

پیش‌بینی کننده‌های روان‌شناختی بیماری‌های عروق کرونر قلب: عوامل شخصیتی، وقایع استرس‌زای زندگی و کیفیت حمایت اجتماعی ادراکی

دکتر نادر منیرپور^۱، هلن خوسفی^۲

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های کرونر قلب (CHD)، تا سال ۲۰۲۰ اصلی‌ترین علت مرگ خواهند بود. عوامل سنتی نظیر سن بالا، ژنتیک، سیگار و چاقی، تنها نیمی از واریانس CHD را تبیین می‌کنند. از این رو، در راستای افزایش علاقه به عوامل روانی-اجتماعی، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش شخصیت، استرس و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی CHD انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن بیماران CHD، که طی زمستان ۱۳۸۷ و بهار ۱۳۸۸ جهت آنژیوگرافی کرونر در بیمارستان قلب شهید رجایی تهران بستری بودند را شامل می‌شد. ۱۵۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین، ۱۵۰ فرد سالم از خانواده بیماران با توجه به سن، جنسیت، تأهل و تحصیلات، به عنوان گروه مقایسه هم‌تاسازی شدند. معیارهای ورود شامل فقدان شرایط حاد نظیر نیاز به جراحی، داشتن تمایل و توانمندی برای همکاری بود. از پرسش‌نامه شخصیتی (NEO-FFI)، مقیاس رویدادهای زندگی Pickle (Pickle life events scale) و مقیاس کیفیت روابط اجتماعی (Quality of relationship inventory)، جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد، و از رگرسیون لجستیک برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها: متغیرهای پژوهش ۵۱/۹ تا ۶۹/۲ درصد از واریانس CHD را پیش‌بینی نمودند. صحت طبقه‌بندی (بیمار و غیربیمار) که توسط متخصصان قلب انجام شده بود، بر اساس متغیرهای روانی-اجتماعی ۸۴/۳ درصد، با پیش‌بینی درست ۸۲ درصد برای بیماری و ۸۶/۷ درصد برای سلامت، بود. نوروگرایی، برون‌گرایی، استرس و تعارض‌های بین‌فردی، با بیماری رابطه مستقیم و با سلامت رابطه معکوس داشتند؛ اما وظیفه‌شناسی و باز بودن به تجارب با بیماری، رابطه معکوس و با سلامت رابطه مستقیم داشتند.

نتیجه‌گیری: در مجموع، عوامل روانی-اجتماعی نظیر شخصیت، استرس و حمایت اجتماعی، سهم مهمی در پیش‌بینی CHD دارند.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های عروق کرونر قلب (CHD)، عوامل روانی-اجتماعی، شخصیت، استرس‌های زندگی، کیفیت حمایت اجتماعی.

نوع مقاله: کوتاه

پذیرش مقاله: ۸۹/۱۲/۱۹

دریافت مقاله: ۸۹/۶/۲۸

Email: monirpoor1357@yahoo.com

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران. (نویسنده مسؤول)
۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

مقدمه

با وجود این که تحقیقات به نقش خطرناک عوامل روانی-اجتماعی در بروز CHD اشاره نموده‌اند، جنبه‌های کلیدی متغیرهای روانی-اجتماعی، مانند شخصیت، وقایع استرس‌زا و حمایت اجتماعی مشخص نشده‌اند. همچنین، با وجود شیوع فزاینده CHD در ایران، پژوهش‌های کافی در این زمینه انجام نشده است. به همین علت، پژوهش حاضر به نقش عوامل روانی-اجتماعی مهم، همچون شخصیت، استرس‌های زندگی و کیفیت روابط اجتماعی در تبیین CHD پرداخته است.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش از نوع همبستگی، جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به CHD بود که طی زمستان ۱۳۸۷ و بهار ۱۳۸۸ جهت آنژیوگرافی عروق کرونر در بخش‌های جراحی بیمارستان قلب شهید رجایی تهران بستری بودند؛ ۱۵۰ نفر از این افراد که توسط متخصصان قلب تشخیص CHD را دریافت نمودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تشخیص این بیماران مشتمل بر آنژین صدری پایدار، آنژین صدری ناپایدار و سکته قلبی بودند. همچنین، ۱۵۰ فرد سالم از خانواده بیماران با توجه به سن، جنسیت، تأهل و تحصیلات به عنوان گروه مقایسه هم‌تاسازی شدند. معیارهای ورود، شامل فقدان شرایط حاد، مانند نیاز به جراحی، نارسایی شدید قلبی، درد و یا تب شدید و داشتن تمایل و توانمندی برای همکاری بود. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد:

