

مجله علمی - پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

سال چهارم، شماره اول، پیاپی (۶)، بهار و تابستان ۱۳۹۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۶/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۳۰

صص: ۱۴۰-۱۳۱

مقایسه شاخص‌های روانی افراد مبتلا به سندرم قلب شکسته، حمله قلبی و افراد سالم

دلارام بلوچی^۱، سید حمید آتش‌پور^۲، منوچهر کامکار^۳، مرتضی آبدار اصفهانی^{۴*}، سید محمدرضا صمصام شریعت^۵

۱- مربی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، خوراسگان، ایران

delarambalouchi@yahoo.com

۲- دانشیار روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، خوراسگان، ایران

atashpour@yahoo.com

۳- استادیار روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، خوراسگان، ایران

mkamkar@kuisf.ir

۴- دانشیار قلب و عروق دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

abdariranian@yahoo.com

۵- مربی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، خوراسگان، ایران

Mohammad5ir@yahoo.com

چکیده

هدف از این تحقیق، مقایسه شاخص‌های روانی افراد مبتلا به سندرم قلب شکسته، حمله قلبی و افراد سالم بوده است. این مطالعه توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای بود و نمونه آماری شامل تعداد ۱۸۰ نفر در سه گروه: افراد مبتلا به سندرم قلب شکسته (۶۰ نفر)، بیماران دارای حمله قلبی (۶۰ نفر) - که دو گروه مذکور به بخش قلب بیمارستان‌های سینا، خورشید، الزهرا و چمران اصفهان مراجعه می‌نمودند، به شیوه نمونه در دسترس انتخاب شدند - و افراد سالم (۶۰ نفر) (متناسب با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه قبلی) که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار تحقیق عبارت است از: ۱. آزمون SCL-90-R و ۲. چک لیست علائم سندرم قلب شکسته؛ ۳. نظر پزشک متخصص به منظور تشخیص حمله قلبی. داده‌های حاصل با کمک نرم افزار آماری spss.12 با استفاده از آزمون مانوا تحلیل شد و نتایج نشان داد؛ در مقایسه ویژگی‌های SCL-90-R، تنها بین میزان روان‌پریشی ($P < 0/01$)، پرخاشگری و ترس مرضی ($P < 0/05$) در سه گروه مورد مطالعه، تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که این سه شاخص در افراد دارای سندرم قلب شکسته، بالاتر از دو گروه افراد سالم و بیماران دارای حمله قلبی بود..

واژه‌های کلیدی: ویژگی‌های شخصیتی، سندرم قلب شکسته، حمله قلبی.

مقدمه

افزایش استرس تاثیر مستقیمی بر ترشح عصب رساله آدرنالین و در نتیجه تخریب عضلات قلب دارد (گوستاویل^۷، ۲۰۰۷). تحقیقات نشان داده‌اند که تفاوت‌های زیادی بین سندرم قلب شکسته و حمله قلبی به عنوان اختلالی که ناشی از بیماری کرونری قلب^۸ (CHD) بوده که در آن سرخرگ‌های کرونری با مسدود شدن توسط رسوبات پلاکت، آسیب دیده و در آن رسیدن خون به بخش‌های متعدد ماهیچه قلب به‌طور موقت یا همیشگی متوقف می‌شود، وجود دارد (ساراسون، ۱۹۸۷).

برای نمونه، در نتایج آنژیوگرافی مبتلایان به این سندرم، هیچ‌گونه گرفتگی رگ‌های منتهی به قلب مشاهده نمی‌شود.

همچنین، هیچ‌گونه افزایشی در مقدار آنزیم‌های قلبی رخ نداده؛ ضمن آن‌که افراد بعد از حداکثر دو هفته به حالت طبیعی باز می‌گردند (ویتسن، ۲۰۰۷) و می‌توانند بهبودی کامل را تجربه نمایند (پالاتوسکی^۹، ۲۰۰۵ و شارکی و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۵). اما آنچه پزشکان و مددکاران اورژانس را به اشتباه می‌اندازد، وجود علائمی چون درد در قفسه سینه، تنفس سریع و نامرتب و اختلال در عملکرد ریه‌هاست که بسیار به علائم حملات قلبی شباهت دارند (پالاتوسکی، ۲۰۰۵). البته، باید توجه داشت که در حدود یک سوم بیماران نشانه‌های جدی‌تری چون: ورم ریوی، بی‌نظمی ضربان قلب و حتی افزایش آنزیم قلبی وجود دارد، ولی این علائم خفیف و موقتی است و برای نمونه، میزان آنزیم‌ها خیلی پایین‌تر از مقدار آن در یک

