۲). در مورد پذیرا بودن، مطالعات کمتری انجام شده است و احتمالاً باعث کاهش مرگ و میر کلی و مرگ ناشی از بیماری های قلبی می شود (۸).

امروزه با توجه به تغییر الگوی بیماری ها در دنیا از بیماری های واگیر و عفونی به بیماری های غیر واگیر که ناشی از عوامل مختلفی از جمله: فرهنگ، زندگی ماشینی، تغذیه، صنعتی شدن و به طور کلی تغییرات شیوه زندگی می باشد، بیماری های قلبی- عروقی در رأس تمامی علل مرگ و میر در دنیا و همچنین در کشور ما قرار دارند (۱). در استان خراسان جنوبی نیز بیماری های قلبی- عروقی، بالاترین علل مرگ و میر را به خود اختصاص می دهند (۲). علاوه بر برخی عوامل فیزیولوژیک از قبیل: فشار خون بالا، چاقی، چربی خون بالا، استعمال سیگار و دیابت، علل روان شناختی به ویژه در قالب ویژگی های شخصیتی افراد، می توانند در بروز و تشدید بیماری های عروقی قلب نقش داشته باشند (۳). عوامل رفتاری می توانند در گسترش آترواسکلروز و بیماری عروق کرونر مؤثر باشند؛ حتی در برخی مقالات، ویژگی های سرشتی را در کنار عوامل خطر کلاسیک بیماری های قلبی قرار داده اند. دانستن ویژگی های سرشتی، حائز اهمیت است؛ چرا که رابطه نزدیکی با واکنش فرد نسبت به استرس دارند. این فرضیه وجود دارد که استرس، میانجی گر واکنش هایی است که منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، تضعیف سلامتی و در نهایت بروز بیماری ها می شوند (۴). در خصوص شخصیت، نظریه های متعددی از جانب روان شناسان شخصیت مطرح گردیده است از جمله: نظریه روان پویایی فروید، نظریه

جدول ۱- نتایج مطالعات مختلف در رابطه با ویژگی های شخصیتی و مورتالیتی کلی و قلبی

ویژگی شخصیتی	خلاصه یافته ها	قدرت مدرک
مسئولیت پذیری	در اغلب مطالعات، کاهش مورتالیتی کلی ذکر شده است.	قوی
رضایت	مطالعات کم است، احتمالاً ریسک مرگ کلی و قلبی را کاهش دهد.	متوسط
برون گرایی	نتایج متناقض است، کاهش، افزایش و عدم تأثیر بر روی مورتالیتی	متناقض
خوش بینی	در اغلب مطالعات، کاهش مرگ و میر کلی، قلبی و حتی مرگ ناشی از سرطان ها گزارش شده است.	قوی
روان رنجورخویی	در بعضی از مطالعات کاهش مورتالیتی کلی و قلبی- عروقی گزارش شده است.	متناقض
کنترل	مطالعات کم است، احتمالاً ریسک مرگ کلی را کاهش دهد.	متوسط
سازگاری	مطالعات بسیار کم است و بدون اثر گزارش شده است.	ضعیف
خصومت	مطالعات بسیار است و باعث افزایش مورتالیتی کلی و قلبی می شود.	قوی
تیپ D شخصیت	در اغلب مطالعات، افزایش مرگ و میر قلبی گزارش شده است.	قوی
فرونشانی	مطالعات کم و نتایج متناقض است	متناقض

به روش فرد به فرد صورت گرفت. روش نمونه‌گیری به صورت متوالی بود و به ازای هر بیمار یک فرد سالم که ویژگی‌های مشابه داشت، انتخاب شد.

گردآوری اطلاعات در دو گروه مورد و شاهد، به صورت میدانی و با استفاده از پرسشنامه استاندارد صورت گرفت. پرسشنامه، توسط ۵ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه مورد ارزیابی قرار گرفت و تأیید شد. آزمودنی‌ها به طور انفرادی و مجزا دعوت شدند و پس از ارتباط اولیه به منظور جلب اعتماد ایشان و اطمینان‌دادن نسبت به محرمانه‌بودن اطلاعات، پرسشنامه‌های مربوطه در اختیار آنها قرار گرفت و در صورت نیاز، توضیحات لازم از سوی پژوهشگر در رابطه با نحوه تکمیل‌نمودن پرسشنامه‌ها ارائه گردید. در هنگام ارائه پرسشنامه، ضمن ارائه راهنمایی‌های لازم در زمینه شیوه پاسخ‌دهی، به این نکته اشاره گردید که افراد از ذکر نام و نام‌خانوادگی خود به منظور رعایت اخلاق در پژوهش و حفظ اسرار بیماران، خودداری نمایند.

