

## رابطه سبک‌های دلبستگی با اضطراب مرگ در بیماران قلبی - عروقی

احمد ولیخانی<sup>۱</sup>، مسیب یارمحمدی واصل<sup>۲\*</sup>

### خلاصه

مقدمه: سبک‌های دلبستگی از پیوندها و روابط اولیه کودک با مراقب اولیه او نشأت می‌گیرد که با اختلالات هیجانی (اضطراب مرگ) در طول زندگی فرد رابطه مهمی دارد. اگر این پیوندها و روابط در اوایل کودکی به درستی شکل نگرفته باشد، به احتمال زیاد فرد را در آینده با بیماری‌های روانی و جسمانی مانند بیماری قلبی - عروقی گرفتار خواهد کرد. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با اضطراب مرگ در بین بیماران قلبی - عروقی بود.

روش: این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی بود و جامعه آماری آن را همه بیماران قلبی - عروقی شهر شهریار تشکیل دادند. نمونه‌ها (۱۲۰ نفر) با روش نمونه‌گیری هدفمند از سه مطب خصوصی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های مقیاس اضطراب مرگ Templer و پرسش‌نامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان Hazan و Shaver به دست آمد.

یافته‌ها: میزان شیوع اضطراب مرگ شدید در بین بیماران قلبی ۴۱/۷ درصد، اضطراب مرگ متوسط ۲۸/۳ درصد و اضطراب مرگ خفیف ۳۰/۰ درصد بود. همچنین بین سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرا با اضطراب مرگ رابطه مثبت معنی‌داری یافت شد ( $P < ۰/۰۱$ ). فراوانی افراد دلبسته ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا) نسبت به افراد دلبسته ایمن بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: بین سبک‌های دلبستگی با اضطراب مرگ در بیماران قلبی - عروقی بزرگسال رابطه معنی‌داری وجود دارد. واژه‌های کلیدی: سبک‌های دلبستگی، اضطراب مرگ، بیماری قلبی - عروقی

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز ۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد، علوم اجتماعی و روانشناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

\* نویسنده مسؤل، آدرس پست الکترونیک: vasel999@yahoo.com

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۸/۲۹

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۲/۸/۱۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۳/۱۵

## مقدمه

افزایش سریع بیماری‌های قلبی - عروقی (Cardiovascular disease) یکی از چالش‌های عمده بهداشتی برای توسعه جهانی به شمار می‌رود. یک سوم از مرگ و میرهای جهانی (۱۷ میلیون) در سال ۱۹۹۸ ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی بود که در این بین، ۷۸ درصد از این مرگ و میرها در کشورهای با درآمد کم و متوسط اتفاق افتاده است. تخمین زده می‌شود که جریان افزایش بیماری‌های قلبی - عروقی در دو دهه بعد تشدید گردد (۱). در دنیا هیچ کسی از مرگ مصون نیست و همه آدمیان به ناچار با این حقیقت روبه‌رو خواهند شد که باید روزی با مرگ مواجه شوند، این اندیشه خود می‌تواند اضطراب جان‌فرسایی را بر دل هر انسانی پدید آورد. آدمی در طول زندگی خویش درجات مختلفی از اضطراب مرگ (Death anxiety) را تجربه می‌کند. این تجربه به طور طبیعی در افراد مبتلا به بیماری‌های علاج‌ناپذیر یا سخت‌علاج بیشتر است. اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیر عادی و بزرگ از مرگ است که همراه با احساساتی مانند وحشت از مرگ یا دلهره به هنگام فکر کردن به فرایند مردن یا چیزهایی که پس از مردن رخ می‌دهد، تعریف می‌شود یا نگرانی و ترسی است که با پیش‌بینی و آگاهی از واقعیت از مرگ و مردن در انسان رخ می‌دهد و شامل عناصر شناختی، انگیزشی، هیجانی و احساسی می‌باشد و این اضطراب با توجه به مراحل رشد شکل می‌گیرد. تاکنون تحقیق مستقیمی در رابطه با میزان اضطراب مرگ بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی صورت نگرفته است، اما تحقیقاتی که در رابطه با بیماری‌های دیگر مانند ایدز، سرطان و صرع صورت گرفته است، نشان می‌دهد که اضطراب مرگ در بین این بیماران شایع است (۲-۴).

تحقیقات زیادی شیوع اضطراب (اضطراب عمومی) را در بین افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی مورد توجه قرار داده‌اند؛ البته باید به این نکته توجه داشت که مفهوم

اضطراب و اضطراب مرگ دو مقوله جداگانه هستند، ولی تا حدی این تحقیقات ما را در شناخت و اهمیت موضوع مورد بررسی یاری می‌دهند.

اضطراب مرگ، ترس از مرگ به دلیل فهم این‌که مرگ معنایی خارج از درک اعتقادات یا آگاهی ندارد، تعریف شده است. از طرف دیگر، اضطراب مرگ با فهم این‌که مرگ تهدیدی ضروری از عدم وجود است و از سوی دیگر با درک زندگی به طور کامل ایجاد می‌شود (۵). اضطراب مرگ احساسی است که مبنای برخی از ترس‌هایی است که بلافاصله بعد از تولد شروع می‌شود و تا آخر عمر جریان دارد و بر رشد شخصیت اثر می‌گذارد. این احساس بعد از درک فانی بودن دنیا، محدودیت عمر انسان و این‌که هر چیزی در واقع پوچ و بی‌معنا است، پدیدار می‌شود (۶).