در سال‌های اخیر نیز توجه زیادی به ارتباط متقابل عوامل روانی و اختلالات جسمانی شده است (مایرز و سالمون^۱، ۱۹۸۸). در واقع، بر طبق الگوی زیستی - روانی - اجتماعی^۲ انسان به عنوان یک ارگانیسم متشکل از سه نظام تعامل کننده زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که سایر واکنش‌های بدنی و رفتاری و روانی او متأثر از همدیگرند (ساراسون^۳، ۱۹۸۷)؛ در حالی که امروزه در بروز بسیاری از بیماری‌های جسمانی به وجود نوعی اختلال روانی - فیزیولوژیک^۴ تأکید می‌شود که در آن مشکلات روانی با نشانه‌های بدنی ارتباط بالایی دارند. در این میان، بیماری‌های قلبی - عروقی به عنوان عامل اثرگذار در بیش از نیمی از مرگ و میر انسان‌ها، از جمله اختلالاتی است که هم داده‌های بالینی و هم مشاهدات غیررسمی اهمیت عوامل روان‌شناختی را در بروز آن‌ها تایید نموده است (ساراسون، ۱۹۸۷).

از جمله اختلالات قلبی - عروقی، سندرم قلب شکسته^۵ است که با اختلال در عملکرد ماهیچه‌های قلب بر اثر استرس‌های شدید روانی و جسمی به‌وجود می‌آید (ویتسن و همکاران^۶، ۲۰۰۵). خبر تکان دهنده مرگ ناگهانی یک عزیز، شکست در عشق، مورد سرقت واقع شدن و نظایر آن که از قدیم الایام به عنوان موضوع‌های زمینه‌ساز حمله قلبی محسوب می‌شدند، اکنون بیشتر به عنوان عامل ایجاد این سندرم به شمار می‌آیند؛ چرا که عمدتاً

¹ Mayer & Salmon
² the biopsychosocial model

³ Sarason

⁴ psychophysiological Disorders

⁵ broken heart syndrome

⁶ Wittsten & etal

⁷ Gostavbile

⁸ coronary heart sendrome

⁹ Platowski

¹⁰ Sharkey & etal

شکسته در فرد باشد؛ اختلالی که شیوع آن حدود ۲٪ تخمین زده شده است (پارک و همکاران^۷، ۲۰۰۵) و بنا به نتایج تحقیقات، ۸۰٪ این بیماران را خانم‌های دارای میانگین سنی ۶۰ سال در بر می‌گیرند (جیانی و همکاران^۸، ۲۰۰۶). همان‌گونه که که این اختلال، نوعی حمله قلبی محسوب نمی‌شود، با اختلال روانی تبدیلی (که در آن فرد احياناً به دنبال اجتناب از مسؤولیت و یا جلب توجه است) تفاوت‌های اساسی دارد (داویسون و نیل، ۲۰۰۰). در هر حال، مشخصه اصلی سندرم قلب شکسته، وجود یک حادثه تنش‌زای روانی یا فیزیکی حاد است (تسوچیهایشی و همکاران^۹، ۲۰۰۱) و علائم اولیه آن عبارتند از: احساس درد در ناحیه معده و از دست دادن اشتها، بی‌خوابی یا کم‌خوابی شدید، افسردگی و گوشه‌گیری، احساس ناامیدی، از دست دادن احساس خود ارزشمندی و انگیزه و هیجان‌ها، احساس تنهایی، بروز افکار خودکشی و انکار واقعیت (گوستاوبل، ۲۰۰۷). اگر چه عمده علائم این اختلال پس از حدود سه هفته تقلیل یافته و یا از بین می‌روند (جیانی و همکاران، ۲۰۰۶)، ولی می‌توان از مراقبت‌های حمایتگر^{۱۰} در تسریع روند درمانی استفاده نمود.

