



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

رفتار نوع A، ارتباط اجتماعی و مرگ کرونر

چکیده :

خطر مرگ کرونر، ارتباط نزدیکی با رفتار نوع A (تعریف فرامینگهام) دارد و ارتباط اجتماعی با استفاده از یک طرح شاهد- مورد گذشته نگرانه بررسی شد. تحلیل رگرسیون لجستیک 134 نمونه مرد و 339 شاهد نشان داد که افزایش ریسک با رفتار نوع B و به طور مستقل با ارتباط اجتماعی محدود، مرتبط است. این بحث بر مسائل مربوط به استفاده از داده های گذشته نگرانه و این فرض تاکید دارد که رفتار نوع A موجب افزایش خطر رویداد های کرونر غیر کشنده می شود، با این حال مانع از مرگ کرونر می شود.

کلمات کلیدی : رفتار نوع A، ارتباط اجتماعی ، مرگ کرونر

مقدمه

مطالعات بسیاری در زمینه ارتباط و همبستگی رفتار نوع A (TAB) و علائم غیر کشنده بیماری قلبی کرونر: انفارکتوس میوکارد (MI) و آنژین انجام شده است. یافته های این مطالعه ترکیبی و به صورت بحث انگیز می باشند با این حال این یافته ها نشان می دهد که حداقل برخی از ابعاد الگوها، دشمنی های آشکار و رقابت های شدید موجب افزایش خطر CHD غیر کشنده در جمعیت های سالم می شود (برای مثال بوت-کیولی و فریدمن 1987 ف متیوز 1988، هاستون و همکاران 1992).

بر عکس، شواهد موجود در زمینه رابطه بین TAB و مرگ کرونر (CD) پراکنده ولی متقاعد کننده می باشد، زیرا بیان می دارند که هیچ گونه رابطه ای و یا هیچ گونه ارتباط و همبستگی معکوسی وجود ندارد. در یک مطالعه آینده نگرانه از 257 مرد با سابقه CHD، راگلد و برند (1998 الف) نشان دادند که نرخ CD برای رفتار های نوع A، که با استفاده از مصاحبه ساختاری ارزیابی می شود، 58 درصد میزان یافته شده در مردان بدون ویژگی های نوع A بود.

دو مطالعه دیگر بر روی باز مانده های انفارکتوس میوکارد، که الگوی رفتاری آن ها با استفاده از پرسش نامه فعالیت جنگین ارزیابی می شود، نیز این رابطه معکوس را یافته است و این در حالی است که در هیچ یگ از موارد

از نظر آماری معنی دار نبوده است (کیس و همکاران 1985، شکمله، گیل و نورسیس 1985). راکلند و براند (1988ب) نیز تحلیل آینده نگرانه را از مرگ و میر کرونر در مطالعه گروه مشارکتی غربی گزارش کردند که در آن ها تفاوت کلی بین رفتار های نوع A و B یافته نشد که با استفاده از SI در طی 22 سال قبل طبقه بندی شده بود. هم چنین آن ها خطر معنی داری را برای رفتار نوع B در طی فاصله زمانی 11 تا 15 سال پس از ارزیابی مشاهده نکردند. در نهایت، ارت گومر و اندن 1990 نیز تفاوتی را در نرخ مرگ و میر کرونر برای رفتار های نوع A و B در طی یک دوره ده ساله گزارش نکردند.

تفسیر این یافته ها با احتمال تغییر در TAB در طی یک دوره زمانی در پاسخ به ترجمه مرگ کرونر (رکلند و براند 1988 الف) و یا به صورت تابعی از زمان (اسپارسینو 1979) پیچیده تر می شود. با تاکید بر مرگ و میر ناشی از رویداد های کرونر، گالنر 1989 و رکلند و براند 1988 الف تحلیلی را در خصوص مرگ و میر در طی 24 ساعت از اولین رویداد کرونر ارائه کرده و تفاوتی بین دو A/B گزارش نکردند. با این حال نمونه آن ها دارای 26 مورد بود. به طور مشابه، ارا و گمر و اندن 1990 تنها 7 مورد از مرگ و میر کرونر را در مردانی گزارش کردند که عاری از هر گونه CHD بود. از طریق ارزیابی رفتار نوع A اندکی قبل از مرگ و میر کرونر می توان اطلاعاتی نسبت به 10 یا 22 سال قبل کسب کرد. به طور ویژه، مطالعات بزرگ مقیاس که در بر گیرنده ارزیابی مکرر TAB هستند راهبردی ایده ال برای دست یابی به این اهداف می باشند، با این حال آن ها پر هزینه تر با توجه به تعداد کم مرگ و میر کرونر هستند.

طراحی نمونه- شاهد، علی رغم محدودیت های شناخته شده، یک شیوه جمع آوری نمونه های بزرگ از نمونه های مرگ و میر کرونر بدون سابقه CHD می باشند و برآورد های مربوط به ویژگی های آن ها قبل از مرگ و میر ارائه شده است (اپل 1992). یکی از اهداف این مطالعه، ارزیابی رابطه بین TAB و مرگ و میر کرونر با استفاده از این طرح است. برای دلایل ارائه شده در بخش روش ها، تعریف و شاخص اندازه گیری TAB مورد استفاده در این مطالعه در مطالعه فرامینگهام توسعه یافته است. عناصر خاص TAB در جدول 4 نشان داده شده اند.