اضطراب مرگ یک سازه چند بعدی مربوط به ترس، اضطراب انتظار و آگاهی از واقعیت مردن و مرگ است که مؤلفه‌های انگیزشی، شناختی و هیجانی را در برمی‌گیرد و به وسیله مراحل رشدی و رویدادهای زندگی اجتماعی - فرهنگی تغییر می‌کند (۷). Devins با استفاده از تجزیه و تحلیل مؤلفه‌های اساسی، پنج منبع اضطراب مرگ را شناسایی کرد که ما را در شناخت بهتر جنبه‌های مختلف آن کمک می‌کند: ۱- ترس از مرگ شخصی، ۲- نگرانی‌هایی درباره درد و رنج مرگ، ۳- نزدیکی ذهنی به مرگ، ۴- ترس‌های مرتبط به مرگ و ۵- افکار نگران‌کننده در رابطه با مرگ. با توجه به تعریف و ابعاد و اهمیت وسیع اضطراب مرگ، می‌توان انتظار داشت که شاید این امر بر روی جنبه‌های مختلف زندگی آدمی تأثیر بسزایی داشته باشد (۸).

تحقیقات مختلف نشان داده است که در بین بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی، اختلال‌های روان‌شناختی به ویژه اضطراب امر متداولی است (۹-۱۳). تحقیقی نشان داد که نشانه‌های اضطراب در بین بیماران سکته قلبی با مرگ و

سبک‌های دلبستگی نایمن با بیماری کرونری قلب ارتباط دارد و به طور مثبت با طیف وسیعی از شرایط سلامتی به ویژه سیستم قلبی-عروقی مانند سکته، حمله قلبی و فشار خون بالا مرتبط است (۲۱). همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که کیفیت زندگی پایین، انزوای اجتماعی، افسردگی و اضطراب مستقل از عوامل خطر آفرین پزشکی با بیماری و مرگ و میر بیماران قلبی مرتبط است. تحقیقات دیگر نیز بیان کرده‌اند که حمایت اجتماعی و ادراک کنترل در بیشتر موارد نقش کلیدی را در کاهش پریشانی روان‌شناختی (علائم اضطراب و افسردگی) بیماران ایفا می‌کنند (۲۲، ۲۳).

در پژوهش دیگری گزارش شد که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن با تیپ شخصیتی A که با گرایش به تجربه هیجان‌های منفی (اضطراب و اضطراب کمبود زمان) مشخص می‌شوند، به طور معنی‌داری شیوع بالاتری از مرگ و میر قلبی را در مقایسه با بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن که از تیپ شخصیتی A برخوردار نبودند، نشان دادند (۲۴). تیپ شخصیتی A با سبک‌های دلبستگی رابطه دارد؛ به صورتی که افراد دلبسته نایمن بیشتر با عنوان تیپ شخصیتی A طبقه‌بندی شوند (۲۵).

با توجه به این که افراد دلبسته ایمن با تعاملات درون فردی و بین فردی مطلوب، عملکرد روان‌شناختی بهتر، حمایت اجتماعی و با کیفیت زندگی بهتر در ارتباط قرار می‌گیرند و افراد دلبسته نایمن با تعاملات درون فردی و بین فردی ضعیف‌تر، سازگاری پایین و پریشانی روان‌شناختی مرتبط هستند، این انتظار می‌رود که شاید افراد دلبسته نایمن نسبت به افراد دلبسته ایمن در معرض خطر بیشتر بیماری‌های قلبی-عروقی قرار بگیرند، همچنین میزان شیوع مرگ و میر قلبی در این افراد بیشتر باشد. البته باید به این نکته توجه داشت که علایم و نشانه‌های بیماری قلبی خود می‌تواند بر سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد مبتلا تأثیر منفی بگذارد (۲۶) و این امر نشان می‌دهد که رابطه

میر آنان رابطه دارد (۱۴). در تحقیق دیگری نیز افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به طور تقریبی سه برابر بیشتر شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی را از خود نشان دادند (۱۵). همچنین فراتحلیلی که مشتمل بر ۲۰ تحقیق در رابطه با بیماری قلبی-عروقی بود، نشان داد که اضطراب به طور ویژه با مرگ و میر قلبی ارتباط دارد؛ چنان که افراد مضطرب ۴۸ درصد بیشتر با افزایش احتمال خطر با مرگ قلبی مواجه هستند. با توجه به نتایج این تحقیقات، اضطراب مرگ در بین بیماران قلبی-عروقی شیوع بالایی را نشان می‌دهد (۱۶).

عوامل روانی-اجتماعی زیادی بر اضطراب و اضطراب مرگ بیماران قلبی تأثیرگذار است که یکی از مهم‌ترین این عوامل، نوع دلبستگی (Attachment) روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی می‌باشد. Bowlby، دلبستگی را پیوند عاطفی دیرپایی تعریف کرد که به وسیله تمایل به جستجو و حفظ مجاورت با یک شکل خاص به ویژه در مواقع فشار روانی، مشخص می‌شود (۱۷). Salter، Ainsworth و همکاران بر اساس نظریه دلبستگی Bowlby، با طرح آزمایشی به نام «موقعیت ناآشنا» و به وسیله مشاهده نحوه رفتار کودکان در این موقعیت، به سه الگوی اساسی دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا دست پیدا کردند (۱۸). برخی شواهد نشان می‌دهد که نوجوانان و بزرگسالان با الگوهای بازنمایی دلبستگی ایمن، از هماهنگی بیشتر و احساس رضایت و روابط صمیمی دیرپا نسبت به افراد دیگر بیشتر لذت می‌برند. افراد دارای دلبستگی اجتنابی با سوءظن، فاصله هیجانی، تنهایی و خصومت با دیگران در ارتباط هستند. همچنین کسانی که سبک دلبستگی دوسوگرا دارند؛ تعصب شدید، حسادت، وابستگی و روابط ناپایدار با دیگران را از خود نشان می‌دهند (۱۹).