همچنین، استفاده از دارو درمانی برای تنظیم آنزیم‌های^{۱۱} (ACE) و مسدودکننده‌های بتا^{۱۲} تا زمان برطرف شدن علائم، کمک قابل توجهی در درمان است. در هر حال، یافته‌های السبر (۲۰۰۳) نشان از آن دارد که ۷۵٪ بیماران مبتلا به این سندرم، بعد

حمله قلبی است (ویتسن، ۲۰۰۷). در هر حال، ویژگی‌های شخصیتی^۱، مجموعه‌ای از صفات گوناگون هستند که تأثیر عمیق‌تری از ظاهر بدنی داشته، نسبتاً پایدارند، ولی بسته به شرایط محیطی نیز تغییر می‌کنند و مستقیماً قابل مشاهده نیستند (شولتز و شولتز^۲، ۲۰۰۱). عدم تعادل در این ویژگی‌ها می‌تواند موجبات ایجاد یک سندرم و نهایتاً اختلال روانی را فراهم نماید. همچنین، به نظر می‌رسد افراد با ویژگی‌های روانی متفاوت، مستعد بیماری‌های جسمانی خاصی هستند. برخی در مقابل فشار روانی مقاوم‌ترند و کمتر اختلالات هیجانی و جسمانی را تجربه می‌کنند (کباسا^۳، ۱۹۷۹)؛ ضمن آن‌که این تحمل بالا می‌تواند ناشی از احساس کنترل درونی بر زندگی فرد نیز باشد (کوهن و ادوارد^۴، ۱۹۸۹). این موضوع تا جایی مورد توجه است که عده‌ای معتقدند تعریف عینی رویدادها یا موقعیت‌های تنش‌زای روانی امکان‌پذیر نیست؛ چرا که ارزیابی آدم‌ها از محرک‌ها متفاوت است و ممکن است یک محرک برای فردی استرس‌آور و برای دیگری حتی نشاط‌آور باشد (داویسون و نیل^۵، ۲۰۰۰). در همین راستا، برخی حتی ممکن است با کاهش هیجان‌های منفی ناشی از یک حادثه، عوارض فیزیولوژیک بعدی آن را خنثی نمایند، در حالی که بعضی دیگر به واسطه ویژگی‌های روانی خود باعث افزایش این عوارض می‌گردند (فردریکسون و لوینسون^۶، ۱۹۸۹). از جمله این عوارض می‌تواند ایجاد سندرم قلب

⁷ Park & etal

⁸ Gianni & etal

⁹ Tsuchihashi & etal

¹⁰ supportive care

¹¹ Angiotensin converting enzyme

¹² beta blockers

¹ personalities characteristics

² Schultz & Schultz

³ Kubasa

⁴ Cohen & Edwards

⁵ Davison & Neale

⁶ Fredrickson & Levinson

از کاهش بروز علائم، همچنان درد شدید قلبی را تجربه می‌کنند (السبر و همکاران^۱، ۲۰۰۷).

همچنین، نتایج تحقیقاتی دنولت و دیگران (۱۹۹۶) نشان داد بین ویژگی‌های شخصیتی و ابتلا به حمله قلبی و سندرم قلب شکسته رابطه وجود دارد (دنولت^۲، ۱۹۹۴)؛ ضمن آن‌که یافته‌های آلاستی و مهربان‌فر (۱۳۸۶) نیز نشان داد این اختلال بیشتر در سنین ۴۵ سال به بالا و در خانم‌های یائسه مشاهده شده و اغلب مراقبت‌های انجام شده در بیمارستان‌ها، ویژه حمله قلبی بوده و در این خصوص در تشخیص، خطا وجود داشته است (آلاستی و مهربان‌فر، ۲۰۰۷). جمع‌بندی مطالب مذکور حاکی از آن است که انسان‌های با ویژگی‌های روانی متفاوت می‌توانند مستعد برخی بیماری‌های جسمانی و یا اختلالات روانی - فیزیولوژیک خاصی، از جمله سندرم قلب شکسته و یا حمله قلبی باشند. همچنین، با توجه به تشابه علائم اولیه حمله قلبی و سندرم قلب شکسته و تفاوت در کیفیت درمان این دو و فراوانی بالای مشکلات قلبی در ایران، بررسی تفاوت‌های ویژگی‌های روانی این بیماری‌ها و نیز مقایسه با افرادی که فاقد این مشکل هستند، در تبیین راهکارهای پیشگیرانه و توصیه‌های بهداشتی لازم و نیز استفاده از روند درمانی مناسب، ضرورت تحقیق حاضر را در کشور نشان می‌دهد؛ ضمن آن‌که مطالعات انجام شده پیرامون سندرم قلب شکسته در ایران بسیار محدود است. این مطالعه نیز در صدد پاسخ‌گویی به این سؤال تحقیقی بود که آیا بین شاخص‌های روانی