خطر مرگ و میر کرونر ارتباط اشکاری با ارتباط اجتماعی محدود، انسجام اجتماعی یا پشتیبانی و حمایت اجتماعی نداشته است (هاوس، لندیس و امبرسون 1988، شوارزر و لپیتن 1989). تقریباً همه این تحقیقات به طور مستقل از TAB انجام شده اند علی رغم این که زمینه های نظری و تجربی برای ترکیبی از آن ها وجود دارد. استدلال

های نظری خوب برای مطالعه TAB در زمینه اکولوژیک و اجتماعی بیان شده است (اسمیت و اندرسون 1986، مارگولیس و همکاران 1983)، اگرچه این موضوع کم تر مورد بررسی قرار گرفته است. از دیدگاه تجربی، ارتباط بین TAB و فعالیت اجتماعی موجب افزایش احتمال فرایند های واسطه گری شده است.

به علاوه، ارتر گومر و لائنن 1990 نیز شواهدی را در خصوص اثر متقابل ارایه کرده است که به موجب آن انزوای اجتماعی موجب افزایش خطر مرگ و میر کرونر در رفتار نوع A می شود.

هدف کلی این مطالعه، بررسی اثرات مستقل و مشترک TAB و ارتباط اجتماعی بر روی خطر مرگ و میر کرونر می باشد. از حیث شواهد موجود، فرض شده است که ارتباط اجتماعی ارتباط معکوسی با خطر مرگ و میر کرونر دارد با این حال جهت TAB و اثر متقابل هنوز تعیین نشده است. ما علاقه مند به مقایسه نتایج تحلیل فعلی با نتایج مطالعه شاهد-موردی انفارکتوس میوکارد غیر کشنده در مردان می باشیم که در آن ها خطر بالا با وضعیت نوع A ارتباط داشت، با این حال ارتباطی با تماس اجنماعی پایین نداشت (اسپیسر، جگسون و اسکرک 1992).

	<i>Cases</i>	<i>Controls</i>
Number of proxy respondents approached	440	460
Number agreeing to participate	298	366
Number of participants excluding Maori and Pacific Islanders	249	355
Number of participants without history of coronary heart disease	134	339

جدول 1

روش ها

طراحی

داده های فعلی به صورت بخشی از مطالعه شاهد-موردی بزرگ از انفارکتوس میوکارد غیر کشنده و CD در اکلند، نیوزیلند در طی 1986 تا 1988 جمع اوری شدند. در این مقاله، ما تحلیل تفاوت های روانی بین مورد و شاهد CD را با استفاده از داده های جمع اوری شده از پاسخگویان گزارش می کنیم. یافته های روان شناسی از بخش انفارکتوس میوکارد در مطالعات دیگر گزارش شده است (اسپیسر، جکسون و اسکرک 1993). در حالی که گزارش کامل طراحی را می توان در مطالعه جکسون ی، اسکرک و بیگل هول 1991 یافت. مسائل مربوط به اریبی ناشی از استفاده از داده های پروکسی گذشته نگرانه در بخش بحث بررسی شده اند

نمونه ها

مروری بر شیوه تشکیل نمونه های نهایی مورد و شاهد در جدول 1 ارائه شده است. همه مرگ و میر های کرونر در منطقه اماری اکلند با سن 25 تا 64 سال در طی دوره مورد مطالعه با استفاده از ARCOS CHD شناسایی شد. این دسته در بر گیرنده معیار های تشخیصی برای Cd توسعه یافته برای پروژه MONICA چند ملیتی می باشد که بیش از 99 درصد نمونه های CD را شامل می شود. تنها مردان برای تحلیل های بعدی در نظر گرفته شدند زیرا تعداد کمی از نمونه های زنان برای تست فرضیات وجود داشتند. خویشاوندان یا دوستان نزدیک هر نمونه 4 تا 6 هفته پس از مرگ و میر بررسی شده و از آن ها خواسته شد تا اطلاعاتی را در مورد افراد متوفی ارائه کنند. برای تحلیل های فعلی، نمونه های مائوری و پسیفیک ایسلند کنار گذاشته شدند زیرا نرخ پاسخ پروکسی پایین بود و اهمیت میان فرهنگی شاخص های روانی اثبات نشده بود.

از میان افراد سفید پوست و مرد، 83 درصد در مطالعه شرکت کردند. در نهایت اولین نمونه های رویداد برای کنترل اثرات روانی ناشی از انفارکتوس میوکارد یا انژین قبل از رویداد کرونر کشنده انتخاب شدند. این معیار نهایی موج حذف 46 درصدی نمونه های باقی مانده شده و منجر به یک نمونه 134 مورد شد.