تحقیقی نشان داد که دلبستگی و مسایل بین فردی نقش مهمی را در بروز و مدیریت موفق بیماری‌های قلبی ایفا می‌کند (۲۰). در تحقیق دیگری نشان داده شد که

شد و جهت برآورد حجم نمونه از فرمول Cochran استفاده گردید. با فرض احتمال خطای ۹۵ درصد ( $\alpha = 0/05$ ) و واریانس ۰/۲۵ و تفاوت میانگین‌های برابر با ۰/۰۹، تعداد ۱۲۰ نفر به عنوان حجم نمونه برآورد شد؛ بنابراین نمونه‌های پژوهش متشکل از ۱۲۰ بیمار (۶۳ زن و ۵۷ مرد) مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی بودند و ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن بیماری قلبی با تشخیص پزشک، حداقل سه سال سابقه بیماری قلبی و داشتن حداقل سن ۱۸ سال بود. برای ملاحظات اخلاقی پژوهش، شرکت کنندگان در تحقیق در ابتدای امر از جنبه‌های مختلف پژوهش آگاه شدند تا با رضایت کامل و میل خود و به دور از هر گونه اعمال فشار در تحقیق شرکت نمایند. همچنین در این پژوهش نامی از شرکت کنندگان خواسته نشد و به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که در نهایت رازداری اطلاعات شخصی آنان محرمانه باقی می‌ماند و در دسترس دیگران قرار نمی‌گیرد. در نهایت تلاش شد تا شرکت کنندگان در پژوهش در موقعیت فشار جسمی و روانی قرار نگیرند و از لحاظ روانی در آزادی و آرامش کامل باشند.

#### ابزارهای پژوهش

۱- مقیاس اضطراب مرگ (Templer Death anxiety scale یا DAS): برای سنجش اضطراب مرگ بیماران قلبی-عروقی از این پرسش‌نامه استفاده گردید که شامل ۱۵ سؤال به صورت صحیح و غلط می‌باشد. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۵ متغیر است و نمره بالا معرف میزان بالای اضطراب مرگ در افراد می‌باشد. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران توسط رجیبی و بحرانی، بر روی ۱۳۸ دانشجوی دوره کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز اجرا و هنجاریابی شده است. در هنجاریابی صورت گرفته، ضریب اعتبار تصنیف ۰/۶۲ و ضریب Cronbach's alpha (همسانی درونی) کل پرسش‌نامه معادل ۰/۷۳ به دست آمد (۲۹).

بین عوامل روان‌شناختی و بیماری‌های قلبی رابطه‌ای دو سویه است؛ یعنی چنان که عوامل روانی در بروز بیماری‌های قلبی مؤثر باشند، بیماری‌های قلبی نیز در به وجود آمدن پریشانی‌های روان‌شناختی نقش مهمی را ایفا می‌کنند.

تحقیقاتی نیز در رابطه با اضطراب مرگ و سبک‌های دل‌بستگی صورت گرفته است. در یکی از این تحقیقات بیان شد که افراد با سبک‌های دل‌بستگی نایمن (دوسوگرا و اجتنابی) نسبت به اشخاص ایمن، ترس از مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۷). همچنین در تحقیق دیگری مشخص شد کسانی که الگوهای دل‌بستگی مثبتی نسبت به خود و دیگران داشتند، سطوح پایین ترس از مرگ را از خود نشان دادند (۲۸). با مرور تحقیقات مربوط به سبک‌های دل‌بستگی و اضطراب مرگ، می‌توان اذعان کرد که شاید نوع برخورد و مواجهه آدمی با مرگ و شیوه اندیشه او در این رابطه از همان اوایل زندگی تحت تأثیر نوع تعامل او با افراد مهم زندگی در وجودش شکل می‌گیرد و پس از آن، فرد در طول زندگی خود به گونه‌ای عمل می‌کند که حقیقت انکارناپذیر مرگ را در ورای شیوه نگرش یا عملی که نسبت به دنیای خارج به خود گرفته است، پنهان یا فراموش کند. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین اضطراب مرگ و سبک‌های دل‌بستگی در بین بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی بود.

#### روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود و جامعه آماری آن شامل تمام افراد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی شهر شهریار در سال ۱۳۹۱ بودند. نمونه‌های پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و از سه مطب خصوصی درمان بیماران قلبی به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه و به دلیل این که فرضیه‌های تحقیق دو سویه بود؛  $\alpha = 0/05$  و  $Z = 1/96$  در نظر گرفته

بی‌سواد، ۲۵/۰ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۵/۰ درصد راهنمایی، ۳۰/۰ درصد دیپلم و ۱۳/۳ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. بر طبق جدول ۱، میزان شیوع اضطراب مرگ در بین بیماران قلبی در سه سطح خفیف، متوسط و شدید ارایه شد.