مقیاس شخصیتی NEO-FFI: این مقیاس شامل ۶۰ سؤال می‌باشد و فرم کوتاه آزمون شخصیتی NEO است، که ۵ عامل اصلی شخصیت، همچون نوروژگرای، برون‌گرایی، باز بودن به تجارب، همسازی، وظیفه‌شناسی را می‌سنجد (۱۵). پایایی آن برای نوروژگرای ۰/۹۰، برون‌گرایی ۰/۷۸، باز بودن به تجارب ۰/۷۶، همسازی ۰/۸۶ و وظیفه‌شناسی ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۶).

مقیاس رویدادهای زندگی پیکل (Pickle life events scale): این پرسش‌نامه ۶۵ سؤال دارد و برای ارزیابی

بیماری‌های عروق کرونر قلب (Coronary Heart Diseases) به علت نارسایی خون و اکسیژن کافی به بافت‌های قلب ایجاد می‌شوند (۱) و تا سال ۲۰۲۰ اصلی‌ترین علت مرگ و میر خواهند بود (۲، ۱). عوامل خطرناک CHD به عوامل سنتی غیرقابل تغییر (سن بالا و سابقه خانوادگی)، قابل تغییر (سیگار و چاقی) و غیرآترواسکلروز، و عوامل روانی-اجتماعی تقسیم شده‌اند (۳-۴، ۱). عوامل سنتی تنها نیمی از واریانس CHD را تبیین می‌کنند (۵). به همین دلیل، پژوهشگران به عوامل روانی-اجتماعی خطرناک CHD نظیر الگوهای شخصیتی، استرس و حمایت اجتماعی علاقمند شده‌اند.

الگوی رفتاری تیپ A، به عنوان اولین عامل روانی-اجتماعی خطرناک CHD مطرح شد (۶)؛ اما پژوهش‌های بعدی از سودمندی تیپ A در پیش‌بینی CHD حمایت نکردند (۳). در صورتی که به تازگی شخصیت تیپ D، شامل نوروژگرای و درون‌گرایی، بر پایه نظریه‌های صفات شخصیت مطرح شده است. این که آیا تیپ D و نظریه‌هایی چون مدل ۵ عاملی شخصیت می‌توانند جایگزین مفهوم تیپ A شوند، موضوع پژوهش‌های کنونی است (۸، ۷).

تجربه وقایع استرس‌زای زندگی نیز به عنوان یک عامل مهم خطرناک CHD معرفی شده است. افراد قبل از بروز بیماری‌های قلبی، تعداد زیادی از وقایع استرس‌زا و منفی را تجربه می‌کنند (۹). یک مطالعه در ایران نشان داد که بیماران مبتلا به CHD بیش از گروه شاهد، حوادث استرس‌زای زندگی را تجربه کرده‌اند (۱۰).

یکی از متغیرهای میانجی بین استرس و پیامدهای آن، کیفیت روابط اجتماعی، شامل حمایت اجتماعی، تعارض‌های بین‌فردی و عمق روابط است که در فرایند مقابله با استرس و محفوظ ماندن از پیامدهای آن بسیار مهم می‌باشد (۱۲، ۱۱، ۳). فقدان حمایت اجتماعی و ابراز خصومت شدید، خطر بیماری قلبی و مرگ مربوط به آن‌ها را افزایش داده است (۱۳) و اثری مستقیم بر فرایندهای زیست‌شناختی مربوط به CHD، نظیر سطوح برخی هورمون‌ها و سیستم ایمنی دارد (۱۴، ۳).