کنترل CD از نمونه شاهد انفارکتوس میوکارد گرفته شد. این نمونه ها به طور تصادفی از اکلند انتخاب شدند و گروه از نظر جنسیت و سن با نمونه های انفارکتوس میوکارد انطباق نشان دادند. برای افزایش قدرت طراحی، شاهد ها نمونه برداری شده و نسبت شاهد-مورد به ترتی 1:1.5 در مردان بود. از میان مردان انتخاب شده، 80 درصد داده هایی را در مورد خودشان برای مقایسه با نمونه های انفارکتوس میوکارد ارائه کردند. زیر نمونه تصادفی این شاهد های انفارکتوس میوکارد نیز داده هایی را ارائه کردند.

به این ترتیب، داده های مربوط به شاهد و مورد CD از این حیث انطباق داشتند که هر دو مجموع با سایرین مطابق بودند. معیار های خروج از مطالعه مشابه در خصوص موارد CD منجر به 339 شاهد برای تحلیل فعلی شد.

روش

همه ارائه کننده های اطلاعات در مورد CD یا شاهد در خانه با یکی از سه مصاحبه کننده مجرب بازبینی شدند. این مصاحبه ها 6 تا 8 هفته پس از مرگ و میر یا مصاحبه خود شاهد ها انجام شدند. مصاحبه ساختاری 30 تا 50 دقیقه به طول کشید و موضوعات مختلفی را علاوه بر موضوعات روانی از جمله ویژگی های جمعیت شناختی،

فعالیت جسمی، مصرف الکل، مصرف سیگار و تاریخچه پزشکی نشان دادند. افراد مصاحبه کننده از فرضیات آگاهی نداشتند با این حال آن ها از وضعیت افراد هدف مورد- شاهد آگاه بودند.

طرح این مطالعه، محدودیت های مختلفی را بر روی انتخاب ابزار های مختلف برای ارزیابی رفتار نوع الف و ارتباط و تماس اجتماعی وارد کرد. پاسخگویان فاقد دانش دقیق از زندگی ذهنی افراد هدف بودند. به علاوه، مسائل گذشته نگرانه مربوط به فراخوانی و و یاد آوری دقیق پدیده ها زمانی مضاعف شد که پاسخگویان استفاده می شدند. از دیدگاه عملی، تنها بخش کوچکی از زمان مصاحبه برای ارزیابی روانی موجود بود. بر این اساس شاخص های انتخاب شده به صورت کوتاه بودند و تاکید ویژه ای بر رفتار های قابل مشاهده داشته و با گذشت زمان ثابت بودند. به این ترتیب پاسخگویان تنها بایستی اطلاعات مربوط به سال قبل را ارائه می کردند.

رایج ترین شاخص توصیه شده TAB، مصاحبه ساختاری برای پاسخگویان پروکسی قابل استفاده نبود. شاخص فرامینگهام FTAS (هینس و همکاران 1978) انتخاب شد زیرا از زمان ارائه شاخص های خود گزارشی، این نزدیک ترین شاخص به معیار ها بود که روایی و پایایی کافی را نشان میدهد. همان طور که در جدول 4 نشان داده شده است، ده گویه به بررسی ابعاد مختلف الگوی نوع A پرداخته اند. امتیازات مربوط به FTAD ارتباط نزدیکی با CHD در مردان و زنان در جمعیت کل دارد (هین، فینلب و کنل 1980). اخیراً یک همبستگی مثبت بین امتیاز FTAS و وقوع انفارکتوس میوکارد در زنان و مردان نیوزیلندی گزارش شده است (اسپیسر، چکمسون و اسکرک 1993). کالاجر، یارنل و باتلند 1988، با استفاده از فرم کوتاه FATS، رابطه مثبتی را با وقوع انفارکتوس میوکارد در مردان و زنان گزارش کرده اند. روایی معیار FTAS، توجه و پشتیبانی زیادی را از سه کشور مختلف تایید کرده است. شاخص اصلی دارای پایایی زیادی است و ضریب الفای کرونباخ 0.68 در این مطالعه ارائه شده است. در تحلیل بعدی، متغیر نوع A در میانه 0.4 قرار داده شد. این مطابق با روش ارائه شده در مطالعه فرامینگهام و تحلیل های قبلی انفارکتوس میوکارد است

به منظور ارزیابی ارتباط و تماس اجتماعی، از شرکت کننده ها خواسته شد تا اطلاعات مربوط به وضعیت تاهل، اعضای کلیسا، تعداد ساکنان، تعداد اعضای گروه، تعداد آشنایی اجتماعی، و تعداد دوستان نزدیک اشخاص هدف ارائه کنند. این گویه ها در مجموعه های مختلف برای پیش بینی Chd استفاده شده اند. به این ترتیب آن ها ارتباط نزدیکی با وقوع انفارکتوس میوکارد در زنان نیوزیلندی دارند.

جزئیات مربوط به سیستم امتیاز بندی برای دستیابی به امتیاز تماس اجتماعی در مطالعه اسپایسر و هانک (1991) ارائه شده است. الفای کرونباخ برای شاخص تماس اجتماعی ارائه شده است زیرا این امتیازها را می‌توان از زیر مجموعه‌ای از ایت‌ها استخراج کرد. برای تحلیل‌های زیر، ارتباط تماس اجتماعی به صورت پایین، متوسط و بالا در نظر گرفته شد. این امکان بررسی رابطه غیر خطی را بین تماس اجتماعی و خطر مرگ و میر کرونر داد.