افراد مبتلا به سندرم قلب شکسته، حمله قلبی و افراد سالم تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی با روش علی - مقایسه‌ای است و جامعه آماری آن شامل سه گروه بوده است: گروه اول، بیماران مبتلا به سندرم قلب شکسته که از ماه اردیبهشت لغایت تیر ماه ۱۳۸۶ به بخش قلب بیمارستان‌های چمران، سینا، الزهراء و خورشید شهر اصفهان مراجعه نموده و طبق تایید متخصصان و برآورد چک لیست سندرم قلب شکسته، مبتلا به این سندرم تشخیص گذاری شده بودند. این افراد حدود ۲۰۰۰ نفر با دامنه سنی ۱۸ سال به بالا و در مقاطع تحصیلی مختلف بودند.

گروه دوم؛ بیماران مبتلا به حمله قلبی بودند که از ماه اردیبهشت لغایت تیر ماه ۱۳۸۶ به بخش‌های قلب بیمارستان‌های مذکور مراجعه نموده و متخصصان وجود حمله قلبی را در آن‌ها تشخیص داده بودند. این افراد نیز حدود ۳۰۰۰ نفر با دامنه سنی ۱۸ سال به بالا و مقاطع تحصیلی متفاوت بودند. در این دوگروه، تعداد ۱۰۰ نفر از هر گروه که اعلام آمادگی برای تکمیل پرسشنامه تحقیق نمودند، به عنوان نمونه در دسترس انتخاب شدند. گروه سوم؛ افراد سالم که فاقد علائم کرونوی قلب و سندرم قلب شکسته بوده و از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، محل زندگی و جنسیت و تحصیلات و شغل) با بیماران هم‌تاسازی شده بودند. این گروه به شیوه تصادفی ساده از مناطق جغرافیایی متفاوت شهر اصفهان انتخاب شده بودند. حجم نمونه این پژوهش ۱۸۰ نفر بود که در هر گروه ۶۰ نفر با توجه به ویژگی‌های جمعیت شناختی مشابه و نسبت شیوع بیماری‌های مورد

¹ Elsber & etal

² Denolt

در جدول ۳ به منظور مقایسه زیر مقیاس‌های Scl-90-R در سه گروه با کنترل متغیرهای مداخله‌گر از آزمون آنوا Anova استفاده شده است.

با توجه به جدول ۲، در گروه سندرم قلب شکسته، شاخص فوبیا (۱/۴۸) بالاتر و پارانویا پایین‌تر از سایر ویژگی‌ها بود. همچنین، در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب نیز شاخص اضطراب (۱/۲۷) بالا و روان‌پریشی کمتر از سایر شاخص‌ها بوده است.

جدول ۳. آزمون آنوا. مقایسه مقیاس‌های Scl-90-r در سه گروه پژوهش

منبع	ویژگی‌های شخصی	MS	df	F	P	اندازه اثر
	افسردگی	۱/۵۲	۲	۱/۷۱۲	۰/۱۸	۰/۰۸
	خود بیمار انگاری	۰/۴۴	۲	۰/۶۵۴	۰/۵۲	۰/۰۲
	روان پریشی	۴/۹۴	۲	۴/۹۸۸	۰/۰۰	۱
	اضطراب	۰/۵۶	۲	۰/۵۹۸	۰/۵۵	۰/۰۱
گروه‌ها	وسواس	۲/۰۰	۲	۲/۳۶۹	۰/۰۹	۰/۶۹
	حساسیت بین فردی	۲/۲۳	۲	۲/۶۷۱	۰/۰۷	۰/۸۳
	فوبیا	۳/۴۴	۲	۳/۹۱۶	۰/۰۲	۰/۸۹
	خصوصیت	۳/۸۲	۲	۴/۲۵۹	۰/۰۱	۰/۹۱
	پارانویا	۲/۷۱	۲	۲/۱۱	۰/۱۲	۰/۱۲