۱۰/۱۳ ± ۵۲/۳۹ سال بود. تعداد زن و مرد در هر دو گروه به طور مساوی (۷۵ نفر) بودند. از نظر تحصیلات، در هر گروه ۱۲۴ نفر زیر دیپلم و ۲۶ نفر دیپلم بودند. همچنین، در هر گروه ۱۲۹ نفر متأهل و ۲۱ نفر مجرد بودند. در رگرسیون لجستیک، بیمار بودن در برابر سالم بودن، به عنوان متغیر ملاک مورد تحلیل قرار گرفتند و عوامل شخصیتی، استرس‌های زندگی و کیفیت روابط اجتماعی به عنوان متغیرهای پیش‌بین تحلیل شدند (جدول ۱).

در مجموع، مدل رگرسیون به طور معناداری پایا بود (۰/۰۰۱ < P، df = ۷، ۳۳۴/۲۱۹ = χ^2). این مدل ۵۱/۹ تا ۶۹/۲ درصد از واریانس متغیر ملاک را تبیین نمود، با پیش‌بینی درست، ۸۲ درصد برای بیمار شدن و ۸۶/۷ درصد برای سالم بودن در نظر گرفته شد. در کل ۸۴/۳ درصد از پیش‌بینی عضویت گروهی به وسیله این مدل درست می‌باشد. مقادیر ضرایب نشان می‌دهد که افزایش یک نمره به نوروگرایی، برون‌گرایی، وظیفه‌شناسی، استرس‌های زندگی و تعارض‌های بین‌فردی با افزایش بیمار شدن، به ترتیب با شانس‌های ۰/۸۷۴، ۰/۸۹۹، ۰/۸۹۳ و ۰/۹۵۴ همراه است، در حالی‌که افزایش یک نمره به، باز بودن به تجارب و وظیفه‌شناسی با کاهش بیمار شدن، به ترتیب با شانس ۱/۱۹۷ و ۱/۲۴۱ برابر همراه است.

رویدادهای استرس‌زا و میزان استرس تجربه شده در زندگی افراد استفاده می‌شود. در یک مطالعه برای ارزیابی میزان استرس بیماران CHD ایرانی، ضریب بازآزمایی برای تعداد رویدادهای استرس‌زا ۰/۷۲ و برای میزان فشار روانی تجربه شده ۰/۷۳ گزارش شد (۱۷).

مقیاس کیفیت روابط (Quality of Relationship Inventory): این مقیاس دارای ۲۹ سؤال است که توسط پیرس و همکاران ساخته شد، تا کیفیت روابط با افراد مهم زندگی را ارزیابی کند، و دارای سه زیر مقیاس است که علاوه بر حمایت اجتماعی ادراک شده از والدین، همسر و دوستان، تعارض‌های بین‌فردی و عمق روابط با آنان را نیز می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس حمایت اجتماعی، عمق روابط و روابط تعارضی، به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۸ و ۰/۸۶ گزارش شد (۱۸). این مقیاس اولین بار در ایران در سال ۱۳۷۱ ترجمه شد و ضریب پایایی با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه گردید (۱۹).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS و روش رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه بیمار ۸/۶۵ ± ۵۲/۹۵ و گروه سالم

جدول ۱. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک

| متغیرهای پیش‌بین | B | S.E | Wald | Df | Sig | Exp(B) |
|-------------------|--------|-------|--------|----|-------|--------|
| ثابت | -۱/۹۷۴ | ۲/۱۰۹ | ۰/۸۷۶ | ۱ | ۳۴۹/۰ | -۰/۱۳۹ |
| نوروگرایی | ۰/۱۳۴ | ۰/۰۲۸ | ۲۲/۷۸۹ | ۱ | ۰/۰۰۱ | -۰/۸۷۴ |
| برون‌گرایی | -۰/۱۰۶ | ۰/۰۲۹ | ۱۳/۲۲۳ | ۱ | ۰/۰۰۰ | -۰/۸۹۹ |
| باز بودن به تجارب | -۰/۱۸۰ | ۰/۰۴۳ | ۱۷/۰۶۹ | ۱ | ۰/۰۰۱ | ۱/۱۹۷ |
| وظیفه‌شناسی | ۰/۲۱۶ | ۰/۰۴۱ | ۲۷/۲۳۹ | ۱ | ۰/۰۰۱ | ۱/۲۴۱ |
| استرس‌های زندگی | -۰/۱۱۳ | ۰/۰۳۶ | ۹/۶۷۷ | ۱ | ۰/۰۰۲ | -۰/۸۹۳ |
| تعارضات بین‌فردی | -۰/۰۴۷ | ۰/۰۱۱ | ۱۹/۳۴۰ | ۱ | ۰/۰۰۱ | -۰/۹۵۴ |