چون کلاس سنی و اجتماعی با CHD و رفتار نوع A و ارتباط اجتماعی ارتباط دارد، آن‌ها را می‌توان به صورت متغیر همراه در نظر گرفت. وضعیت اجتماعی اقتصادی (SES) با استفاده از نسخه اصلاح شده طبقه بندی کلاس اجتماعی بریتانیا بر اساس شغل در نظر گرفته شد (پیرس و همکاران 1983). در تحلیل زیر، این طبقه بندی شش جزئی به انواع یقه سفید و یقه آبی با ترکیب کلاس‌های مختلف 1-2-3 و کلاس‌های 3-4-5 تجزیه شدند.

تحلیل آماری

همه تحلیل‌های آماری با استفاده از برنامه SPSSPC (نوتریوس 1992) انجام شدند. رگرسیون لجستیک تحلیل اصلی برای بررسی روابط فردی و مشترک ارتباط اجتماعی و TAB با مرگ کرونر ضمن کنترل سن و SES استفاده شد.

رفتار نوع A-B، SES و وضعیت کنترل موردی وابسته به صورت متغیرهای 0/1 با رفتار نوع A کد گذاری شد، و نمونه‌های CD و یقه سفید مقدار 1 را اختیار کردند. تماس اجتماعی به دو متغیر با استفاده از کد گذاری ترتیبی تبدیل گردید. از این روی، اولین متغیر، تماس پایین در برابر متوسط و زیاد را نشان دادند و دومین مورد تماس پایین، متوسط و بالا را نشان داد. این تضادها و تناقضها در صورتی از اهمیت زیادی برخوردار هستند که یک اثر استانه‌ای به دلیل انزوای اجتماعی وجود داشته باشد (والتر، فینشتین و ولز 1987). سن نیز به صورت یک متغیر پیوسته در نظر گرفته شد. تحلیل اصلی از یک راهبرد سلسله مراتبی دو مرحله‌ای تبعیت می‌کرد. در اولین مرحله، رفتار نوع A، دو متغیر تماس اجتماعی، سن و SES وارد مدل لجستیک شد. در دومین مرحله، دو متغیر بیانگر اثر متقابل رفتار نوع A و ارتباط اجتماعی وارد شد. رگرسیون لجستیک با تحلیل اکتشافی همبستگی‌های FTAS و گویه‌های ارتباط اجتماعی با وضعیت موردی - شاهد همراه بود. برای این تحلیل‌ها، ضرایب نقطه‌ای و دو سریالی استفاده شد که در آن‌ها گویه‌ها بر روی یک مقیاس پیوسته رنجه بندی شدند و ضرایب کای معنی‌دار بودند.

	Cases	Controls
Type A	40(31%)	161(48%)
Type B	88(69%)	172(52%) ^a
Low social contact	62(48%)	76(23%)
Medium social contact	45(34%)	144(43%)
High social contact	23(18%)	112(34%) ^b
White collar	71(53%)	206(61%)
Blue collar	63(47%)	132(39%)
Age in years	M = 55.61 SD = 7.24	M = 51.16 SD = 8.26 ^a

^a: $p < 0.001$ ^b: $p < 0.00001$

جدول 2

نتایج

توزیع متغیرهای مورد مطالعه برای نمونه‌ها و شاهد در جدول 2 نشان داده شده است. اگرچه تقریباً نیمی از شاهد‌ها به صورت نوع A طبقه‌بندی شده‌اند، کم‌تر از یک سوم نمونه‌ها در این مقوله قرار گرفتند (کای اسکوئر 10.99). نمونه‌ها به صورت تماس اجتماعی کم‌تر از شاهد در نظر گرفته شدند. این تفاوت در بیشتر مقوله‌ها برجسته‌تر بود که در آن‌ها نمونه‌ها بیشتر از دو برابر شاهد‌ها بودند. نمونه‌های مربوط به موارد اندازه‌گیری شده شامل کارکنان کمی از یقه سفید‌ها بودند با این حال این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود (کای اسکوئر 2.51, $p > 0.1$)، با این حال این نمونه کم‌تر از 4 سال نسبت به شاهد‌ها به طور متوسط بود ($t = -5.47, p < 0.001$).

در نمونه شاهد، که برآورد‌هایی از ویژگی‌های جمعیت را ارائه می‌کند با این حال رفتارهای نوع A نسبت به رفتارهای نوع B برای کارکنان یقه سفید و جوان‌تر در نظر گرفته شد. با این حال سطوح مشابهی از تماس اجتماعی ثبت شد. افراد مسن‌تر دارای تماس و ارتباط اجتماعی کم‌تری نسبت به افراد جوان‌تر بودند ($r = -0.27, p < 0.001$).

این روابط مختلف و متعدد موجب افزایش احتمال اختلال شده و نیاز به برآورد‌های چند متغیره از روابط را بین متغیرهای روان‌شناسی و وضعیت شاهد موردی نشان می‌دهد. جدول 3 نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک را نشان می‌دهد. اماره‌های ارائه شده به شرح زیر هستند: ضریب رگرسیون برای هر متغیر، اماره والد که از توزیع کای اسکوئر برای آزمون ضریب رگرسیون استفاده می‌شوند.