حمله قلبی و افراد سالم تفاوت وجود دارد در شاخص‌های روان‌پریشی، خصوصیت و فوبیا تأیید می‌گردد، ولی در سایر ویژگی‌ها فرض تحقیق تأیید نمی‌گردد.

در جدول ۴ نتایج خروجی میانگین سه متغیر روان‌پریشی، خصوصیت و فوبیا در بین گروه‌های سه‌گانه، بر اساس آزمون مقایسه میانگین‌های گروه‌ها به صورت دو به دو ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشان داد که از نظر زیر مقیاس‌های افسردگی، خود بیمار انگاری، اضطراب، وسواس، حساسیت بین فردی و پارانویا بین گروه‌های تحقیق تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$)؛ اما بین میانگین‌های مقیاس روان‌پریشی ($P < 0/01$) و زیر مقیاس‌های خصوصیت و فوبیا ($P < 0/05$) در گروه‌های سه‌گانه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین، فرضیه کلی پژوهش مبنی بر این‌که بین شاخص‌های روانی افراد مبتلا به سندرم قلب شکسته،

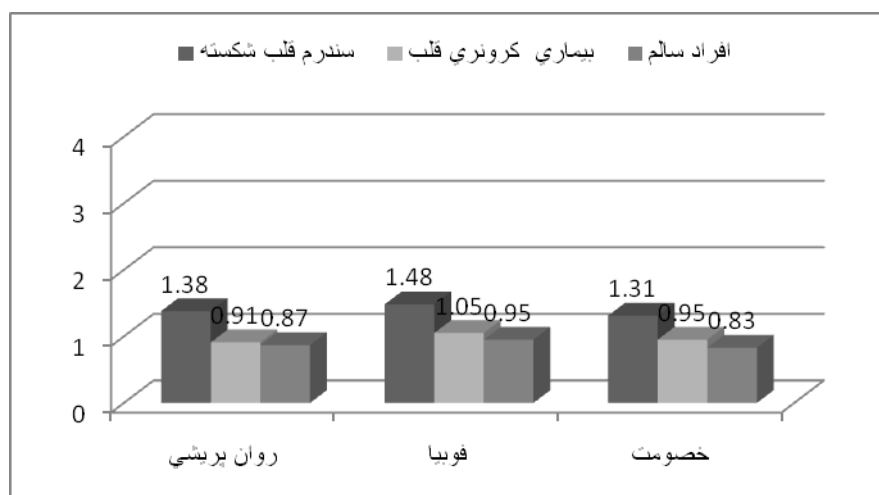
جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین‌های متغیرهای روان‌پریشی، خصوصیت و فوبیا در بین گروه‌ها

متغیرهای	گروه‌ها	میانگین	P
روان‌پریشی	قلب شکسته (۱/۳۸)	۰/۴۷	۰/۰۱
	قلب شکسته (۱/۳۸)	۰/۵۱	۰/۰۰۵
	کرونری (۰/۹۱)	۰/۰۴	۰/۸۰
فوبیا	قلب شکسته (۱/۴۸)	۰/۳۳	۰/۰۵
	قلب شکسته (۱/۴۸)	۰/۴۶	۰/۰۰۷
	کرونری (۱/۰۵)	۰/۱۳	۰/۴۳
خصوصیت	قلب شکسته (۱/۳۱)	۰/۳۶	۰/۰۰۶
	قلب شکسته (۱/۳۱)	۰/۱۲	۰/۴۸
	کرونری (۰/۹۵)	۰/۱۲	۰/۴۸

سه شاخص در دو گروه افراد سالم و بیماران کرونری تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است ($P > 0/05$).