نتایج جدول ۲ نشان داد که اضطراب مرگ با سبک دلبستگی نایمن اجتنابی ( $r=25$ ) و سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا ( $r=27$ ) رابطه مثبت و معنی‌داری داشت ( $P<0/01$ )؛ بدین معنی که با افزایش سبک دلبستگی نایمن اجتنابی و سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا، میزان اضطراب مرگ بیماران قلبی نیز افزایش می‌یابد، اما سبک دلبستگی ایمن با اضطراب مرگ از رابطه منفی برخوردار بود، هرچند که این رابطه معنی‌دار نبود.

به منظور پیش‌بینی اضطراب مرگ به وسیله متغیر سبک‌های دلبستگی از آزمون رگرسیون خطی ساده استفاده گردید. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که سبک‌های دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا حدود ۸ درصد تغییرات متغیر ملاک یعنی اضطراب مرگ را پیش‌بینی می‌کنند ( $P<0/01$ ). با توجه به مقادیر ضریب بتا، سبک دلبستگی دوسوگرا به عنوان قوی‌ترین پیش‌بین اضطراب مرگ مشخص گردید.

برای آزمون این فرض که فراوانی افراد دل‌بسته نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) در بین بیماران قلبی نسبت به افراد دل‌بسته ایمن بیشتر است، از آزمون  $\chi^2$  استفاده گردید. نتایج نشان داد که فراوانی بیماران دل‌بسته نایمن (۷۱ نفر) در بیماران قلبی - عروقی بیشتر از بیماران دل‌بسته ایمن (۴۹ نفر) بود و در سطح معنی‌داری ۰/۰۴، نتیجه آزمون  $\chi^2$  برابر با ۴/۰۳ به دست آمد.

۲- مقیاس سبک‌های دلبستگی Shaver و Hazan (Adult attachment inventory یا AAI): برای سنجش نوع سبک دلبستگی بیماران از این مقیاس استفاده گردید. این ابزار شامل ۲۱ سؤال می‌باشد که سه سبک دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۱، کم = ۲، متوسط = ۳، زیاد = ۴ و خیلی زیاد = ۵) می‌سنجد. در هنجاریابی این آزمون در ایران، ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۶۴ و ضریب بازآزمایی اندازه‌گیری مقوله‌ای ۰/۷۰ بود و ضریب بازآزمایی آن ۰/۴۰ برآورد گردید (۳۰).

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و برای تحلیل داده‌ها از آزمون ضریب همبستگی Pearson و رگرسیون خطی ساده (Linear regression) برای بررسی رابطه بین متغیرها، همچنین از آزمون  $\chi^2$  برای مقایسه فراوانی بیماران قلبی در سبک‌های دلبستگی ایمن و نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) استفاده گردید. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ (version 19, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## نتایج

یافته‌ها نشان داد حدود ۳۲/۵ درصد (۳۹ نفر) بیماران حداقل دارای سابقه یک سکته قلبی بودند. طول مدت بیماری در آزمودنی‌ها به طور میانگین بیش از ۳ سال و در دامنه ۰-۱۵ سال متغیر بود. همچنین شرکت کنندگان در دامنه سنی ۱۸-۸۴ سال و میانگین سنی ۵۰/۵ سال قرار داشتند. از لحاظ تحصیلات، ۲۶/۷ درصد آزمودنی‌ها

جدول ۱. میزان شیوع اضطراب مرگ در بین بیماران قلبی

سطوح اضطراب مرگ	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	درصد
خفیف	۴/۵۶	۱/۳۱	۳۶	۳۰/۰
متوسط	۸/۰۳	۰/۸۷	۳۴	۲۸/۳
شدید	۱۲/۰۰	۱/۴۹	۵۰	۴۱/۷
جمع کل	۸/۲۰	۳/۳۹	۱۲۰	۱۰۰

جدول ۲. نتایج آزمون ضریب همبستگی Pearson بین متغیرهای سبک‌های دلبستگی با اضطراب مرگ

سبک	شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
دلبستگی ایمن	۸/۲۷	۳/۴۲	-۰/۰۹	-۰/۳۹۷	
دلبستگی اجتنابی	۹/۳۷	۳/۲۴	۰/۲۷	-۰/۰۰۳	
دلبستگی دوسوگرا	۸/۴۳	۳/۴۷	۰/۲۵	-۰/۰۰۵	

جدول ۳. نتایج آزمون رگرسیون خطی ساده برای پیش‌بینی اضطراب مرگ از طریق متغیر سبک‌های دلبستگی

متغیر پیش‌بین	ضریب تعیین	ضریب تعیین استاندارد	نسبت F	ضریب B	ضریب Beta	نسبت t
دلبستگی ایمن	۰/۱۰۱	۰/۰۷۸	*۴/۳۳۷	-۰/۰۷۲	-۰/۰۸۰	-۰/۸۳۸
دلبستگی اجتنابی	۰/۱۰۱	۰/۰۷۸	*۴/۳۳۷	۰/۱۲۷	۰/۱۶۰	۱/۵۰۰
دلبستگی دوسوگرا	۰/۱۰۱	۰/۰۷۸	*۴/۳۳۷	۰/۱۲۱	۰/۱۹۴	۱/۸۷۰

\*p < ۰/۰۱

مرگ را نسبت به دو گروه سنی دیگر دارا بودند، همچنین پس از آن‌ها بیماران جوان و بیماران میانسال اضطراب مرگ را تجربه می‌کردند.