نسبت ظاهری برای هر متغیر با فاصله اطمینان 95 درصد و از مون کای اسکوتر برای رابطه بین همه متغیرها و وضعیت نمونه نشان داده شده است. نتایج مربوط به اثر متقابل ارتباط اجتماعی همه متغیرها و وضعیت شاهد موردی نشان داده شده است. این مسئله از تغییرات در شاخص احتمال -2 لگاریتمی و برازش از 490 در مرحله اول تا 487 در مرحله دوم مشهود است.

نتایج نشان می‌دهد که رفتار نوع B و ارتباط اجتماعی پایین، ارتباط مستقلی با افزایش خطر مرگ و میر کروئر دارد. نسبت ظاهری مردان نوع A در نمونه CD حدود 0.59 برابر رفتار نوع B است. برای مردان در سومین لایه توزیع اجتماعی، این روابط در نمونه CD تقریباً 2.22 برابر مردان با ارتباط اجتماعی بیشتر است. چون مقایسه ممکن است غیر معنی‌دار باشد، خطر Cd معمولاً با انزوای اجتماعی ارتباط دارد. این تجزیه تحلیل شواهدی را در خصوص اثرات مشترک رفتار نوع a و شیوه‌های غیر خطی مقیاس بندی متغیرها و تعامل بدون اثرات معنی‌دار نشان نداد.

پس از یافتن اثرات ارتباط اجتماعی و نوع b، یک تحلیل اکتشافی از تفاوت‌های بین نمونه‌ها و شاهد‌ها در هر شاخص نشان داده شد. چون اثرات کلی با یک دیگر هم پوشانی نداشت و یا با سن و SES نیز ارتباط نداشت، کنترل اماری اعمال نشد. با این حال، تعداد تحلیل‌ها نیازمند تفسیر دقیق نتایج می‌باشد که در جدول 4 نشان داده شده است.

با توجه به گویه‌های FTAS، موارد و نمونه‌ها کم‌تر از شاهد به صورت غالب و یا حس برتری جویی در بیشتر موارد در نظر گرفته می‌شدند. برعکس، آن‌ها محتمل‌تر از شاهد‌هایی هستند که تحت محدودیت‌های انرژی و ظرفیت قرار دارند و یک ایتیم موجب افزایش نمره آن‌ها در جهت نوع A شود. از حیث ارتباط اجتماعی، موارد غیر محتمل‌تر از شاهد‌ها بودند.

	Coefficient	Wald	Odds ratio*
Age (increase per year)	0.05	10.81 ^b	1.05 (1.02 – 1.09)
White/Blue collar (1/0)	-0.21	0.84	0.82 (0.53 – 1.26)
Type A/B (1/0)	-0.52	5.04 ^a	0.59 (0.38 – 0.94)
Low/more contact (1/0)	0.80	9.97 ^b	2.22 (1.35 – 3.65)
High/less contact (1/0)	-0.33	1.22	0.72 (0.40 – 1.29)
Model chi square = 51.97 ^c			

* This shows the risk of being a CD case for men in the category coded 1 relative to those coded 0, followed by the 95% confidence interval in brackets
^a: p < 0.05 ^b: p < 0.001 ^c: p < 0.0001

جدول 3

Type A characteristic	Correlation coefficient*
Competitive and hard driving	-.05
Usually pressed for time	-.25 ^c
Bossy or dominating	-.13 ^b
Need to excel	-.14 ^b
Eating too quickly	-.03
Get upset when waiting	-.09 ^a
Pressed for time at day's end	-.16 ^c
Concerned with work after hours	.05
Stretched by work to limits	.13 ^b
Dissatisfied with work performance	.02
<i>Social contact characteristic</i>	
Number of personal friends	-.17 ^a
Number of social acquaintances	-.19 ^c
Number of household residents	-.07
Number of group memberships	-.08
Married/permanent relationship	-.10 ^a
Church attendance	.02

* A negative coefficient indicates that cases were less likely than controls to exhibit a characteristic. The numbers shown are point-biserial coefficients, or phi coefficients where the characteristic is a dichotomy.

^a: p < 0.05 ^b: p < 0.01 ^c: p < 0.001

جدول 4

بحث

نتایج نشان می دهد که خطر CD با رفتار نوع B ارتباط دارد که با FTAS و با تماس اجتماعی پایین اندازه گیری می شود و با فعل و انفعال بین دو عامل تعیین می شود. قبل از هر گونه فرض در خصوص یافته ها، بایستی میزان کاربرد آن ها را از حیث طراحی تعیین کرد. دلایل اصلی در طراحی موجود احتمالات مربوط به انتخاب، و یا متغیر های اندازه گیری نشده است. اریبی انتخاب نیز بعید است با توجه به این که روش های نمونه برداری با نرخ پاسخ بالاتری همراه هستند. استفاده از زیر گروه های مختلف نیز موجب بروز برخی اریبی ها شده است با این حال استفاده از آن ها می تواند موجب بروز برخی مسائل خاص شود.