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر با هدف بررسی نقش عوامل شخصیت، استرس‌های زندگی و کیفیت حمایت اجتماعی در پیش‌بینی CHD انجام شد. نتایج نشان داد که عوامل شخصیتی سهم قابل توجهی در پیش‌بینی CHD دارند. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات دیگر در زمینه رابطه نوروگرایی (۲۳-۲۰)، برون‌گرایی (۲۲)، بازبودن به تجارب (۲۴) و وظیفه‌شناسی (۲۵، ۲۳) با CHD همسو هستند. در تبیین نحوه تأثیر عوامل شخصیتی در بروز بیماری، سه مکانیسم عمده معرفی شده‌اند: تأثیر غیرمستقیم از طریق رفتارها و عادات ناسالم، جستجوی موقعیت‌های محیطی و اجتماعی بیماری‌زا، تأثیر مستقیم از طریق مکانیسم‌های فیزیولوژیک (۲۶). برای مثال، کسانی که عامل نوروگرایی در آنها قوی‌تر است، عادات رفتاری ناسالم دارند، به احتمال زیاد سیگار می‌کشند و ترک آن برایشان مشکل است (۲۷). همچنین، شواهد بسیاری وجود دارد که عامل وظیفه‌شناسی، ارتباط مثبتی با عادات سالم دارد (۲۸، ۲۳). در این پژوهش برون‌گرایی، به طور متناقض رابطه مستقیمی با بیماری نشان داد، زیرا برون‌گرایی منجر به افزایش تماس اجتماعی و در نتیجه افزایش حمایت اجتماعی می‌شود (۲۶). این تناقض به دو صورت قابل توجیه است: اول، رابطه مستقیم برون‌گرایی با بیماری که ممکن است تنها تبلوری از تمایل افراد بیمار به روابط بوده باشد. دوم، با توجه به رابطه مستقیم نوروگرایی با بیماری، که با تمایل فرد به تجربه هیجان‌ها و عواطف منفی در ارتباط است، ممکن است برون‌گرایی در سطح رفتار (به خاطر تسلط ویژگی‌هایی نظیر خصومت، اضطراب، آسیب‌پذیری، صفات عامل نوروگرایی) به جای افزایش حمایت اجتماعی، منجر به افزایش تعارض‌های بین فردی و کاهش سطح حمایت اجتماعی شده باشد.

یافته‌های این پژوهش در زمینه ارتباط مستقیم تجربه استرس‌های زندگی با CHD، با نتایج مطالعات دیگر (۳۰، ۲۹، ۱۲) همخوان می‌باشد. استرس می‌تواند به دو طریق بر سلامتی اثر بگذارد: ۱- از طریق مکانیسم رفتاری، ۲- از

طریق تغییرات فیزیولوژیکی. افراد با سطح بالای استرس، تمایل زیادی برای انجام رفتارهایی نظیر مصرف سیگار، الکل و کاهش تمرینات ورزشی دارند که امکان بیمار شدن را افزایش می‌دهد (۳۱).

تغییرات فیزیولوژیک ناشی از استرس که واسطه بین استرس و بیماری هستند، عبارت است از: ۱- اثر مستقیم بر شریان‌های کرونری و عضلات قلب نظیر افزایش فشار خون و ضربان قلب، ۲- افزایش لخته‌پذیری خون، ۳- افزایش هورمون‌هایی مثل آدرنالین در پاسخ به استرس، ۴- افزایش فعالیت سلول‌های ایمنی در سطح پوشاننده آسیب دیده سرخرگ‌ها، که باعث سفت شدن دیواره عروق شده، زمینه ایجاد پلاک را فراهم می‌آورند (۲۶، ۳۲).