در این پژوهش، از فرم خلاصه‌شده پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت BFI^۱ استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۴۴ سؤال است که از ۴۴ سؤال، برون‌گرایی و روان رنجورخویی هر کدام ۸ سؤال، سازگاری و مسؤولیت‌پذیری هر کدام ۹ سؤال و پذیرابودن ۱۰ سؤال را شامل می‌شوند. پاسخ هر سؤال در یک طیف پنج درجه‌ای رتبه‌بندی شد به این صورت که برای کاملاً مخالف نمره ۱، تا حدودی مخالف نمره ۲، نه مخالف نه موافق نمره ۳، تا حدودی موافق نمره ۴ و کاملاً موافق نمره ۵ در نظر گرفته شد.

روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۵ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه تأیید شد و پایایی آن با ضریب آلفا کرونباخ، برای مسؤولیت‌پذیری ۰/۸۵، روان رنجورخویی ۰/۸۴، پذیرابودن ۰/۷۶ و سازگاری ۰/۶۰ گزارش گردید. داده‌های به‌دست‌آمده، با استفاده از نرم افزار SPSS (ویرایش ۱۵/۵) و روش آماری آزمون تی‌زوج در سطح $\alpha \leq 0/05$ مورد تجزیه و

در مورد برون‌گرایی، در مطالعات نتایج متناقضی ارائه شده است و نقش آن در بروز بیماری‌های قلبی و مرگ و میر ناشی از آن، نامشخص بیان شده است. روان رنجورخویی نیز به عنوان یک فاکتور احتمالی افزایش‌دهنده بیماری‌های قلبی ذکر شده است. در جدول یک نتایج مطالعات مختلف آورده شده است (۸)؛ لذا با توجه به نتایج متناقض، در این تحقیق، ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا و غیر مبتلا به انفارکتوس قلبی، بر مبنای الگوی پنج عاملی مورد بررسی قرار گرفت.

روش تحقیق

این تحقیق یک مطالعه مورد-شاهدی است که در آن ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی با افراد سالم مورد مقایسه قرار گرفته است. این مطالعه در طی یک دوره زمانی ۶ ماهه در بخش قلب بیمارستان ولیعصر (عج) بیرجند انجام شده است. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل به شرکت در مطالعه، ثبات بالینی، سواد حداقل در سطح دیپلم و هوشیاری و معیارهای خروج از مطالعه عبارتند بودند از: سطح سواد پایین‌تر از دیپلم، عدم تمایل به شرکت در مطالعه، عدم هوشیاری بیمار و یا وجود عوارضی از نظر قلبی در فرد، به نحوی که امکان مصاحبه با بیمار وجود نداشت.

در طی این مدت، ۳۰ بیمار انفارکتوس قلبی با معیارهای فوق، در بخش قلب بیمارستان ولیعصر (عج) شهر بیرجند بستری شدند. گروه مورد شامل ۳۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی در محدوده سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر بود که از میان بستری‌شدگان بخش قلب بیمارستان ولیعصر (عج) شهر بیرجند انتخاب شدند. گروه شاهد نیز شامل ۳۰ فرد سالم، از بین همراهان مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های داخلی و اطفال بیمارستان ولیعصر (عج) بیرجند انتخاب شدند. این افراد در متغیرهای سن، جنس، تعداد فرزندان، تأهل، شغل، میزان درآمد و میزان تحصیلات، یکسان‌سازی شدند. در گروه مورد، همسان‌سازی

^۱ Big Five Inventory

تحلیل قرار گرفت.

متأهل، ۵۶/۶٪ در رده سنی ۴۵-۵۴ سال و بیشترین گروه خونی O مثبت بود.