به توجه به اریبی های موجود، احتمال دارد که افراد و پاسخگویان زمان خود را صرف شناسایی عوامل مرگ و میر می کنند و به ویژگی های مربوط به عوامل خطر CHD ارتباط دارند. برعکس، این نوع نگرانی معمولاً در زمینه مطالعات گذشته نگرانه عوامل خطر روانی برای CHD ارایه شده است.

با این حال بدیهی است که این نگرانی بر اساس فرضیات می باشد تا داده های مربوط به پاسخ های پاسخگویان. باتکولی و فریدمن 1987 در فرا تحلیل خود از TAB و CHD عنوان کرده اند که مطالعات گذشته نگرانه، روابط ضعیف تری را نسبت به مطالعات گذشته نگرانه، گزارش کرده اند. برعکس، اپلز (1992)، با استفاده از مطالعات تفضیلی ارتباط بین MI و مرگ و میر نشان داده شده است که مطالعات آینده و گذشته نگرانه تولید برآورد های

مشابهی از نظر بزرگی ارتباط دارد به خصوص زمانی که فاصله زمانی بین ارزیابی و رویداد کرونر در نظر گرفته شود. در غیاب داده های مربوط به اریبی در این زمینه، امکان ارایه استدلال های منحصر به فرد برای مقابله با این ادعا وجود دارد که در شرایط خاص ارایه شده است.

اگرچه پاسخگویان شاهد و مورد مصاحبه خود را با تاریخچه های مختلف شروع شده اند، فرایند مصاحبه با این تفاوت ها تشدید شده است. از این روی، مصاحبه کننده ها از فرضیه های مطالعات آگاه نبودند. به طور مهم تر، الگو های نتایج، ویژگی های مختلفی را نشان داد. برای مثال، امتیاز نوع A متوسط و همبستگی آن با سایر متغیر ها مشابه با موارد یافته شده در مطالعه فرامینگهام می باشد (هینز و همکاران 1978). به جز تعامل ایزولاسیون اجتماعی TAB-X، ارتباط بین متغیر های روانی و CD از نظر جهت و بزرگی مشابه بوده است.

گفته می شود که یک رابطه بین رفتار نوع A و CHD وجود دارد. نتایج نشان می دهد که رفتار نوع رفتار نوع A مرتبط با خطر CD می باشد. به علاوه در یک مطالعه کنترل-شاهد یکسان، رفتار نوع A با افزایش خطر انفارکتوس قلبی افزایش می یابد با این حال در رابطه با ارتباط اجتماعی صدق نمی کند (اسپیسر، چکسون و اسگراگ 1993). به علاوه، پیکر بندی نتایج انفارکتوس برای زنان و مردان متفاوت است. بر این اساس، تلاش برای توضیح نتایج از حیث اریبی، این مقدار متفاوت از موارد دیگر است و به این ترتیب متناسب با قالب های دیگر است. این توضیحات قابل توجیه هستند.

می توان استدلال کرد که نتایج انفارکتوس میوکاردی و CD متفاوت می باشند زیرا آن ها بر اساس داده های پروکسی و خود گزارشی هستند و این موجب افزایش مسئله اریبی پروکسی می گردد. طرح این مطالعه امکان بررسی این مسئله را می دهد زیرا داده های پروکسی و خود گزارشی برای 400 فرد قابل دسترس بود که به عنوان شاهد های CD و میوکارد در نظر گرفته شده اند.

نتایج تجزیه تحلیل نشان داد که میانگین و انحراف معیار از نظر شاخص های پروکسی و خود گزارشی نوع الف و ارتباط اجتماعی متغیر است. در سطح فردی، امتیاز FTAS خود گزارشی همبستگی نزدیکی با 0.47 دارد. جزییات این تحلیل ها از سایر محققان قابل دسترس است. اگرچه این ارقام نشان می دهد که امتیاز پروکسی، یکی از منابع اریبی در شاهد است و از این روی امکان تحلیل دقیق نمونه ها را می دهد.

در عین حال در میان متغیر های اندازه گیری نشده، عوامل خطر فیزیکی یا جسمی نظیر فشار خون، کلسترول و سیگار کشیدن با نبود آن ها مشهود تر بود. این را نمی توان به صورت متغیر همراه در نظر گرفت، زیرا شاخص های مطمئن برای موارد CD قابل دسترس نمی باشند. از این روی استدلال این است که کنترل این متغیر های همراه موجب می شود تا تفاوت کمی با اثرات دارد زیرا دو مجموعه از عوامل خطر ارتباط ندارند (بوت کولی و فریدمن 1987، هواس، لندیس و امبرسون 1988، رگلند و برند 1988 الف). در نمونه شاهد، همبستگی زیادی بین متغیر های روانی و عوامل خطر فیزیکی مشاهده نشد.