نتایج جدول ۴ میزان اضطراب مرگ تجربه شده گروه‌های سنی جوان (۱۸-۴۰ سال)، میانسال (۴۱-۶۰ سال) و سالمندان (۶۱ سال بالا) را نشان می‌دهد و نتایج حاکی از آن است که به ترتیب بیماران سالمند بیشترین اضطراب

جدول ۴. نتایج اضطراب مرگ در بین گروه‌های سنی جوان، میانسالان و سالمندان

انحراف معیار	میانگین	درصد	شاخص آماری	
			تعداد	گروه سنی
۳/۶۷	۹	۲۹/۱۶	۳۵	جوانان
۳/۲۹	۸/۱۵	۴۴/۱۶	۵۳	میانسالان
۳/۲۵	۹/۰۶	۲۶/۶۷	۳۲	سالمندان
۳/۴۰	۸۷۴	۱۰۰	۱۲۰	جمع کل

### بحث و نتیجه‌گیری

شروع ناراحتی قلبی به سطح هشیار فراخوانده می‌شود و به احتمال زیاد با افزایش سطح اضطراب مرگ آنان رابطه معنی‌داری دارد.

همچنین پژوهش حاضر نشان داد که بین اضطراب مرگ و سبک‌های دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. تحقیقات گذشته در رابطه با این دو متغیر نتایج جالبی را گزارش می‌کنند. طبق یافته‌های پژوهشی، دلبستگی دوسوگرا سطوح بالاتری از اضطراب مرگ و سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی، سطوح کمتری از اضطراب مرگ را نشان داد؛ در حالی که دلبستگی ایمن مستقل از سطح اضطراب مرگ یافت شد (۳۱). در تحقیقی که در رابطه با سطوح دلبستگی ایمن بر روی اضطراب مرگ انجام شده بود، رابطه معنی‌داری بین این دو مشاهده نشد (۳۲). نتایج حاصل شده را می‌توان این‌گونه جمع‌بندی کرد؛ سبک دلبستگی ایمن با اضطراب مرگ رابطه معنی‌داری ندارد و در واقع می‌توان گفت دلبستگی ایمن میزان اضطراب مرگ را خنثی، نه این‌که کم یا زیاد می‌کند. این نتیجه را چنین می‌توان تبیین کرد که افراد دلبسته ایمن به دلیل تعاملات گسترده اجتماعی، خودافشایی بیشتر و همچنین سبک‌های مقابله‌ای کارآمدی که به کار می‌برند، درصد کاهش سطوح اضطراب مرگشان برمی‌آیند.

یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که اضطراب مرگ در بین افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی شیوع بالایی دارد. تاکنون تحقیقی در رابطه با میزان اضطراب مرگ در بین بیماران قلبی صورت نگرفته است، اما اضطراب مرگ در بیماری‌های سخت و شدید شیوع بالایی دارد؛ برای مثال تحقیق Sherman و همکاران شیوع بالای میزان اضطراب مرگ را در بین بیماران مبتلا به بیماری‌های مختلف از جمله سرطان نشان داد (۳). همچنین در رابطه با بیماران مبتلا به صرع، اضطراب مرگ به میزان متوسطی گزارش شد که حدود ۰/۲۷ بیماران سطوح بالایی از اضطراب مرگ را گزارش کردند (۴).

در فراتحلیلی (شامل ۱۸ تحقیق) که در رابطه با اضطراب مرگ بیماران مبتلا به ایدز صورت گرفت، اضطراب مرگ میزان کم تا متوسطی را بین این افراد نشان داد (۲). یافته تحقیق حاضر با توجه به این که بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی در بیشتر مواقع با اشتغال ذهنی در مورد بیماری‌شان و این که در هر لحظه ممکن است دچار ناراحتی قلبی شوند و به دنبال آن با مرگ مواجه گردند، دور از انتظار نبود. همچنین می‌توان گفت که همه انسان‌ها به نوعی از مرگ می‌ترسند، ولی در بیشتر مواقع این ترس از مرگ و اضطراب همراه با آن در سطح ناهشیار باقی می‌ماند، ولی در این بیماران ترس از مرگ که ناهشیار بوده است با

آرام، خونسرد، صبور و متعادل هستند، بیشتر به بیماری‌های قلبی مبتلا می‌شوند. آنان در ویژگی‌های شخصیتی زیادی به ویژه خصومت که با بیماری قلبی رابطه مستقیمی دارد (۳۹، ۳۸)، با افراد دل‌بسته نایمن مشترک هستند که این خود می‌تواند شیوع بیشتر بیماری‌های قلبی-عروقی را در بین افراد دل‌بسته نایمن توجیه کند.

بر طبق نتایج پژوهش حاضر، میزان اضطراب مرگ بین بیماران جوان در مقایسه با بیماران سالمندان تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. نتیجه به دست آمده با بیشتر یافته‌های پیشین مطابقت ندارد (۴۲-۴۰)، برخی تحقیقات گذشته نیز هیچ رابطه معنی‌داری را بین سن و اضطراب مرگ نشان نداده‌اند (۴۳، ۳۱). بیماران سالمند از این واقعیت که به طور طبیعی چیزی به آخر عمرشان باقی نمانده است، آگاهی دارند که این خود باعث می‌شود آنان حقیقت مرگ را حتی به اجبار بپذیرند و با آن کنار بیایند و قبول این شرایط موجب می‌شود که اضطراب مرگ کمتری را تجربه کنند. محققان در تحقیقی به این نتیجه رسیده‌اند که شاید سن به تنهایی نتواند در کاهش اضطراب مرگ دخیل باشد، بلکه ممکن است با رشد بیشتر بلوغ روانی-اجتماعی که در کاهش اضطراب مرگ تأثیر دارد، ترکیب شود (۴۴).