یافته‌ها

در جدول ۳، میانگین نمره شاخص‌های برون‌گرایی، سازگاری، مسئولیت‌پذیری، پذیرابودن و روان رنجورخویی آورده شده است. در مؤلفه‌های برون‌گرایی، سازگاری، مسئولیت‌پذیری و پذیرابودن، بین افراد بیمار و سالم ارتباط معنی‌داری وجود نداشت، اما شاخص روان رنجورخویی در گروه بیمار بیشتر از گروه سالم بود (جدول ۳).

این مطالعه مورد-شاهدی، بر روی ۳۰ فرد سالم و ۳۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی انجام شد. دو گروه، از نظر سن، جنس، تعداد فرزندان، تأهل، شغل، میزان درآمد و میزان تحصیلات، یکسان‌سازی شدند. اطلاعات دموگرافیک افراد مورد مطالعه در جدول ۲ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، ۶۶/۵٪ مرد، ۷۰٪ دیپلم، ۵۶/۶٪ کارمند، ۹۶٪

جدول ۲- مقایسه یافته‌های دموگرافیک در دو گروه مورد و شاهد

شاخص	گروه		مورد	شاهد	سطح معنی‌داری آزمون کای دو
	جنس (تعداد)	زن مرد	۱۰ ۲۰	۱۰ ۲۰	۱
میزان تحصیلات	دیپلم فوق دیپلم لیسانس و بالاتر	۲۱ ۳ ۶	۲۱ ۳ ۶	۲۱ ۳ ۶	۱
		کارمند آزاد خانه‌دار	۱۷ ۶ ۷	۱۷ ۶ ۷	۱
		کمتر از ۲/۰۰۰/۰۰۰ ۴/۰۰۰/۰۰۰ - ۲/۰۰۰/۰۰۰ بیشتر از ۴/۰۰۰/۰۰۰	۱۰ ۱۰ ۱۰	۱۰ ۱۰ ۱۰	۱
وضعیت تأهل	متأهل مجرد	۲۹ ۱	۲۹ ۱	۲۹ ۱	۱

جدول ۳- مقایسه میانگین مولفه‌های شخصیتی در گروه بیمار و سالم

شاخص	گروه				
	برون‌گرایی	سازگاری	مسئولیت‌پذیری	روان رنجورخویی	رضایت
مورد	۲۶/۴۰±۵/۴	۳۸/۵۳±۴/۵	۳۵/۶۶±۵/۱	۲۵±۴/۶	۳۸/۲۶±۵/۳
شاهد	۲۵/۵۶±۴/۲	۳۸/۲۳±۳/۹	۳۶/۵۳±۶/۷	۲۰/۴۳±۶/۶	۳۵/۸۳±۵/۸
سطح معنی‌داری	۰/۴۷	۰/۷۲	۰/۵۵	۰/۰۰۴*	۰/۰۹

*: P < ۰/۰۵

بحث

در این مطالعه، الگوی شخصیتی بیماران انفارکتوس میوکارد با افراد سالم مقایسه شد. در مطالعه حاضر، فقط شاخص روان رنجورخویی در بیماران انفارکتوس قلبی به طور معنی‌داری بالاتر بود.

یکی از مسائل مهم در مسائل پسیکولوژیک، بررسی الگوی شخصیتی افراد است که در این مطالعه به آن پرداخته شد.

در خصوص شاخص رضایت، در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. بالابودن شاخص رضایت به معنای این است که این گروه، افرادی کنجکاو، با علایق متنوع، خلاق، مبتکر، تخیلی، غیر سنتی، خردمند و تأملی‌تر نسبت به افرادی که نمره پایین‌تری را به دست آوردند، محسوب می‌شوند. سطوح بالای رضایت با کاهش مرگ و میر کلی در یک نمونه ژاپنی (۱۳)، با خطر کمتر مرگ و میر کلی و مرگ و میر قلبی-عروقی در بیماران آمریکایی (۱۴) همراه بوده است.