نتایج جدول ۴ نشان داد، در هر سه مقیاس روان‌پریشی، فوبیا و خصومت میانگین گروه بیماران دارای سندرم قلب شکسته به طور معنی‌داری از دو گروه دیگر بالا بوده ($P < 0/01$)؛ اما بین میزان این

نمودار ۱. مقایسه میانگین‌های متغیرهای روان‌پریشی، خصومت و فوبیا در بین گروه‌ها



دارای کرونر قلبی و افراد سالم تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در هر حال، یافته‌ها نشان می‌دهد ویژگی‌های شخصیتی روان‌پریشی، فوبیا و پرخاشگری با سندرم قلب شکسته در ارتباط است؛ نتیجه‌ای که با مطالعات اشتبرگ^۱ (۱۹۹۹)، کی فی^۲ (۲۰۰۳) و دنولت (۲۰۰۶) (دنولت و کوپر^۳، ۲۰۰۷) که ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و ابتلا به این سندرم را نشان دادند، همخوانی دارد. کی فی (۲۰۰۳) و دنولت (۲۰۰۶) بیان می‌کنند که وجود خصومت یا پرخاشگری و همچنین، فوبیا یا ترس مرضی می‌تواند موجب آسیب‌پذیری بیشتر فرد شده، زمینه بروز سندرم قلب شکسته را فراهم نماید. همچنین، اشتبرگ (۱۹۹۹) نیز در خصوص فوبیا چنین نتیجه‌گیری می‌نماید؛ اما نتایج با یافته‌های السبر (۲۰۰۶) (۱۶)، پراساد (۲۰۰۶)

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این تحقیق عبارت از مقایسه شاخص‌های روانی افراد مبتلا به سندرم قلب شکسته، حمله قلبی و سالم، بود. نتایج نشان داد بین میانگین‌های زیر مقیاس‌های Scl-90-R شامل: افسردگی، خود بیمار انگاری، اضطراب، وسواس، حساسیت بین فردی و پارانوایا در گروه‌های مبتلا به سندرم قلب شکسته، افراد دچار حمله قلبی و همچنین، افراد سالم تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. این در حالی است که بین این سه گروه در سه زیر مقیاس روان‌پریشی، خصومت و فوبیا تفاوت معنی‌دار بود. همچنین، در ادامه مشخص شد که میزان روان‌پریشی، فوبیا و پرخاشگری در افراد با سندرم قلب شکسته به طور معنی‌داری بیشتر از دو گروه دیگر؛ یعنی افراد سالم و بیماران دارای کرونر قلبی بوده است. در این راستا، بین میانگین روان‌پریشی، فوبیا و پرخاشگری در گروه بیماران

¹ Stenburg

² Keefe

³ Denolt & Kupper

رژمن^۵ (۱۹۷۹) نشان دادند که ویژگی‌های شخصی و روانی در بروز حمله قلبی موثرند؛ یافته‌هایی که با نتایج حاصل در این تحقیق ناهمخوان به نظر می‌آیند. در هر حال، به نظر می‌آید در شرایط کنونی جامعه، الگوهای شخصی دیگر، پیش‌بینی کننده مناسبی در ایجاد حمله قلبی محسوب نمی‌شوند، اما می‌توان در همین حال انتظار داشت که با افزایش میزان خصومت، اختلالات روانی و ترس‌های مرضی، بر میزان اختلالات روانی‌تنی، چون سندرم قلب شکسته افزوده گردد. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد افراد مبتلا به این سندرم از ارتباط این شاخص‌ها با بیمارشان، آگاهی یابند؛ ضمن آن‌که در خصوص باور به ارتباط همیشگی الگوی شخصیتی نوع A و حمله قلبی تصحیح و بازبینی به عمل آید. همچنین، در همین راستا با ارائه برنامه‌های آموزشی و کارگاه‌های اطلاعاتی، آگاهی عموم نسبت به چنین سندرمی که با عوامل روانی ارتباط نزدیکی هم دارد، افزایش یابد؛ ضمن آن‌که این اطلاع رسانی در کادر پزشکی بیمارستان‌ها به منظور تشخیص تمایز آن با حمله قلبی، نیز انجام پذیرد.

در همین حال، می‌توان با استفاده از روان‌شناسان مجرب در بخش اورژانس و قلب، درمان‌های حمایت‌گر و روان‌درمانی را در تسریع بهبود فرد مبتلا به سندرم قلب شکسته، اعمال نمود.