با در نظر گرفتن موانع و محدودیت‌های این پژوهش، مانند مقطعی بودن مطالعه، محدودیت‌های مدیریت بیمارستان برای انتخاب نمونه از بیماران بخش جراحی، عدم امکان کنترل استرس‌های بستری شدن، عدم کنترل دقیق وضعیت روان‌شناختی، نوع بیماری کرونری و تنوع جمعیتی بیماران، این تحقیق پیشنهاداتی بر اساس یافته‌های ارائه می‌دهد.

به لحاظ روش‌شناسی پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده ضمن استفاده از روش‌های طولی، نمونه پژوهش از بیمارستان‌های مختلف انتخاب شوند. همچنین، استفاده از بیماران سرپایی به منظور کنترل استرس ناشی از بستری شدن و ارزیابی دقیق وضعیت روان‌شناختی بیماران قبل از تکمیل ابزارهای پژوهش توصیه می‌گردد.

با توجه به افزایش CHD و سهم قابل توجه متغیرهای پژوهش حاضر (ضریب تعیین ۵۱/۹ تا ۶۹/۲ درصد) در پیش‌بینی این بیماری‌ها، مداخلات پیش‌گیرانه با تأکید بر آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و برقراری ارتباط جهت حل تعارضات بین‌فردی پیشنهاد می‌شود. علاوه بر آن، به منظور انجام مداخلات روان‌شناختی به موقع و مؤثر، ارزیابی روان‌شناختی و شخصیتی بیماران هنگام پذیرش در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی پیشنهاد می‌گردد.

سیاسگزاری

می‌گردد. همچنین، از مسؤولین بیمارستان، به‌ویژه مسؤولین بخش جراحی که نهایت همکاری را داشتند، قدردانی می‌گردد.

اجرای این پژوهش بدون همکاری بیماران مشارکت‌کننده و خانواده‌های آن‌ها میسر نبود، از تمامی این افراد تشکر

References

1. Andreoli TE. Cecil essentials of medicine. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2004.
2. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
3. Davison GC, Neale JM. Abnormal psychology. 8th ed. New York: John Wiley and Sons; 2004.
4. Seligman MEP, Walker E, Rosenhan DL. Abnormal Psychology. 4th ed. New York: Norton & Company, Incorporated; 2002.
5. Cohen LM, McChargue DE, Collins FL. The health psychology handbook. 1st ed. London: Sage Publication; 2003.
6. Wielgosz AT, Nolan RP. Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. J Psychosom Res 2000; 48(4-5): 339-45.
7. Mattews KA. Coronary heart disease. American Psychologist 2005; 45: 783-96.
8. Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. Lancet 1996; 347(8999): 417-21.
9. Brewin CH. Cognitive foundations of clinical psychology. London: Erlbaum; 1988.
10. Moosavi M, Eslami M, Sheikh Bagloo O, Birashk B. Mental strain, more than important than stressful life events in myocardial infarction. Acta Medica Iranica 2004; 42(2): 125-30.
11. Pitts M, Phillips K. The Psychology of Health. 2nd ed. New York: Routledge; 2002.
12. Taylor SE. Health psychology. 6th ed. New York: McGraw-Hill Higher Education; 2006.
13. Lepore SJ. Cynicism, social support, and cardiovascular reactivity. Health Psychol 1995; 14(3): 210-6.
14. Brannon L, Feist J. Health psychology: an introduction to behavior and health. 4th ed. New York: Wadsworth/Thomson Learning; 1999.
15. Garusi Farshi MT. Personality Evaluation. Tabriz: Jameh Pajoo; 2001. [In Persian].
16. Costa PT, McCrea RR. Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI). New York: Psychological Assessment Resources; 1992.
17. Hosseini Ghadamgahi J. The quality of social relationship, stress rate and coping strategies in coronary heart patients. [Thesis]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute, Tehran University of Medical Sciences; 1995. [In Persian].
18. Pierce GR, Sarason IG, Sarason BR. General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? J Pers Soc Psychol 1991; 61(6): 1028-39.
19. Ebrahimi A. The study of psychological aspects of adjustment with spinal cord trauma. [Thesis]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute, Tehran University of Medical Sciences; 1990. [In Persian].
20. Vollrath M, Knoch D, Cassano L. Personality, risky health behaviour, and perceived susceptibility to health risks. European Journal of Personality 1999; 13(1): 39-50.
21. Amelang M. Using personality variables to predict cancer and heart disease. European Journal of Personality 1997; 11(5): 319-42.
22. Cramer D. Type A behaviour pattern, extraversion, neuroticism and psychological distress. Br J Med Psychol 1991; 64 (Pt 1): 73-83.
23. Geraghty Kenyon M. Connection between personality, death among chronically ill. [online]. [cited 2002 Jun 7]. Available from: URL:<http://www.sci.rutgers.edu/forum/archive/index.php/t-4660.html>
24. Gidron Y. The relationship between tourists' agreeableness and openness to experience with coronary heart disease mortality. J Psychosom Res 2004; 57(3): 227-9.
25. Smith D. Angry thoughts, at-risk hearts. Monitor on Psychology 2003; 34(3): 46.
26. Friedman HS, DiMatteo MR. Health psychology. 2nd ed. New York: Prentice Hall; 2002.