در مورد شاخص مسئولیت‌پذیری، درمطالعه ما تفاوت معنی‌داری بین دو گروه به دست نیامد. قبل از انجام آزمون، با توجه به ویژگی‌های شخصیتی که در این مؤلفه وجود دارد از قبیل: سخت‌کوشی، دقت، خودتنظیمی، تمیزی، برانگیختگی، نیاز به پیشرفت و اینکه این افراد به وظایف اخلاقی، مدنی و شخصی خود به طور جدی توجه دارند، گمان می‌رفت که در بیماران، این شاخصه کمتر از افراد سالم باشد. اما این بررسی نشان داد علی‌رغم پیش‌فرض اولیه، تفاوت معنی‌داری بین بیماران با افراد سالم در این شاخص وجود نداشت. از آنجا که این شاخص همراه با نظم و انضباط خاص در افراد می‌باشد، این گروه شخصیتی، انواع رفتارهای بهداشتی مثل: فعالیت مناسب، رژیم غذایی سالم، عدم مصرف الکل و سیگار را بیشتر از بقیه رعایت می‌کنند؛ لذا این افراد طول عمر بیشتر و بیماری‌های قلبی-عروقی کمتری دارند (۱۵).

نتایج حاصل از آزمون برای شاخص برون‌گرایی، در دو گروه افراد بیمار و سالم نیز تفاوت معنی‌داری را به دست نداد. این مطلب حاکی از آن است که نمی‌توان در صفات خون‌گرم‌بودن، فعال‌بودن، خوش‌بین‌بودن، اجتماعی‌بودن و با جرأت و شجاع‌بودن، تفاوتی بین افراد بیمار و غیر بیمار قائل شد. در بعضی مطالعات، کاهش مورتالیتی کلی و قلبی-عروقی در این گروه شخصیتی مشاهده شده است (۱۴، ۱۶) و در بعضی مطالعات هم تأثیری بر مورتالیتی نداشته است (۱۷). این گروه از آنجایی که افراد اجتماعی‌تر و فعال‌تری هستند، اغلب شیوه زندگی سالمتری داشته و کمتر در معرض بیماری‌های قلبی-عروقی هستند (۸).

در مطالعه حاضر، ارتباط معنی‌داری بین شاخص سازگاری و انفارکتوس قلبی مشاهده نشد. سازگاری، ترکیبی از صفات بین‌فردی شامل: اعتماد، صداقت، احترام فردی، نوع‌دوستی و دلسوزی برای دیگران می‌باشد. در یک مطالعه، این ویژگی شخصیتی همراه با کاهش مرگ و میر ۳ ساله افراد مسن بود. علت احتمالی این است که این گروه، سطوح پایین‌تری از خصومت و خشونت دارند (۱۷).

در مطالعه ما، تنها شاخص شخصیتی که در بیماران بیشتر بود، عامل روان رنجورخویی بود. نمره بالا در روان‌رنجورخویی به این معناست که در این افراد، طیف وسیعی از احساسات منفی از قبیل: عصبی‌بودن، اضطراب و نگرانی، هیجان، بدخلقی، بی‌کفایتی، ترس‌بودن، عدم اطمینان، ناپایداری، ناراضی‌بودن، تحریک‌پذیری و... وجود دارد. این افراد، دمدمی و بیش از حد حساس بوده و از بسیاری از جنبه‌های زندگی ناراضی می‌باشند؛ دارای عزت‌نفس پایینی بوده و ممکن است عقاید و انتظارات غیرواقعی نیز داشته باشند. آنها دائم نگرانند و معمولاً درباره خود و برنامه آینده احساس عدم امنیت می‌کنند. اطرافیان، آنها را افرادی مضطرب، مسئولیت‌پذیر، با دلشوره زیاد و در مقایسه با افراد عادی، آسیب‌پذیر معرفی می‌کنند. این افراد در مقابله با فشار روانی موفقیت‌چندانی ندارند (۸).

مانند: خانواده، فرهنگ، پشتوانه‌های اقتصادی- اجتماعی و تأثیرات مدرسه و همسالان، به گونه‌ای هدفمند در جهت رشد ابعاد مثبت شخصیت (مسئولیت‌پذیری، برون‌گرایی، سازگاری، پذیرش) عمل نموده و از رشد ابعاد منفی مانند روان‌رنجورخویی که فرد را مستعد واکنش‌های غیرمعمول در برابر فشارهای روانی زندگی روزمره کرده، پیشگیری نمایند.