منابع

Alasti, M. Mehrabanfar, A. Adel, M. Assareh, A. (2007). Apical Ballooning Syndrome or Taku – Tsubo cardiomyopathy: what we know about it. *The Journal of Tehran University. Heart Center* 2 (2), 69-76
Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E.E., Bem, D. J. & Nolen-Hoeksema, S. (2000).

(ریهال^۱، ۲۰۰۷) و ریهال (۲۰۰۳) (بروکس^۲، ۲۰۰۴) که نشان دادند؛ سندرم قلب شکسته صرفاً متأثر از عوامل دیگری چون: جریان غیرعادی سیستم خون رسانی و عدم سلامت اعضای مرتبط با سیستم قلب و عروق در افراد مبتلا به آن است، ناهمخوان است. در هر حال، نتیجه حاضر نشان می‌دهد نقش عوامل روانی در ایجاد این سندرم بسیار مهم است و کسانی که به این بیماری مبتلا می‌شوند، احتمالاً از نظر سلامت روانی؛ خصوصاً در شاخص‌های روان‌پریشی، فوبیا و پرخاشگری در وضعیت نامناسب‌تری نسبت به سایرین، حتی افراد مبتلا به حمله قلبی قرار دارند؛ چرا که تفاوت چندانی بین افراد عادی و بیماران دارای مشکل کرونری قلب از لحاظ ویژگی‌های شخصیتی وجود نداشت. کی‌فی (۲۰۰۳) نشان داد افرادی که دارای حمایت اجتماعی، نوع دوستی، وفاداری و خوشبینی بالاتر و همچنین، افسردگی، انزوای اجتماعی، خصومت و اضطراب کمتری هستند، اساساً کمتر دچار سندرم قلب شکسته می‌شوند. از طرفی، بنا بر یافته‌های بروکز (۲۰۰۴) حمله قلبی و کرونر در هر فردی به واسطه فشارهای ناشی از عوامل محیطی می‌تواند حادث گردد (کیس و کارلان^۳، ۱۹۸۵).

همچنین، نتایج به دست آمده با یافته‌های کیس (۱۹۸۵) (اتکینسون و همکاران^۴، ۲۰۰۰) نیز که ارتباط بین ویژگی شخصی و حمله قلبی را تایید نمی‌کند، همخوانی دارد؛ در حالی که کوباسا (۱۹۷۹)، کوهن و ادواردز (۱۹۸۵)، اتکینسون (۱۹۸۸) (اتکینسون و همکاران، ۲۰۰۰) و فریدمن و