Henrie نشان داد که سالمندان و میانسالان نسبت به افراد جوان از معنویت و اعتقادات مذهبی بیشتر و اضطراب مرگ کمتری برخوردار هستند (۴۲). با توجه به تحقیقات صورت گرفته می‌توان این گونه تبیین کرد که افراد با افزایش سن (که با بلوغ روانی-اجتماعی بیشتر و باورهای مذهبی قوی‌تری همراه است)، اضطراب مرگ کمتری را تجربه می‌کنند. تفاوت در نتایج به دست آمده را می‌توان به نوع آزمودنی‌های شرکت کننده در تحقیقات نیز مرتبط دانست. به طور مثال در تحقیق Van Belkum، شرکت کنندگان گروهی از سربازان بودند (۴۱)؛ در حالی که در تحقیق Powell و Thorson آزمودنی‌ها گروهی از

سبک دل‌بستگی نایمن دوسوگرا با اضطراب مرگ رابطه مثبت معنی‌داری دارد؛ بدین صورت که افراد دل‌بسته دوسوگرا میزان بالاتری از اضطراب مرگ را تجربه می‌کنند؛ چرا که سبک دل‌بستگی دوسوگرا که با ترس از تنهایی و وابستگی مشخص می‌شود، مرگ را نمادی از تنهایی و مردن را نمادی از تنها شدن درک می‌کند. همچنین می‌توان گفت که ترس همیشگی آنان برای از دست دادن دیگران بر افزایش اضطراب مرگ آنان تأثیر می‌گذارد. در پژوهش حاضر سبک دل‌بسته اجتنابی با اضطراب مرگ رابطه مثبت معنی‌داری داشت، اما برخی از تحقیقات دیگر سطوح کمتری از اضطراب مرگ را آشکار می‌کنند. چنین یافته‌های ضد و نقیضی را می‌توان این گونه تبیین کرد که این افراد در برخی از مواقع با انکار نیاز خود به دیگران و گرایش به تنها ماندن، تمایل به مرگ پیدا کرده، در این صورت اضطراب مرگ کمتری را گزارش می‌کنند. در مواقع دیگر که احساس تنهایی می‌کنند و خود را تنها می‌یابند، اضطراب مرگ بیشتری را آشکار می‌نمایند. نتیجه پژوهش حاضر حاکی از آن بود که افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، به احتمال زیاد دارای سبک دل‌بستگی نایمن هستند. در واقع، بیشتر بیماران از سبک دل‌بستگی نایمن نسبت به ایمن برخوردار بودند که با یافته‌های پیشین مطابقت می‌کند (۲۱، ۲۰). با توجه به این که سبک دل‌بستگی نایمن با پریشانی روان‌شناختی، نارضایتی از روابط، خصومت، ناسازگاری و سطوح بالاتری از اندوه، اضطراب و افسردگی رابطه دارد (۳۵-۳۳)، ممکن است این افراد در طول زندگی خود متحمل فشار روانی بیشتری نسبت به افراد دل‌بسته ایمن شوند و احتمال این که به بیماری‌های قلبی-عروقی (با توجه به رابطه فشار روانی با آن) (۳۶، ۳۷) دچار شوند، افزایش می‌یابد. همچنین افراد تیپ شخصیتی A که با ویژگی‌هایی مانند خصومت، بی‌قراری، کینه‌ورزی، بدبینی و رقابت‌جویی مشخص می‌شوند، نسبت به افراد دارای تیپ شخصیتی B که افرادی



نقش خیلی مهمی را در رابطه با حیات بیماران قلبی ایفا می‌کند، بیماران بیشتر مواقع می‌ترسند که به طور ناگهانی با مرگ مواجه شوند و به دنبال همین نگرانی، سطوح بالایی از اضطراب مرگ را از خود نشان می‌دهند. همچنین افراد دلبسته ناایمن با توجه به شیوه‌های نادرست تعامل با خود، دیگران و جهان هستی به طور بارزی اضطراب مرگ بیشتری را نسبت به افراد دلبسته ایمن گزارش می‌کنند.

با توجه به این که امروزه هیچ تردیدی در رابطه بین هیجانات منفی و بروز بیماری‌های فیزیولوژیکی به خصوص بیماری‌های قلبی - عروقی وجود ندارد، از این رو سبک دلبسته ناایمن با داشتن بیماری قلبی - عروقی رابطه مستقیمی دارد. وجود چنین رابطه‌هایی بین نوع سبک دلبستگی با اضطراب مرگ و همچنین بیماری‌های قلبی - عروقی، اهمیت پیوندها و روابط اولیه کودک را با والدین خود بیش از پیش مشخص می‌کند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مخالفت تعداد زیادی از پزشکان قلب با تکمیل کردن سؤالات مقیاس اضطراب مرگ توسط بیماران به دلیل احتمال تأثیر منفی مطالعه سؤالات و عدم تمایل بیماران قلبی برای همکاری با پژوهش که باعث کاهش نمونه شد، اشاره کرد.