تقدیر و تشکر

این تحقیق نتیجه پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم صدیقه اشراقی با راهنمایی دکتر احمد خامسان و مشاوره دکتر رضا دستجردی و دکتر طوبی کاظمی است. دکتر سید مرتضی وجدان نیز در جمع‌آوری داده‌ها همکاری داشتند. نویسندگان مقاله، مراتب تقدیر و تشکر خود را از همکاران بخش CCU بیمارستان ولیعصر (عج) بیرجند و کلیه داوطلبان شرکت‌کننده در این تحقیق اعلام می‌دارند.

در مطالعات متعددی، ارتباط بین روان‌رنجورخویی با بیماری‌های مختلف از جمله نارسایی کلیه و نارسایی قلبی مشاهده شده است (۱۸، ۱۹)؛ همچنین ارتباط بین این تیپ شخصیتی با افزایش مورتالیتی کلی و قلبی-عروقی نیز مشاهده شده است (۲۰، ۲۱). از آنجایی که این افراد، وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین‌تری دارند و از طرفی در این گروه اضافه‌وزن، چاقی و استعمال سیگار نسبت به بقیه گروه‌ها بیشتر می‌باشد، این عوامل می‌توانند دست به دست هم داده و باعث بیشتر شدن احتمال بیماری قلبی-عروقی در این گروه شوند (۸).

نتیجه‌گیری

از میان پنج عامل بزرگ شخصیت، فقط روان‌رنجورخویی با میزان ابتلا به بیماری‌های قلب و عروق رابطه داشت؛ لذا لازم است عوامل محیطی مؤثر بر رشد و پرورش شخصیت

منابع:

- 1- Kazemi T, Sharifzadeh GhR, Zarban A, Fesharakinia A, Rezvani MR, Moezy SA. Risk Factors for Premature Myocardial Infarction: A Matched Case-Control Study. *Journal of Research in Health Sciences*. 2011; 11 (2): 77-82.
- 2- Kazemi T, Sharifzadeh GhR. The causes of death in birjand university of medical sciences. *Journal Of Birjand University Of Medical Sciences*. 2003; 10 (16):17-22. [Persian]
- 3- Kapfhammer HP. The relationship between depression, anxiety and heart disease - a psychosomatic challenge. *Psychiatr Danub*. 2011; 23 (4): 412-24.
- 4- Rosenström T, Jokela M, Cloninger CR, Hintsanen M, Juonala M, Raitakari O, et al. Associations between dimensional personality measures and preclinical atherosclerosis: the cardiovascular risk in Young Fin ns study. *J Psychosom Res*. 2012; 72 (5): 336-43.
- 5- Mohammadzadeh A. The Relationship between Schizotypal Traits and the Five-factor Model of Personality. *Advances in Cognitive Science*. 2010; 12 (2): 49-58. [Persian]
- 6- Lawton EM, Shields AJ, Oltmanns TF. Five-factor model personality disorder prototypes in a community sample: self- and informant-reports predicting interview-based DSM diagnoses. *Personal Disord*. 2011; 2 (4): 279-92.
- 7- Miller JD, Reynolds SK, Pilkonis PA. The validity of the five-factor model prototypes for personality disorders in two clinical samples. *Psychol Assess*. 2004; 16 (3): 310-22.
- 8- Chapman BP, Roberts B, Duberstein P. Personality and longevity: knowns, unknowns, and implications for public health and personalized medicine. *J Aging Res [serial online]* 2011 July 10 [cited ???]; 2011: 759170: [24 screen]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134197/>
- 9- Schlyter M, André-Petersson L, Engström G, Tydén P, Östman M. The impact of personality factors on delay in seeking treatment of acute myocardial infarction. *BMC Cardiovasc Disord*. 2011; 11: 21.
- 10- André-Petersson L, Schlyter M, Engström G, Tydén P, Hedblad B. Behavior in a stressful situation, personality factors, and disease severity in patients with acute myocardial infarction: baseline findings from the prospective cohort