¹ Rihal

² Brooks

³ Kiss & Charlan

⁴ Atkinson & etal

⁵ Eriedman & Rosenman

- Pathology*. England. London: Cambridge. [14] Davison
- Mayer RG. Salmon P. (1988). *Abnormal Psychology*. Massachusetts. Allyn and Bocon Inc: 424-439.
- Park, J., & kang, S., & Son, J. (2005). Left ventricular Apical Ballooning. Available at: www.Coronarydisease.com.
- Platowski, S. (2005). Don't Break my Heart. Available at: www.Brokenheart syndrome.com
- Prasad, A. (2006). What is common among patients with broken heart syndrome. Available at: www.Mayclinic.org.
- Rihal, ch. (2007). Abnormalities in broken heart syndrome. Available at: www.Mayclinic.org.
- Sarason. G. and. Sarason.B.R. (1987). *Abnormal Psychology: The Problem of Maladaptive Behavior*. Prentice-Hall Date Published. , 34-36
- Schultz.D.P and Schultz S.E. (2001). *Theories of Personality*. Hardcover Publisher: Thomson Brooks.78
- Sharkey, S. Lesser, J. Zenovich, A. (2005). *Reversible Cardiomyopathy Provoked By Stress in Woman from United States*. Washington: circulation.111:472-479.
- Stenburg. F. (1999). German woman involved in Bus. Available at: www.Wikipedia.com.
- Tsuchihashi, k. Ueshima, k. uchida, (2001). *T. Transient Left Ventricular Apical Ballooning without Coronary Artery Stenosis*. Tokyo: Amcoll ; 38: 11-18
- Wittsten I.S., & Thiemann, D.R, & Lima,J.A.& Baughman, K.L, & Schulman, S.P. & Gerstenblith, G. & Wu, K.C. & Rade, J.J. & Bivalacqua, T.J.&, and Champion, H.C.. (2005). Neurohumoral stress. *Engel, Journal of Medicine*. 325: 539-548
- Wittstein, I.S. (2007, Feb.). "The broken heart syndrome." *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 74 (Suppl 1), S17-S22.
- Hilgard's Introduction To psychology (13th edition)*. New York:Harcourt Brace Jovanovich.223
- Brooks, B. (2004). The effects of terrorists attacks on children in New York city. Available at: www.Cnn.com.
- Cohen, J. Edwards, Ph. (1989). *Coronary Heart Disease and the Risk Factors*. Palottlto: kihun. 299(6691):81-85.
- Davison, G. Neale, J. (2000). *Abnormal Psychology*. (Eighth Ed), California: John Wiley & Sons, Inc.302
- Denolt, J. Kupper, N. (2007). Cortisol dysregulation as mediating mechanism. *Journal of Psychosomatic Research and Cardiac Prognosis*: 62(4).
- Denolt, J. (1994). The relationship between type D and Broken heart syndrome. Available at: www.Wikipedia.com.
- Elsber, A. Lerman, A. Kevin, B. Murphy, J. Barsness, G. Singh, M. (2007). Foundation for medical Education and Research. Available at: www.Mayclinic.org/news/mayclinic.com
- Eriedman, Sh. Rosenman, P. (1979). *Different Clues of Personalities*. (4th Ed). Massachosette: Press.112.
- Fredrickson, F. Levinson, L. (1989). *Stressand Atrassors in Society*. Ohaio: Kutber. 6(6), 659-667
- Gianni, M. Dentali, F. Grandi, A. Hiralal, R.Ionn, E. (2006). *Appical Ballooning Syndrome or Takotsubo Cardiomyopathy*. *Eur. Heart J*. 27, 1523-1529.
- Gostavbile, C. (2005). The history of broken heart syndrome. Available at: www.Brokenhartsyndrome.com.
- Kamkar, (2000). M. *The Effect Of Successful Hemophilia Educational Plans On The Amount of Young Hemophilia Patients Anxiety In Isfahan Province*. [Thesise for MSc] .Azad university.
- Keefe, J. (2003). The psychological stressors and their effects on broken heart syndrome. Available at: www.Brokenheartsyndrome.com
- Kiss, J. Charlan, M. Scott, sh. (1985). *The Way of Low Pressure Life*. California:Stanford.312
- Kubasa, Ch. Fernandes, D. Clerck, F. (1979). *The Economy and Social*

The Comparison Among the Indicators of Mental of the People with Broken Heart Syndrome, Coronary Heart Disease and Healthy People

D. Balouchi

Lecturer of Pasychology, Islamic Azad University, Branch Khorasgan, Isfahan, Iran

H. Atashpour

Associate Professor of Pasychology, Islamic Azad University, Branch Khorasgan, Isfahan, Iran

M. Kamkar

Assistant Professor of Pasychology, Islamic Azad University, Branch Khorasgan, Isfahan, Iran

***M. AbdarEsfahani**

Associate Professor of Cardiologist ,Advanced (3D) Echocardiologist, medical sciences, Isfahan, Iran

M.R. Samsam Shariat

Lecturer of Pasychology, Islamic Azad University, Branch Khorasgan, Isfahan, Iran

Abstract:

The aim of this research was to compare psychological indicators of broken heart syndrome patients, coronary heart disease patients and healthy subjects. The samples consisted of three groups: diagnosed Broken Heart Syndrome group (60), diagnosed Coronary Heart group (60) and healthy group (60) who were randomly selected. The subjects answered the questionnaires Symptom Checklist 90 and Broken Heart Syndrome Checklist. The results of multivariate analysis of variance showed that there was significant differences between the means of psychoticism ($p<0.01$), aggression and phobia ($p<0.05$) among the three groups. In other words, these three traits were higher in the BHS (Broken Heart Syndrome) group than in coronary heart disease and healthy groups.

Keywords: personality characteristics, broken heart syndrome, heart attack (coronary heart disease).