همان طور که در بالا گفته شد، همه استدلال ها مبتنی بر شرایط بوده و زمینه های مشترکی را برای این ادعا ارائه نمی کند و این بر اساس اندازه گیری های مربوطه است. داده های متناظر بیشتر مسئله افزین هستند و نیازمند اعتبار و روایی در سایر طرح های قوی تر می باشند. در عین حال ما بر این باوریم که استدلال های فوق و تشابه نتایج ما با سایرین شواهد کم تری را در خصوص معنای متفاوت نتایج ارائه می کند.

همبستگی بین روابط اجتماعی پایین و ریسک CD در مطالعات گذشته نگرانه و نیز از دو حیث گزارش شده است. بزرگی این اثر در بینابین طیف گزارش شده در مطالعه هواس، لندیس و امبرسون 1988 قرار دارد. به علاوه، موقعیت ریسک در گروه های منزوی اجتماعی منعکس کننده یافته های مطالعات مختلفی است. از این روی لازم به ذکر است که ارتباط و همبستگی ای بین ارتباط اجتماعی و MI در مردان وجود دارد (اسپایسر، جکسون و اسکراک 1993) و این مطابق با یک رابطه مطمئن بین انزوای اجتماعی و مرگ و میر کرومر است.

نتایج TAB نشان می دهد که رفتار نوع A موجب افزایش خطر انفارکتوس میوکارد می شود و از این روی با مرگ و میر کرومر ارتباط دارد. تفسیر یافته های مربوطه با استفاده از شاخص های TAB مطلوب است که مرتبط با دیدگاه های همبسته می باشد و بر اساس تعریف نوع B، بررسی نتایج در هر سطح و از حیث طبقه بندی A-B مطلوب است. تفسیر یافته ها با استفاده از شاخص های مختلف می تواند سخت باشد. و به همین دلیل، بررسی نتایج در سطح گویه و از حیث طبقه بندی a/b مفید و سودمند است.

همه گویه ها به جز یکی از گویه های FATS که یکی از موارد متمایز از شاهد ها می باشند، الگوی مطلوبی را از رفتار های نوع B در موارد خاص نشان داده اند. به جز این، پاسخگویان معمولاً محدودیت هایی را از نظر انرژی و ظرفیت در پایان هر روز نشان دادند. افرادی که این توصیف را ارائه کردند، کم تر در این دسته قرار گرفتند. گویه

ها تا حدودی مشابه با یکی از مقیاس های استرس ریدر بودند: من در پایان روز از نظر روحی و جسمی خسته هستم. این بسیار مهم است زیرا گویه ریدر مرگ و میر کرومر را در مطالعه مداخله کاناس- راتردام نشان داده است. یافته ها با استفاده از ارزیابی دقیق خستگی حیاتی اپلز و همکاران 1992 تعیین شدند. به این ترتیب، از حیث شاخص های TAB، شواهد مربوطه یک فاکتور خطر برای CD است. می توان استدلال کرد که همبستگی بین رفتار نوع B و CD ناشی از حضور گویه های خستگی بدنی در FTAS می باشد. با این حال این سوال وجود دارد که چرا خطر CD در مردان بیشتر است و به این ترتیب تا حدودی غالب تر است به خصوص زمانی که مقدار ریسک انفارکتوس میوکارد وجود داشته باشد.

می توان استدلال کرد که مرگ و میر بالای رفتار نوع B ناشی از عدم کمک در شروع رویداد های کرومر است. با این حال، رابطه بین الگوی رفتاری و وضعیت شاهد- نمونه مستقل از ارتباط و تماس اجتماعی است و هیچ گونه اثر متقابلی را نشان ندادند.

شاخص ارتباط اجتماعی بیش از شاخص فرایند های اجتماعی می باشد، از این روی این احتمال را نمی توان به طور کامل رد کرد. به علاوه رفتار نوع B، صرف نظر از ارتباط اجتماعی، رتبه کم تری را از رفتار نوع A نشان داده اند. هیچ اطلاعاتی در این فرایند در مطالعه موجود جمع اوری نشده است. به این ترتیب داده ها نشان می دهند که رفتار های نوع B محتمل تر از نوع الف می باشد که علایم مربوط به اختلال فیزیکی را نشان می دهد (ویندر و متیوس 1978).

در تفسیر الگوی مشابه نتایج، رگلند و برند (1988 الف)، این فرضیه را در نظر گرفتند که رفتار نوع الف را می توان با راهبرد های حفاظت روانی موثر حفظ کرد با این حال شواهد کمی برای تایید این موضوع وجود دارد. این ویژگی ها شامل کنترل دقیق مشارکت در فعالیت های سازمان دهی شده است. او در مورد این شواهد در فرضیه عمومی و تاثیر سلامت TAB صحبت کرده است. به این ترتیب راهبرد های مقابله ای نوع A می تواند حفاظت هایی را برای CHD غیر کشنده ارائه کند. از این روی، رفتار نوع A موجب افزایش شانس بقای آن ها می شود. بر عکس، شواهد موجود در زمینه رابطه بین TAB و مرگ کرومر (CD) پراکنده ولی متقاعد کننده می باشد، زیرا بیان می دارند که هیچ گونه رابطه ای و یا هیچ گونه ارتباط و همبستگی معکوسی وجود ندارد. در یک مطالعه آینده نگرانه از 257 مرد با سابقه CHD، رگلند و برند (1998 الف) نشان دادند که نرخ CD برای رفتار های نوع A، که

با استفاده از مصاحبه ساختاری ارزیابی می شود، 58 درصد میزان یافته شده در مردان بدون ویژگی های نوع A بود.