27. McCrae RR, Costa PT. valuating comprehensiveness in personality systems: The California Q-Set and the five-factor model. *Journal of Personality* 1986; 54(2): 430-46.
28. Garusi Farshi MT. Normative research for NEO personality questionnaire and its factor structure in Iran universities students. [Thesis]. Tehran: Tarbiat Modarres University 1998. [In Persian].
29. Ogden J. Health psychology: a textbook. 2nd ed. Philadelphia: Open University Press; 2001.
30. Braunwald E. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001.
31. Sarafino FP. Health psychology: Biopsychosocial interactions. 4th ed. New York: John Wiley & Sons; 2003.
32. Sheridan CL, Radmacher SA. Health psychology: Challenging the biomedical model. New York: John Wiley & Sons Inc; 1992.

Psychological predictors of coronary heart diseases: the role of personality factors, stressful life events and perceived quality of social support

Nader Monirpoor¹, Helen Khoosfi²

Abstract

Aim and Background: It is estimated that Coronary heart diseases (CHD) will be the major cause of mortality by the year 2020. The traditional factors such as age, genetics, smoking and obesity, account only half of the variance in CHD. Therefore, regarding increasing concern about the psychosocial factors, the purpose of present study was to evaluate the role of personality, stress and social support in predicting CHD.

Methods and Materials: In this correlative study, patients with CHD referred to Shahid Rajaei cardiology hospital for cardiac angiography through winter 2008 to spring 2009 in Tehran, were selected by convenience sampling method. 150 age, gender, marital status and education matched healthy individuals from families of patients were selected as control group. The inclusion criteria included absence of acute conditions such as the need for surgery, having had the willingness and ability to cooperate. Data collected using The NEO-FFI personality questionnaire, Pickle's stressful life events scale and Pierce's social relation quality scale. Obtained data analyzed by logistic regression method.

Findings: Studied psychosocial variables predicted 51.9- 69.2 % of CHD variance. The classification accuracy (patient and healthy) which was performed by cardiologist based on psychosocial variables was 84.3%, with 82% and 86.7% predicting accuracy for illness and healthiness. Neuroticism, extroversion, stress and interpersonal conflicts had a positive correlation with illness and a negative correlation with healthiness, but conscientiousness and openness to experience had positive correlation with illness and negative correlation with healthiness.

Conclusions: In general, it seems that psychosocial factors specially personality, stress and social support have an important role in predicting CHD.

Keywords: Coronary heart diseases, Psychosocial factors, Personality, Stressful life events, Quality of social relationship.

Type of article: Short communication

Received: 19.09.2010

Accepted: 10.03.2011

1. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran. (Corresponding Author)

Email: monirpoor1357@yahoo.com

2. MS in Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.