### سپاسگزاری

از کلیه همکاران و بیماران قلبی شهر شهریار به دلیل همکاری صمیمانه‌شان در این تحقیق، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

نوجوانان و سالمندان بودند (۴۰). همچنین می‌توان طیف یا دامنه سنی افراد شرکت کننده در تحقیق را در میزان اضطراب تجربه شده به وسیله آنان مؤثر دانست؛ بنابراین شاید بتوان گفت که مهم‌ترین دلیل معنی‌دار نبودن تفاوت میزان اضطراب تجربه شده به وسیله جوانان و سالمندان، میزان بالای سن آزمودنی‌های شرکت کننده بود؛ به طوری که میانگین سن بیماران بیش از ۵۰ سال محاسبه شد.

بر اساس نظریه Bowlby، سبک‌های دلبستگی برای تکوین شخصیت و زندگی بهنجار فرد ضروری است و پایه‌ای برای سلامت روانی و جسم می‌باشد. سبک‌های دلبستگی ایمن از منابع درون فردی هستند که می‌توانند سطوح تنش و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل کنند و اثرات منفی تنش را کم‌رنگ‌تر جلوه دهند و سبک‌های دلبستگی ناایمن می‌توانند سطوح تنش و ناتوانی را در شرایط ناگوار افزایش دهند و اثرات منفی تنش را زیاد کنند (۱۷). بر طبق نتایج پژوهش حاضر، سبک‌های دلبستگی ناایمن، پیش‌بینی کننده اصلی اضطراب مرگ بیماران قلبی هستند. همچنین نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که تعامل مثبت و وجود گرمی و صمیمیت اولیه بین مراقب و کودک در دوران کودکی نقش مهمی در تجربه اضطراب مرگ در بیماران قلبی در دوران بزرگسالی دارد؛ بنابراین نتایج پژوهش حاضر با تأکید بر اهمیت تعامل در دوران کودکی و تأثیر آن بر سلامت جسمی و روانی در بزرگسالی، می‌تواند در پیشگیری و درمان بیماران قلبی مفید باشد.

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت، با توجه به این که قلب یکی از اندام‌های بسیار ظریف بدن است و

## References

1. World Health Organization. Cardiovascular disease [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/priorities/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/priorities/en/)
2. Miller AK, Lee BL, Henderson CE. Death anxiety in persons with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Death Stud* 2012; 36(7): 640-63.
3. Sherman DW, Norman R, McSherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2010; 21(2): 99-112.
4. Otoom S, Al-Jishi A, Montgomery A, Ghwanmeh M, Atoum A. Death anxiety in patients with epilepsy. *Seizure* 2007; 16(2): 142-6.
5. Peck MR. A Study on the Relationship of Death Anxiety and the Completion of Advance Directives for Oncology Social Workers. Columbia, MO: University of Missouri-Columbia; 2008.
6. Karakus G, Öztürk Z, Tamam L. Death and Death Anxiety. *Archives Medical Review Journal* 2012; 21(1): 42-79.
7. Lehto RH, Stein KF. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Res Theory Nurs Pract* 2009; 23(1): 23-41.
8. Devins GM. Death anxiety and voluntary passive euthanasia: influences of proximity to death and experiences with death in important other persons. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47(2): 301-9.
9. Shen BJ, Eisenberg SA, Maeda U, Farrell KA, Schwarz ER, Penedo FJ, et al. Depression and anxiety predict decline in physical health functioning in patients with heart failure. *Ann Behav Med* 2011; 41(3): 373-82.
10. Ansa VO, Abasiubong F, Agbulu RO, Edet BE. Psychological distress in Nigerian patients with heart failure. *CVD Prevention and Control* 2009; 4(4): 207-11.
11. Johansen JB, Pedersen SS, Spindler H, Andersen K, Nielsen JC, Mortensen PT. Symptomatic heart failure is the most important clinical correlate of impaired quality of life, anxiety, and depression in implantable cardioverter-defibrillator patients: a single-centre, cross-sectional study in 610 patients. *Europace* 2008; 10(5): 545-51.
12. Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, Honig A. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2003; 42(10): 1801-7.
13. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosom Med* 2001; 63(2): 221-30.
14. Benninghoven D, Kaduk A, Wiegand U, Specht T, Kunzendorf S, Jantschek G. Influence of anxiety on the course of heart disease after acute myocardial infarction - risk factor or protective function? *Psychother Psychosom* 2006; 75(1): 56-61.
15. Vogelzangs N, Seldenrijk A, Beekman AT, van Hout HP, de Jonge P, Penninx BW. Cardiovascular disease in persons with depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord* 2010; 125(1-3): 241-8.

16. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56(1): 38-46.
17. Bowlby J. Attachment and Loss: Attachment. London: Hogarth Press; 1969.
18. Salter Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1978.
19. Colin VL. Human attachment. McGraw-Hill: New York, NY; 1996.
20. Sochos A, Biskanaki F, Tassoulas E. Attachment Style and Interpersonal Difficulties in Immigrants with Coronary Heart Disease. *North American Journal of Psychology* 2006; 8(1): 145-62.
21. McWilliams LA, Bailey SJ. Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychol* 2010; 29(4): 446-53.
22. Taylor MV. Social Support, Personal Control, and Psychological Functioning Among Individuals with Heart Failure. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh; 2005.
23. Evangelista LS, Ter-Galstanyan A, Moughrabi S, Moser DK. Anxiety and depression in ethnic minorities with chronic heart failure. *J Card Fail* 2009; 15(7): 572-9.
24. Pelle AJ, Schiffer AA, Smith OR, Widdershoven JW, Denollet J. Inadequate consultation behavior modulates the relationship between type D personality and impaired health status in chronic heart failure. *Int J Cardiol* 2010; 142(1): 65-71.
25. Huis in t Veld E, Vingerhoets AJJM, Denollet J. Attachment style and self-esteem: The mediating role of Type D personality. *Personality and Individual Differences* 2011; 50(7): 1099-103.
26. Rector TS, Anand IS, Cohn JN. Relationships between clinical assessments and patients' perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. *J Card Fail* 2006; 12(2): 87-92.
27. Mikulincer M, Florian V, Tolmacz R. Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 58(2): 273-80.
28. Besser A, Priel B. Attachment, depression, and fear of death in older adults: The roles of neediness and perceived availability of social support. *Personality and Individual Differences* 2008; 44(8): 1711-25.
29. Rajabi Gh, Bahrani M. Death Anxiety Scale questionnaire analysis. *Journal of Education and Psychology* 2002; 5(4): 331-44. [In Persian].
30. Khavaninzadeh M. Comparing of attachment styles and Religious orientation of internal and external in students [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modares University; 2005. [In Persian].
31. Wing MK. Predicting Death Anxiety with Gratitude and Friendship Attachment: A Correlational Study [BSc Thesis]. Hong Kong, China: Hong Kong Baptist University; 2011. p. 98.
32. Grimm D. Effects of marital satisfaction and attachment style on death anxiety [MSc Thesis]. Milwaukee, WI: Cardinal Stritch University; 2011.

33. Domingue P. An examination of attachment styles and distress among parents who have lost a child to cancer [PhD Thesis]. Washington, DC: The Catholic University of America; 2011. p. 283.
34. Bonab BG, Koohsar AAH. Relation Between Quality of Attachment and Psychological Symptoms in College Students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2011; 30(0): 197-201.
35. Muris P, Meesters C, van Melick M, Zwambag L. Self-reported attachment style, attachment quality, and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. *Personality and Individual Differences* 2001; 30(5): 809-18.
36. Chockalingam A, Venkatesan S, Dorairajan S, Moorthy C, Chockalingam V, Subramaniam T. Estimation of subjective stress in acute myocardial infarction. *J Postgrad Med* 2003; 49(3): 207-10.
37. Esch T, Stefano GB, Fricchione GL, Benson H. Stress in cardiovascular diseases. *Med Sci Monit* 2002; 8(5): RA93-RA101.
38. Smith TW, Glazer K, Ruiz JM, Gallo LC. Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: an interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *J Pers* 2004; 72(6): 1217-70.
39. Heidari Pahlavian A, Garakhani M, Mahjub H. Hostility, Type A Personality and Coronary Heart Disease. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2009; 15(4): 44-7. [In Persian].
40. Thorson JA, Powell FC. Elements of death anxiety and meanings of death. *J Clin Psychol* 1988; 44(5): 691-701.
41. Van Belkum LJ. Death anxiety and reenlistment intentions in airmen with and without combat zone experience. Ph.D. thesis, School of psychology, Capella University, U.S.A., 2010; p107.
42. Henrie JA. Religiousness, future time perspective, and death anxiety among adults. Cambridge, UK: ProQuest, UMI Dissertation Publishing; 2011. p. 112.
43. Li Chuin C, Chin Choo Y. Age, gender and religiosity as related to death anxiety. *Sunway Academic Journal* 2010; 6(2): 45-8.
44. Rasmussen CA, Brems C. The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *J Psychol* 1996; 130(2): 141-4

## The Relationship between Attachment Styles and Death Anxiety among Cardiovascular Patients

Valikhani A., M.A.<sup>1</sup>, Yarmohammadi-Vasel M., Ph.D.<sup>2\*\*</sup>

1. Master of Clinical Psychology

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Economics, Social Sciences and psychology, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran

\* Corresponding author; Mosaieb Yarmohammadi-Vasel E-mail: vassel999@yahoo.com

(Received: 5 June 2013

Accepted: 20 Nov. 2013)

### Abstract

**Background & Aims:** Attachment styles result from a child's early relationships with their primary care provider. We should bear in mind that there is a significant correlation between these styles and emotional disorders (death anxiety) occurring throughout an individual's life. If these connections are not formed correctly during early childhood, the individual will most likely suffer mental and physical illnesses, such as cardiovascular disease, in the future. Therefore, the present research aims to investigate the relationship between attachment styles and death anxiety among cardiovascular patients.

**Methods:** The research method used was descriptive-correlational. The research population includes all cardiovascular patients living in Shahriar city, Iran. Moreover, the statistical samples were 120 subjects selected with purposive sampling method from three private clinics (Marjan Jamshidi, Mahmoud Rekabi, and Salehi clinics). Research data were obtained using the Templer's Death Anxiety Scale (1970), and Hazan and Shaver's Adult Attachment Style Questionnaire.

**Results:** Data analysis shows that among patients with cardiovascular disease the prevalence of severe death anxiety is 41.7%, average death anxiety 28.3%, and mild death anxiety 30%. In addition, there was a significant positive relation between insecure avoidant attachment style and insecure ambivalent attachment style, and death anxiety ( $P < 0.01$ ). In this study, the frequency of individuals with insecure attachments (avoidant and ambivalent) were higher than those with secure attachment.

**Conclusion:** Therefore, research results show that there is a significant correlation between attachment styles and death anxiety among cardiovascular patients during adulthood.

**Keywords:** Attachment styles, Death anxiety, Cardiovascular patients

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2014; 21(4): 355-367