- study SECAMI (the Secondary Prevention and Compliance following Acute Myocardial Infarction study). BMC Cardiovasc Disord. 2011; 11: 45.
- 11- Sumin AN, Raïkh OI, Karpovich AV, Korok EV, Bezdenezhnykh AV, Bokhan IE, et al. Personality types in patients with atherosclerosis of different localization: prevalence and clinical features. *Klin Med (Mosk)*. 2012; 90 (4): 43-9.
 - 12- Martens EJ, Mols F, Burg MM, Denollet J. Type D personality predicts clinical events after myocardial infarction, above and beyond disease severity and depression. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71 (6): 778-83.
 - 13- Iwasa H, Masui Y, Gondo Y, Inagaki H, Kawaai C, Suzuki T. Personality and all-cause mortality among older adults dwelling in a Japanese community: a five-year population-based prospective cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008; 16 (5): 399-405.
 - 14- Jonassaint CR, Boyle SH, Williams RB, Mark DB, Siegler IC, Barefoot JC. Facets of openness predict mortality in patients with cardiac disease. *Psychosom Med*. 2007; 69 (4): 319-22.
 - 15- Bogg T, Roberts BW. Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychol Bull*. 2004; 130 (6): 887-919.
 - 16- Fry PS, Debats DL. Perfectionism and the five-factor personality traits as predictors of mortality in older adults. *J Health Psychol*. 2009; 14 (4): 513-24.
 - 17- Weiss A, Costa PT Jr. Domain and facet personality predictors of all-cause mortality among Medicare patients aged 65 to 100. *Psychosom Med*. 2005; 67 (5): 724-33.
 - 18- Christensen AJ, Ehlers SL, Wiebe JS, Moran PJ, Raichle K, Ferneyhough K, et al. Patient personality and mortality: a 4-year prospective examination of chronic renal insufficiency. *Health Psychol*. 2002; 21 (4): 315-20.
 - 19- Murberg TA, Furze G. Depressive symptoms and mortality in patients with congestive heart failure: a six-year follow-up study. *Med Sci Monit*. 2004; 10 (12): CR643-8.
 - 20- Stamatakis KA, Lynch J, Everson SA, Raghunathan T, Salonen JT, Kaplan GA. Self-esteem and mortality: prospective evidence from a population-based study. *Ann Epidemiol*. 2004; 14 (1): 58-65.
 - 21- Shipley BA, Weiss A, Der G, Taylor MD, Deary IJ. Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK Health and Lifestyle Survey: a 21-year prospective cohort study. *Psychosom Med*. 2007; 69 (9): 923-31.

Personality traits of patients with myocardial infarction A case-control study

Sedigheh Eshraghi¹, Ahmad Khamosan², Reza Dastjerdy³, Seyyed Morteza Vejdani⁴,
Toba Kazemi⁵

Background and Aim: In addition to some physiological factors such as hypertension, obesity, hyperlipidemia, and smoking. Psychological factors, especially personality traits of individuals, also accelerate and intensify cardiovascular diseases. The goal of the present study was to draw a comparison between personality traits of patients with myocardial infarction and those of healthy individuals.

Materials and Methods: This case-control study was performed in Birjand Valli-e-asr hospital. Our statistical population were 60 individuals. The cases were 30 patients aged 30-60 yrs whose education level was diploma or higher. All of them, including 10 females and 20 males, were MI patients. The controls were 30 healthy people, with the same gender distribution as the cases. The two groups were matched for age, number of kids, marital status, employment, income, education, blood group, and Rh. The abridged form of the big five inventory (BFI), including 44 items, which covered five great personality characteristics, was used for data collection. The obtained data was analyzed by means of SPSS software (V: 15.5) using paired T test at the significant level **P ...**

Results: It was found that among the above five great personality characteristics only the mean of neuroticism in the two groups was significantly different, ($P=0.004$). Besides, mean point of the patients in other traits was higher but not statistically significant.

Conclusion: Personality traits are decisive in the incidence of myocardial infarction. E.g. neuroticism, manifested in a large scale of negative feelings, is obviously more in MI patients.

Key Words: Myocardial infarction, Personality, Personality traits, Five factor pattern

Journal of Birjand University of Medical Sciences (supplementary: cardiovascular). 2013; 19 (6): 42- 49

Received: July 22, 2012

Accepted: January 30, 2013

¹M.sc, Clinical Psychology, Islamic Azad University: Birjand Branch, Birjand, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, University of Birjand, Birjand, Iran.

³ Assistant Professor of Psychology, Faculty of Medicine, Birjand University of Medical Science, Birjand, Iran.

⁴ MD, Birjand, Iran

⁵ Corresponding Author, Atherosclerosis and Coronary Artery Research Centre, Associate Professor, birjand university of medical sciences, Birjand, Iran
drtooba.kazemi@gmail.com