دو مطالعه دیگر بر روی باز مانده های انفارکتوس میوکارد، که الگوی رفتاری آن ها با استفاده از پرسش نامه فعالیت جنگین ارزیابی می شود، نیز این رابطه معکوس را یافته است و این در حالی است که در هیچ یگ از موارد از نظر آماری معنی دار نبوده است (کیس و همکاران 1985، شکمله، گیل و نورسیس 1985). راکلند و براند (1988ب) نیز تحلیل آینده نگرانه را از مرگ و میر کرونر در مطالعه گروه مشارکتی غربی گزارش کردند که در آن ها تفاوت کلی بین رفتار های نوع A و B یافته نشد که با استفاده از SI در طی 22 سال قبل طبقه بندی شده بود. هم چنین آن ها خطر معنی داری را برای رفتار نوع B در طی فاصله زمانی 11 تا 15 سال پس از ارزیابی مشاهده نکردند. در نهایت، ارت گومر و اندن 1990 نیز تفاوتی را در نرخ مرگ و میر کرونر برای رفتار های نوع A و B در طی یک دوره ده ساله گزارش نکردند.

تفسیر این یافته ها با احتمال تغییر در TAB در طی یک دوره زمانی در پاسخ به ترجمه مرگ کرونر (رکلند و براند 1988 الف) و یا به صورت تابعی از زمان (اسپارسینو 1979) پیچیده تر می شود. با تاکید بر مرگ و میر ناشی از رویداد های کرونر، گالنر 1989 و رکلند و براند 1988 الف تحلیلی را در خصوص مرگ و میر در طی 24 ساعت از اولین رویداد کرونر ارائه کرده و تفاوتی بین دو A/B گزارش نکردند. با این حال نمونه آن ها دارای 26 مورد بود. به طور مشابه، ارا و گمر و اندن 1990 تنها 7 مورد از مرگ و میر کرونر را در مردانی گزارش کردند که عاری از هر گونه CHD بود. از طریق ارزیابی رفتاری نوع A اندکی قبل از مرگ و میر کرونر می توان اطلاعاتی نسبت به 10 یا 22 سال قبل کسب کرد. به طور ویژه، مطالعات بزرگ مقیاس که در بر گیرنده ارزیابی مکرر TAB هستند راهبردی ایده ال برای دست یابی به این اهداف می باشند، با این حال آن ها پر هزینه تر با توجه به تعداد کم مرگ و میر کرونر هستند.

طراحی نمونه- شاهد، علی رغم محدودیت های شناخته شده، یک شیوه جمع آوری نمونه های بزرگ از نمونه های مرگ و میر کرونر بدون سابقه CHD می باشند و برآورد های مربوط به ویژگی های آن ها قبل از مرگ و میر ارائه شده است (اپل 1992). یکی از اهداف این مطالعه، ارزیابی رابطه بین TAB و مرگ و میر کرونر با استفاده از

این طرح است. برای دلایل ارایه شده در بخش روش ها، تعریف و شاخص اندازه گیری TAB مورد استفاده در این مطالعه در مطالعه فرامینگهام توسعه یافته است. عناصر خاص TAB در جدول 4 نشان داده شده اند.

خطر مرگ و میر کرونر ارتباط اشکاری با ارتباط اجتماعی محدود، انسجام اجتماعی یا پشتیبانی و حمایت اجتماعی نداشته است (هاوس، لندیس و امبرسون 1988، شوارزر و لپیتن 1989). تقریباً همه این تحقیقات به طور مستقل از TAB انجام شده اند علی رغم این که زمینه های نظری و تجربی برای ترکیبی از آن ها وجود دارد. استدلال های نظری خوب برای مطالعه TAB در زمینه اکولوژیک و اجتماعی بیان شده است (اسمیت و اندرسون 1986، مارگولیس و همکاران 1983)، اگرچه این موضوع کم تر مورد بررسی قرار گرفته است. از دیدگاه تجربی، ارتباط بین TAB و فعالیت اجتماعی موجب افزایش احتمال فرایند های واسطه گری شده است.

همان طور که در ابتدای این مقاله نیز گفته شد، اطلاعات اندکی در خصوص ارتباط بین TAB و مرگ و میر کرونر هم به شکلی مطلق و هم به شکلی نسبی نسبت به شواهد مربوط به CHD غیر کشنده وجود دارد. اطلاعات بیشتری برای اجتناب از مسائل روش شناسی لازم است که در بالا در مورد آن ها بحث شد. در عین حال، روند تغییرات در شواهد محدود برای بررسی دیدگاه های راگلند و برند 1988 الف کافی نیست که نیاز به تمایز نقاط انتهایی CHD را در تحقیقات TAB مورد تاکید قرار داده اند. و در عین حال اهمیت تغییر پس از انفارکتوس میوکارد ویژگی های نوع A را در نظر گرفته اند.

این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی