

بررسی و مقایسه تیپ شخصیتی D، سرسختی روان‌شناختی، تحمل ناکامی و کمال‌گرایی بیماران کرونر قلبی و افراد عادی شهر خرم‌آباد

حسنعلی ویسکرمی^۱، مسعود صادقی^۲، سیروس مرادی‌زاده^{۳*}

۱. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۲. استادیار روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۳. دکترای روان‌شناسی تربیتی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۳۱

زمینه با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی و سبک زندگی در سبب‌شناسی بیماری‌های قلبی، این تحقیق با هدف تعیین و مقایسه تیپ شخصیتی D، سرسختی روان‌شناختی، تحمل ناکامی و کمال‌گرایی در بیماران کرونر قلبی و افراد عادی شهر خرم‌آباد انجام شد.

روش کار پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی و تحلیلی - توصیفی است که به مقایسه تیپ شخصیتی D، سرسختی روان‌شناختی، تحمل ناکامی و کمال‌گرایی در بیماران کرونر قلبی و افراد عادی می‌پردازد. جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران کرونر قلبی مراجعه‌کننده به مطب‌های تخصصی قلب و عروق شهر خرم‌آباد در سه‌ماهه تابستان ۱۳۹۶ بودند که ۶۴ نفر بیمار به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و در پژوهش شرکت کردند. همچنین تعداد ۶۴ نفر از افراد عادی که به‌لحاظ سن و جنسیت با گروه بیماران کرونر قلبی هم‌تا شده بودند، به‌روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف برگزیده شدند. جهت سنجش متغیرها از پرسش‌نامه تیپ شخصیتی D، مقیاس سرسختی روان‌شناختی، مقیاس کمال‌گرایی اهواز و مقیاس تحمل ناکامی هارینگتون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره (مانکوا) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها نتایج تحقیق نشان داد که بین بیماران کرونر قلبی و افراد عادی از نظر تیپ شخصیتی D، سرسختی روان‌شناختی، تحمل ناکامی و کمال‌گرایی تفاوت وجود دارد که در سطح $p < 0/001$ معنادار است. بیماران کرونر قلبی از تحمل ناکامی و سرسختی روان‌شناختی پایین‌تر و میانگین نمره تیپ شخصیتی D و کمال‌گرایی بالاتری برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری تیپ شخصیتی D، سرسختی روان‌شناختی، تحمل ناکامی و کمال‌گرایی به‌عنوان متغیرهای مهم تأثیرگذار در ایجاد یا جلوگیری از بیماری‌های کرونر قلبی عمل می‌کنند.

کلیدواژه‌ها:

تیپ شخصیتی D، سرسختی روان‌شناختی، تحمل ناکامی، کمال‌گرایی، بیماری کرونر قلبی.

۱. مقدمه

عروقی است و بیش از ۵۰٪ مرگ‌های قلبی را به خود اختصاص داده است [۲]. بیماری کرونر قلبی از رسوب چربی در جداره سرخ‌رگ‌های کرونر (سرخ‌رگ‌هایی که به قلب خون‌رسانی می‌کنند) ایجاد می‌شود [۳]. این بیماری یکی از سه علت اصلی

بیماری‌های قلبی - عروقی عمده‌ترین علل مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه‌یافته و درحال توسعه شناخته شده [۱] که از این میان، بیماری عروق کرونری کُشنده‌ترین بیماری قلبی -

* نویسنده مسئول: سیروس مرادی‌زاده

نشانی: دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روان‌شناسی

تلفن: ۰۹۱۶۵۴۶۰۹۴۸

رایانه: delfan633@gmail.com

شناسه ORCID: 0000-0002-4762-7690

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-3404-6563

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۶، شماره ۴، مهر و آبان ۱۳۹۸، ص ۴۷۷-۴۸۶

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

شخصیتی D، ۱۲۶ بیمار قلبی با عمل بای‌پس عروق کرونر و عمل دریچه‌ای قلب، قبل از عمل و ۶ ماه پس از عمل مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که ۲۶٪ بیماران قبل از عمل جراحی دارای تیپ D بودند؛ در حالی که ۱۱٪ خصوصیات تیپ D را هم قبل و هم بعد از عمل نشان دادند [۱۴]. در مطالعه‌ای، افراد تیپ D دارای پایداری و ثبات کمتری در رفتارهای مربوط به تندرستی بودند و سطوح حمایت اجتماعی پایین‌تری نسبت به افراد غیر تیپ D داشتند؛ همچنین تیپ D پدیدآورنده‌ی عامل خطر برای بیماری قلبی - عروقی است که با پیش‌آگهی بد، حالات تندرستی آسیب‌دیده و پریشانی هیجانی ارتباط دارد [۱۵]. نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که افراد دارای تیپ D در مقایسه با غیر تیپ D نمرات پایین‌تری در مقیاس وضعیت بهداشتی داشتند. در این مطالعه، تیپ D با بیش از سه تا شش برابر افزایش خطر کیفیت زندگی آسیب‌دیده در بیماران قلبی ارتباط داشت [۱۶]. برپایه‌ی مطالعه‌ی ده‌ساله‌ی دنولت و همکاران [۱۲]، تیپ D پیش‌بینی‌کننده‌ی آسیب‌زای بالینی و پیامدهای روانی در بیماران قلبی است. در این مطالعه، بیماران قلبی که در ابتدا در جایگاه تیپ D شخصیتی طبقه‌بندی شده بودند، در مقایسه با بیماران غیر تیپ D شخصیتی بیشتر در معرض خطر مرگ‌ومیر قرار داشتند. نتایج تحقیقات مختلف نشان داد که بیماران کرونر قلبی نمرات بالاتری را در مقیاس تیپ D نسبت به افراد عادی به‌دست آوردند [۱۷-۲۰].

از دیگر عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری‌های کرونر قلبی کمال‌گرایی است. اصطلاح کمال‌گرایی از مدت‌های مدید در پیشینه‌ی روان‌شناسی مورد توجه بوده است. کمال‌گرایی نقش مهمی در سبب‌شناسی، حفظ و مسیر آسیب‌های روانی بازی می‌کند و با سازوکارهایی از جمله معیارهای افراطی که باعث ایجاد قوانین انعطاف‌ناپذیر برای عملکرد می‌شود و نیز رفتارهایی همچون اجتناب و ارزیابی مکرر عملکرد، سوگیری‌های شناختی همچون افکار دومقوله‌ای [۲۱]، توجه انتخابی به شکست و افزایش معیارها در مورد دستاوردها برجسته می‌شود [۲۲]. از دید هالندر [۲۳]، کمال‌گرایی یعنی فرد عملکردی با کیفیت بالاتر از آنچه که مستلزم موقعیت است، از خود و دیگران دارد. نتایج تحقیق بشارت و همکاران [۲۴] گویای آن است که کمال‌گرایی با سلامت عمومی سالمندان رابطه دارد؛ بدین معنا که کمال‌گرایی مثبت موجب ایجاد نگرشی خوش‌بینانه و افزایش عملکرد اجتماعی و درنهایت باعث کاهش اختلال روانی در سالمندان می‌شود. نتایج تحقیقات مختلف نشان داد که

مرگ‌ومیر در کنار سرطان و سکتة مغزی در کشورهای صنعتی به‌شمار می‌رود [۴]. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی سالیانه جان ۲۵ میلیون نفر را بگیرد [۵]. از طرفی بیماری کرونر قلبی اولین عامل مرگ در کشورهای مختلف است و در سال ۲۰۳۰ شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در دنیا بیماری‌های قلب و عروق خواهد بود. پژوهش‌ها در ایران نشان می‌دهند که به‌رغم داده‌های درست، بیماری‌های عروق کرونر قلب طی سال‌های اخیر بین ۲۰ تا ۴۵٪ افزایش یافته است [۶]. علاوه بر مرگ‌ومیر، این بیماری منجر به شیوع قابل توجه ناتوانی و کاهش تولید شده و علت عمده‌ی هزینه‌های گزاف بهداشتی بوده است [۷].

شیوه و سبک زندگی نامناسب و بی‌توجهی به رفتارهای بهداشتی از جمله عوامل زمینه‌ساز بروز بیماری‌های قلبی - عروقی به‌ویژه کرونر قلبی هستند. سبک زندگی از طریق اعمال عوامل خطرزا در بروز و شدت بخشیدن به این بیماری، به‌عنوان عامل مهم و مؤثر، به‌همراه عوامل دیگر در بیماری کرونر قلبی نقش دارد [۸].

پژوهش‌های پیشین در سبب‌شناسی بیماری‌های قلبی - عروقی بر طیفی از عوامل خطر ساز ایجادکننده، مانند عادات غذایی نامناسب، فقدان فعالیت جسمانی و ورزش، استرس‌های جسمی و روانی، وزن، استراحت و خواب، سیگار، مصرف نوشیدنی‌های الکلی و... تأکید کرده‌اند [۹]. اما در سال‌های اخیر محققان متوجه شدند که علاوه بر متغیرهای پزشکی و بالینی، متغیرهای روانی نیز در بروز و شیوع اختلال‌های قلبی نقش دارند [۱۰].

اخیراً نقش بالقوه‌ی تیپ شخصیتی D به‌عنوان عامل تعیین‌کننده‌ی آشفته‌گی‌های هیجانی در بیماران کرونر قلبی تأیید شده است. تیپ شخصیتی D دارای دو مؤلفه‌ی عاطفه منفی و بازداری اجتماعی است. عاطفه منفی با تمایل به بیان هیجانات منفی مشخص می‌شود. افراد دارای عاطفه منفی بالا بیشتر به تجارب عاطفه منفی در همه‌ی اوقات، صرف‌نظر از موقعیت، تمایل دارند [۱۱]. عاطفه منفی با درد قفسه‌ی سینه در غیاب بیماری کرونر قلبی مرتبط بوده است؛ اما با کرونر واقعی نیز ارتباط دارد. بنابراین عاطفه منفی ممکن است هم به‌عنوان متغیر مداخله‌گر و هم عامل خطر واقعی عمل کند [۱۲]. بازداری اجتماعی با تمایل پایدار به بازداری تجربیات هیجانی و رفتاری در تعاملات اجتماعی مشخص می‌شود. افراد دارای بازداری اجتماعی بالا بیشتر تمایل دارند از طریق کنترل بیش از حد خودبیانگری (عدم ابراز و تصریح عقاید و خصوصیات خود) از واکنش‌های منفی دیگران جلوگیری کنند [۱۳]. در پژوهشی درباره‌ی تیپ

کمال‌گرایی بیماران کرونر قلبی بیشتر از افراد عادی است [۱۸]، ۲۵-۲۶].

عامل روان‌شناختی دیگری که در رابطه با بروز و پیشرفت بیماری کرونر قلبی ارتباط دارد، تحمل ناکامی است. تحمل ناکامی به قابلیت فرد در نشان دادن مقاومت در کوشش، باوجود شکست مکرر و محیط خصومت‌آمیز، اشاره می‌کند. از نظر روزنویگ^۱ به نقل از انصاری‌نژاد [۲۷]، تحمل ناکامی قابلیت فرد برای مقاومت در برابر ناکامی است، بدون اینکه در سازگاری روان‌شناختی اشکالی ایجاد شود؛ یعنی بدون اینکه به شیوه‌های ناپسند رفتاری دست بزند. ناتوانی در تحمل ناکامی به آشفتگی روانی و ناسازگاری و مشکلات در روابط بین اشخاص می‌انجامد. کسی که توانایی بیشتری در تحمل ناکامی داشته باشد، در مقایسه با کسی که در این خصوصیت توانایی کمتری دارد، کمتر پرخاشگری می‌کند. افراد با آستانه تحمل بالا افرادی منطقی، خوشحال و انعطاف‌پذیرند و در رفتارشان خواهان دستیابی سریع به راه‌حل‌های عملی هستند. این‌گونه افراد به راحتی و به سادگی با مشکلات کنار می‌آیند [۲۸]. تحمل ناکامی بالا یکی از عوامل محافظت‌کننده فرد در برابر هیجانات منفی و به دنبال آن افزایش سلامت روانی و جسمانی از جمله سلامت قلبی - عروقی است. پایانویگ^۲ به نقل از انصاری‌نژاد [۲۷] در تحقیقی نشان داد که سطح تحمل ناکامی پایین عامل مؤثر و تقویت‌کننده مهمی برای روی آوردن به مصرف مواد مخدر و نوشیدنی‌های الکلی است.

افراد با تحمل ناکامی پایین در صورت شکست در تغییر موقعیت تنش‌زا به موقعیت دل‌خواه، کنترل احساسات خویش را از دست می‌دهند و نمی‌توانند خوشحال باشند. در واقع افراد با شاخصه تحمل ناکامی پایین اشخاصی مضطرب‌اند که خشم یکی از خصوصیات بارز ایشان است. نتایج تحقیقات مختلف بیان کرد که تحمل ناکامی در افراد دارای فشارخون (به‌عنوان یکی از علل بیماری عروق کرونری قلب) پایین‌تر از افراد عادی است [۲۹-۳۱]. همچنین نتایج تحقیقات نشان داد که عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از افراد عادی است [۳۲]. تحمل ناکامی نوجوانان بزهکار پایین‌تر از افراد عادی است [۲۷] و تحمل ابهام افراد سوءمصرف‌کننده مواد پایین‌تر از افراد عادی است [۳۳-۳۴]. پژوهش براون و همکار [۳۵] نیز نشان داد افرادی که دارای تحمل ابهام پایین‌تری هستند، موقعیت مبهم را تهدیدکننده می‌دانند و دچار اضطراب می‌شوند؛ ولی افرادی که تحمل ابهام بالایی دارند، آن موقعیت را مزیت تلقی می‌کنند و بر این باورند که هیچ جوابی قطعی نیست؛ بنابراین به دنبال جواب‌های بهتری برای حل مسئله خود می‌گردند.

از دیگر عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری کرونر قلبی سرسختی روان‌شناختی است. ویژگی شخصیتی سرسختی از سه مؤلفه به هم‌بسته کنترل، تعهد و مبارزه‌جویی تشکیل شده است که می‌تواند همچون سپری در برابر استرس مقاومت کند و از اثرات مخرب آن بر سلامتی افراد جلوگیری نماید. افرادی که از سرسختی بالایی برخوردارند، به سهولت در برابر اعمال و رفتار خود احساس تعهد می‌کنند و عقیده دارند که رویدادهای زندگی، قابل کنترل و پیش‌بینی است و بالاخره تغییر در زندگی را نوعی شانس و مبارزه‌جویی برای رشد بیشتر در زندگی می‌پندارند تا تهدیدی برای امنیت خود باشد. سرسختی مهم‌ترین منبع تعدیل‌کننده اثرات منفی استرس شناخته شده است. افرادی که سرسختی پایین‌تری دارند، در درازمدت دچار بیماری کرونر قلبی، کلسترول و فشارخون خواهند شد؛ در حالی که افرادی که از سرسختی بالایی برخوردارند، از اثرات منفی استرس مصون می‌مانند. علاوه بر این، تحقیقات نشان داده است که سرسختی با کاهش واکنش‌های قلبی - عروقی و فشارخون پایین‌تر ارتباط دارد و همچون سپری محافظ در مقابل رشد الگوهای رفتاری که عامل اصلی بروز بیماری‌های قلبی - عروقی هستند، عمل می‌کند [۳۶]. استریک و همکار [۳۷] در تحقیقی بیان کردند که اگرچه استرس در درازمدت سیستم ایمنی را تضعیف و شخص را مستعد انواع بیماری می‌کند، پاره‌ای منابع تعدیل‌کننده با عنوان منابع مقاومت در برابر استرس شناخته شده‌اند که اثرات منفی ناشی از استرس بر بدن را کاهش می‌دهند.

هانگ [۳۸] در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافت که افراد سرسخت نسبت به افرادی که این ویژگی را ندارند، سلامت بهتری دارند و تغییرات زندگی را به صورت مثبت‌تر و چالش‌انگیزتری ادراک می‌کنند. در شرایط پر استرس کسانی که از سرسختی بالاتری برخوردارند، سلامت روان بیشتری دارند تا کسانی که دارای سرسختی پایین‌تری هستند [۳۹]. پژوهش‌ها نشان داده است که سرسختی روان‌شناختی عامل فشارزا بودن حوادث و همچنین برانگیختگی روانی - جسمی حاصل از این حوادث را کاهش می‌دهد و تأثیر مثبتی بر سلامت فرد دارد [۴۰-۴۱]. بر مبنای تحقیقات مختلف، بیماران کرونر قلبی در مقایسه با افراد سالم از سرسختی روان‌شناختی پایین‌تری برخوردار بودند [۲۰، ۳۴، ۴۳-۴۴].

همچنین مطابق نتایج پژوهش‌های مختلف، سرسختی روان‌شناختی زنان مطلقه کمتر از زنان عادی است [۴۵]. سرسختی روان‌شناختی بیماران تحت درمان با هموفیلی پایین‌تر از افراد عادی است [۴۶]. تغییرات فشارخون گروه دارای سرسختی کم به نحو چشمگیری بالاتر از گروه دارای سرسختی زیاد است؛ بنابراین سرسختی در برابر تنیدگی نقش محافظت‌کننده‌ای در ابتلا به

هریک از گزینه‌ها «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات» و «بیشتر اوقات» به ترتیب مقادیر ۰، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته شد. به جز ماده‌های ۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷ و ۲۱ که برعکس نمره‌گذاری می‌شوند، بقیه ماده‌ها به صورت مقادیر ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی برای آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ و به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها ۰/۷۶ به دست آمد. روایی مقیاس فوق به روش ملاکی، هم‌زمان با سه پرسش‌نامه اضطراب عمومی، پرسش‌نامه افسردگی اهواز و پرسش‌نامه خودشکوفایی مازلو به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۰ و ۰/۶۵ تعیین شد [۵۴]. در این پژوهش، پایایی مقیاس فوق به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

مقیاس تحمل ناکامی:^۲ این مقیاس را هارینگتون [۵۵] تهیه کرده است. هدف این مقیاس سنجش میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف است. این مقیاس برای اولین بار در ایران ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی شد [۵۶]. این مقیاس چهار عاملی به صورت طیف لیکرت پنج‌امتیازی (از ۵ = کاملاً موافقم تا ۱ = کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع نمرات پایین نشانه تحمل ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نمودار تحمل ناکامی کم آزمودنی است. عامل اول: عدم تحمل عاطفی؛ عامل دوم: عدم تحمل ناراحتی؛ عامل سوم: عدم تحمل اهداف پیشرفت؛ عامل چهارم: عدم تحمل بی‌عدالتی و خشنودی. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۴ و برای ۴ عامل به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۱، ۰/۵۲، ۰/۷۱ به دست آمد. روایی همسانی درونی کل مقیاس ۱ و برای ۴ عامل به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ محاسبه شد [۵۷]. در این پژوهش، پایایی مقیاس فوق به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۷ و برای ۴ عامل به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۶۵، ۰/۷۱ و ۰/۷۴ حاصل شد.

مقیاس کمال‌گرایی اهواز:^۳ یک مقیاس خودگزارشی ۲۷ ماده‌ای است که به وسیله تجاریان و همکاران [۵۷] ساخته شده است. هر ماده این مقیاس دارای ۴ گزینه «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات» و «اغلب اوقات» است. در این مقیاس به استثنای ماده‌های ۱۱، ۱۶، ۱۷ و ۲۲ که به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، بقیه ماده‌ها به ترتیب از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای کل نمونه برابر ۰/۹۰، برای آزمودنی دختر برابر ۰/۹۰ و آزمودنی پسر ۰/۸۹ به دست آمد [۵۸]. همچنین برای سنجش روایی مقیاس کمال‌گرایی، مقیاس مذکور هم‌زمان با مقیاس‌های الگوی رفتاری تیپ A سمی (TA1) و غیرسمی (TA2)، خرده‌مقیاس شکایات جسمانی R-soL90 و مقیاس

فشارخون دارد [۴۷]. سرسختی زنان نابارور پایین‌تر از زنان بارور است [۴۸]. نوجوانان دارای والدین در مقایسه با نوجوانان فاقد والدین از سرسختی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند [۴۹]. افراد سوءمصرف‌کننده مواد مخدر در مقایسه با افراد عادی دارای سرسختی روان‌شناختی پایین‌تری هستند [۳۳، ۵۰].

با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی در ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی، پژوهش در این زمینه حائز اهمیت بود؛ لذا پژوهش حاضر درصدد تعیین و مقایسه تیپ شخصیتی D، سرسختی روان‌شناختی، تحمل ناکامی و کمال‌گرایی در بیماران کرونر قلبی و افراد عادی است.

۲. مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی و تحلیلی - توصیفی است که به مقایسه تیپ شخصیتی D، سرسختی روان‌شناختی، تحمل ناکامی و کمال‌گرایی در بیماران کرونر قلبی و افراد عادی می‌پردازد. جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران کرونر قلبی مراجعه‌کننده به مطب‌های تخصصی قلب و عروق شهر خرم‌آباد در سه ماهه تابستان ۱۳۹۶ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۴ نفر بیمار در پژوهش شرکت کردند. همچنین ۶۴ نفر از افراد عادی که به لحاظ سن و جنسیت با گروه بیماران قلبی همسان شدند، به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. جهت سنجش متغیرها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

مقیاس تیپ شخصیتی D: این مقیاس توسط دولت تدوین شده است، ۱۴ آیتم دارد و مؤلفه‌های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را می‌سنجد. هر آزمودنی به این مقیاس به صورت «هرگز»، «به ندرت»، «گاهی اوقات»، «اغلب اوقات» و «همیشه» پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶ به دست آمد. ضریب اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A، گزارش شد [۵۱]. در مطالعه‌ای دیگر [۵۲]، همسانی درونی خرده‌مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۷ و همسانی درونی خرده‌مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۶۹ به دست آمد. در مطالعه ابوالفاسمی و همکاران [۵۳]، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ مشخص شد. در این پژوهش، پایایی مقیاس فوق به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۶ حاصل شد.

مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز (AHI): توسط کیامری و همکاران [۵۴] ساخته و اعتباریابی شد. این پرسش‌نامه یک آزمون ۲۷ ماده‌ای است که به منظور نمره‌گذاری این مقیاس برای

3. Ahvaz perfectionism scale

1. Ahvaz hardiness inventory
2. Frustration discomfort scale

در این بخش، ابتدا شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای اصلی تحقیق و سپس نتایج مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیره (مانکوا) بر روی متغیرهای تیب شخصیتی D، سرسختی روان‌شناختی، تحمل ناکامی و کمال‌گرایی ارائه شد.

عزت‌نفس کوپر اسمیت اجرا شد که به ترتیب ضرایب ۰/۶۷، ۰/۴۱ و ۰/۳۹ به‌دست آمد. در این پژوهش، پایایی مقیاس فوق به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تعیین شد.

۳. یافته‌ها

جدول ۱. آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه بیماران کرونر قلبی و افراد عادی

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار
تیپ D	بیمار قلبی	۳۱/۱۲	۴/۱۹
	افراد عادی	۲۵/۶۶	۳/۹۰
سرسختی روان‌شناختی	بیمار قلبی	۳۳/۳۱	۸/۰۹
	افراد عادی	۴۰/۰۹	۸/۶۷
تحمل ناکامی	بیمار قلبی	۱۰۴/۸۱	۸/۸۸
	افراد عادی	۹۶/۵۶	۸/۴۵
کمال‌گرایی	بیمار قلبی	۷۷/۹۸	۶/۹۰
	افراد عادی	۵۳/۵۶	۶/۹۹

جدول فوق میانگین و انحراف معیار متغیرها را به تفکیک دو گروه بیماران کرونر قلبی و افراد عادی نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا

متغیرها	امارة F	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تیپ D	۲/۹۵	۱	۱۲۶	۰/۰۸۸
سرسختی روان‌شناختی	۰/۲۶۶	۱	۱۲۶	۰/۶۰۷
تحمل ناکامی	۱/۱۰۲	۱	۱۲۶	۰/۲۹۶
کمال‌گرایی	۰/۱۴۶	۱	۱۲۶	۰/۷۰۳

یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیره برابری واریانس‌های خطاست. جهت بررسی این پیش‌فرض مقادیر F نباید معنادار باشد. همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، در هر چهار متغیر چون سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین شرط برابری واریانس‌های

خطا برقرار است ($p > 0/05$). جهت بررسی برابری ماتریس کوواریانس‌ها نیز از آزمون m box استفاده شد. نتایج این آزمون حکایت از برابری ماتریس کوواریانس‌ها داشت ($p > 0/05$ ، $F = 1/58$ ، $m \text{ box} = 18/196$). با توجه به برقراری پیش‌فرض‌ها، از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل واریانس چندمتغیره (مانکوا) بر روی متغیرهای پژوهش

نوع آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری
اثر پیلائی ^۱	۰/۸۱۵	۱۳۵/۲۶	۴	۱۲۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز ^۲	۰/۱۸۵	۱۳۵/۲۶	۴	۱۲۳	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ ^۳	۴/۳۹۹	۱۳۵/۲۶	۴	۱۲۳	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی ^۴	۴/۳۹۹	۱۳۵/۲۶	۴	۱۲۳	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، مقدار F چندمتغیره برابر با ۱۳۵/۲۶ در سطح $p < 0/001$ معنادار است. نتایج چهار آزمون مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیره بیانگر

آن است که بین دو گروه بیماران کرونر قلبی و افراد عادی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، نتایج آزمون تحلیل

3. Hotellings Trace
4. Roys Largest Root

۱. Pillais Trace
۲. Wilks Lambda

lkl

واریانس یکطرفه در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج تفکیکی تحلیل واریانس تک‌متغیره مربوط به متغیرها در دو گروه بیماران قلبی و افراد عادی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات اتا
تیپ D	۹۵۷/۰۳	۱	۹۵۷/۰۳	۵۸/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱۷
سرسختی	۱۴۷۱/۵۳	۱	۱۴۷۱/۵۳	۲۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۱۴۲
روان‌شناختی	۲/۷۸	۱	۲/۷۸	۲۸/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۷
تحمل ناکامی	۱۹۰۸۵/۶۹	۱	۱۹۰۸۵/۶۹	۳۹۵/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵۸
کمال‌گرایی						

شخصیتی D نقش مهمی در بیماری‌های کرونر قلبی دارد، هماهنگ است [۶۰]. بیماران قلبی با تمایل پایدار به تجربه هیجانات منفی در موقعیت‌های مختلف، اضطراب و دلواپسی، هراس و تحریک‌پذیری بیشتری را تجربه می‌کنند و این حالات، فراوانی تیپ شخصیتی D را در این بیماران افزایش می‌دهد [۶۱]. همچنین می‌توان بیان کرد که شرایط استرس‌زا موجب ترشح آدرنالین شده، ضربان قلب را افزایش می‌دهد و این امر سبب ناراحتی قلبی - عروقی می‌شود [۶۲]. بخش دیگر نتایج پژوهش نشان داد که بین بیماران کرونر قلبی و افراد عادی از نظر کمال‌گرایی تفاوت معناداری وجود دارد. بیماران قلبی از کمال‌گرایی بالاتری برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی همخوانی دارد [۱۸، ۲۴-۲۶]. در تبیین این یافته می‌توان گفت کمال‌گرایان نوروتیک با این باور که باید به معیارهای بسیار بالا دست یابند، هیچ اشتباه یا شکستی را نمی‌پذیرند؛ اما چون اغلب به این معیارهای خیلی بالا به علت غیرواقع‌بینانه بودن آن‌ها دست نمی‌یابند، به تنیدگی، افسردگی و اضطراب مبتلا می‌شوند و از تلاش‌های طاقت‌فرسای خود، در صورت موفقیت، احساس رضایت نمی‌کنند؛ زیرا اغلب موفقیت‌هایشان را بی‌ارزش می‌دانند و این موضوع موجب بروز انواع بیماری‌های جسمی و روانی در آن‌ها می‌شود [۶۳]. بیماران عروق کرونر قلب در موقعیت‌های مختلف زندگی، ویژگی‌های کمال‌گرایی را ظاهر می‌کنند. آن‌ها برای خود و افراد مهم زندگی‌شان، همچون همسر، فرزندان و دوستان نزدیک، معیارهای بالا،

براساس یافته‌های این جدول، دو گروه بیماران کرونر قلبی و افراد عادی از لحاظ تیپ شخصیتی D، سرسختی روان‌شناختی، کمال‌گرایی و تحمل ناکامی دارای تفاوت معناداری هستند. با نگاهی به میانگین‌های گروه‌ها، نتایج حاکی از آن است که گروه بیماران کرونر قلبی از تحمل ناکامی و سرسختی روان‌شناختی پایین‌تر و تیپ شخصیتی D و کمال‌گرایی بالاتری برخوردارند. بنابراین هر چهار فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق با هدف تعیین و مقایسه تیپ شخصیتی D، سرسختی روان‌شناختی، تحمل ناکامی و کمال‌گرایی در بیماران کرونر قلبی و افراد عادی شهر خرم‌آباد انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین بیماران کرونر قلبی و افراد عادی از نظر تیپ شخصیتی D تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین نمره تیپ شخصیتی D بیماران کرونر قلبی بیشتر از افراد عادی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی [۱۷-۲۰، ۲۲، ۵۲، ۵۸-۵۹] همخوان است. طبق یافته‌های سارافینو [۴]، افراد دارای تنش بالا به رفتارهایی تمایل دارند که امکان بیمار شدن و آسیب دیدن آن‌ها را افزایش می‌دهد. به علاوه تیپ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن در درازمدت می‌تواند به دیواره شریان‌های کرونری صدمه زند و بیماری عروق کرونری را تسریع کند. تبیین دیگر این است که متغیرهای شخصیتی و روان‌شناختی نیز ممکن است بیماری قلبی را از طریق مسیرهای رفتاری، از جمله اختلال در عملکرد رفتار یا شکست در رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت، تحت تأثیر قرار دهند. همچنین نتایج این پژوهش با این نتیجه‌گیری که عوامل روان‌شناختی به ویژه تیپ

قلبی دارای تحمل ناکامی پایین‌تری هستند. این یافته همخوان با نتایج تحقیقات قبلی است [۲۷-۳۰، ۳۲-۳۵]. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد با تحمل ناکامی پایین در صورت شکست در تغییر موقعیت تنش‌زا به موقعیت دلخواه، کنترل احساسات خویش را از دست می‌دهند و نمی‌توانند خوشحال باشند. در واقع افراد با شاخصه تحمل ناکامی پایین، اشخاصی مضطرب‌اند که خشم یکی از خصوصیات بارز ایشان است. افراد دارای مشکلات قلبی نیز تحمل ناکامی پایینی دارند که خشم و اضطراب به دنبال عدم تحمل ناکامی یکی از علل ایجاد آن به‌شمار می‌رود. افراد با تحمل ناکامی پایین نمی‌توانند موانع موجود بر سر راه استعدادها و اهدافشان را تحمل کنند. این افراد تحمل پایین آوردن سطح خواسته‌ها و امیالشان را ندارند و در صورت عدم موفقیت در دستیابی به اهداف خویش، احساس ناکامی و ضعف بسیار می‌کنند، صبوری اندکی دارند و تحمل انتقاد، رفتار غیرمنصفانه و بی‌احترامی را ندارند. به‌طور خلاصه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در هر ۴ متغیر، بیماران کرونر قلبی با افراد سالم تفاوت داشتند. بنابراین با استفاده از شیوه‌های درمان روان‌شناختی می‌توان در بیماران کرونر قلبی بر روی این عوامل کار کرد و در افراد سالم به کارهای پیشگیرانه دست زد. با ارتقای مهارت‌های مرتبط با تنظیم هیجانی در بیماران کرونر قلبی زمینه مناسبی جهت افزایش تحمل ناکامی آنان به‌وجود خواهد آمد.

تشکر و قدردانی

از تمام کارکنان مطب‌های خصوصی متخصصان قلب و عروق شهر خرم‌آباد و همه بیماران و افراد سالمی که ما را در این پژوهش یاری کردند، سپاس‌گزاریم و برای همه عزت و عافیت آرزومندیم

غیرواقعی‌بینانه و نامتناسب در نظر می‌گیرند و هرگز از عملکردشان رضایت ندارند [۶۴]. افراد کمال‌گرا به‌علت داشتن استانداردهای کمال‌گرایانه و بالا برای افراد مهم زندگی خود و همچنین ابراز توقعات و انتظارات نامتناسب، موجب تعمیم تعارض‌ها و خصومت بین‌فردی می‌شوند. خصومت یکی از علل شناخته‌شده بروز بیماری کرونر قلب است [۴، ۶۵].

همچنین نتایج نشان داد که بین بیماران کرونر قلبی و افراد عادی از نظر سرسختی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. بیماران قلبی سرسختی روان‌شناختی پایین‌تری دارند. این یافته با نتایج تحقیقات قبلی همخوانی دارد [۶۹-۴۷، ۶۶، ۶۸-۶۴، ۲۰-۴۰، ۳۸، ۴۰]. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سرسختی عاملی تعدیل‌کننده و مقاوم در برابر استرس است. سرسختی بالاتر در گروه سالم می‌تواند به‌عنوان یک منبع مقاومت در برابر استرس عمل کند و آسیب‌پذیری این افراد را در مقایسه با گروه کرونر قلبی کاهش دهد. افراد سرسخت حوادث زندگی را به‌طور قابل درک و همراه با تنوع و گوناگونی در نظر می‌گیرند. درمقابل افرادی که سرسختی پایینی دارند، درمقابل حوادث دچار احساس بیگانگی، ناتوانی و تهدید می‌شوند و کمتر بر آن‌ها غلبه می‌یابند [۴۰، ۷۰]. همچنین می‌توان گفت سرسختی روانی پدیده‌ای است که از پاسخ‌های انطباقی طبیعی انسان حاصل می‌شود و به‌رغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می‌کند. پژوهش‌های بعدی نشان دادند که سرسختی توانایی فرد را برای مقابله با فشار شغلی تسهیل کرده، همچون سپری محافظت‌کننده در برابر فشار عمل می‌کند [۷۱].

یافته‌های پژوهش بیان کرد که بین بیماران کرونر قلبی و افراد عادی از نظر تحمل ناکامی تفاوت معناداری وجود دارد. بیماران

References

- [1]. Sol GM, Vander-Graaf Y, Goessens MB, Visseren LJ. Social support and change in vascular risk factors in patients with clinical manifestations of vascular diseases. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2008; 8, 137-43.
- [2]. Ridker PM, Genest J, Libby P. Risk factors atherosclerotic diseases in: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, editors,

- Braunwald heart diseases-A text book of cardiovascular medicine, the edition, Vol: 1, W.B Saunders Co, Philadelphia 2001; 1010-39.
- [3]. Majlesi MR, Mohebi A. The Fourth Book of Heart, Tehran, Nashr Arjomand publications 1998. (Persian)

- [4]. Sarafino E. psychology of Health, translated into Farsi by Elaheh Mirzali et.al. Tehran, Roshd publications 2005. (Persian)
- [5]. Shepherd CW, While AE. "Cardiac rehabilitation and quality of life: A systematic review" International Journal of Nursing Studies 2012. (in press)
- [6]. Hadaegh F, Harati H, Ghanbarian A, Azizi F. Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults: Tehran lipid and glucose study. East Med Health J. 2009; 1(1)5, 157-66. (Persian)
- [7]. Schroder KE, Scharzer R. Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. Social Science & Medicine 2005; 60(4), 859-75.
- [8]. Black IM, Hawks JH. Medical Surgical Nursing, 7th edition, Saunders, 2005; p24
- [9]. Kasper DL, Fauci A, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JJ, et al. Harrison's principles of internal medicine" 16th ed, New York: Mac Grow- Hill 2005; 1425-34.
- [10]. Massoudnia A. Hostility, Anger, Risk of vascular coronary Atherosclerosis. Journal of shahid sodoghi Medical science University, 2008; (6)18, 551-40. (Persian)
- [11]. Denollet J. Personality and coronary heart disease: the Type-D Scale DS- 16. Annual Behavior Medicine 1998; 20(2), 209-15.
- [12]. Denollet J, Vaes J, Brautsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of Type-D personality and younger age on 5 year prognosis and quality of life. Circulation 2000; 102, 630-35.
- [13]. Emons W, Meijer R, Denollet J. Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease: Evaluating type-D personality and its assessment using item response theory". Journal of Psychosomatic Research 2007; 63, 27-39.
- [14]. Dannemann S, Mastechky K, Einsle F, Smucker MR, Zimmermann K, Joraschky P, Weidner K, Kollner v. Is type-D a stable construct? An examination of type-D personality in patients before and after cardiac surgery. Journal of Psychosomatic Research 2010; 69, 101-109.
- [15]. Williams G, Stark JK, Shannon S, Foster EE. The Relationships among self-compassion, Motivation, and procrastination. American Journal of Psychological Research 2008; 4(1), 37-4.
- [16]. Pederson SS, Denollet J, Ong A, Serruys W, Erdman R, Van-donburg R. Impaired health status in type-D patients following PCI in the drug-eluting stent era. International Journal Cardiology 2007; 114, 358-65.
- [17]. Azizi AO, Bayrami M, EtemadiFar N, Payda N. Comparison of Type D personality and critical Exhaustion among Acute Myocardial infarction and Heart Failure patients and Normal people, Zares Medical Science Journal 2014; V.21, No.126. (Persian)
- [18]. Akbari B, Afkhami P, Barghandan S. Type D personality perfectionism, and Happiness among cardiovascular patients and Normal people, Journal of Guilan medical science university, V.23, Special Issue for Heart 2014; 23-34. (Persian)
- [19]. Shaykhi S, Isazadegan A, BaniHashemiShishvan M, Mahmoudi H, AmaniSariBehGallo J. A Comparative study on Type D psychology, Life Orientation and Rate of Hopefulness among coronary Heart patients and Normal people, Journal of Nursing Faculty and Obstetrics Oromveh 2012; V.11, No.2. (Persian)
- [20]. Abasspour P, Esmaili A. A comparative study on the psychological Hardiness, Behavior models of Type A and type D personalities among cancer and Heart, patients and Normal people in Oromveh city, Third international conference on Research in science and Technology, Germany 2016. (Persian)
- [21]. Egan SJ, Piek JP, Dvck MJ, Rees CS. The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. J Behav Res Ther 2007; 45: 1813-22.
- [22]. Egan SJ, Wade TD, Shafaran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. J Clin Psychology Rev 2011; 31: 203-12.
- [23]. Hollender MH. Perfectionism: A neglected personality trait. J Clin Psychiatry 1978; 39: 38
- [24]. [24] Besharat, MA, Bakshi S, mohammadi Z. perfectionism and physical health: the mediating effect of positive and negative emotions 2011; 26. 123-36.
- [25]. Muezzin S, Zadflah P, strainer M. Comparison of the activity of brain systems/ behavioral aspects of perfectionism in coronary heart disease and healthy subjects. Journal of Behavioral Sciences 2009; 3,(2): 113-19. (Persian)
- [26]. Mojtabai M, Saleh M. A comparative study on the Dimensions of perfectionism, cerebro-Bahavioral system and Endurance among vascular coronary patients and Normal people, Journal of Mental Health principles 2016; V.(5)18, 279-86. (Persian)
- [27]. Ansarinzhad N. Analysis of Delinquency among Adolescents of Theran Reformatory, social wellbeing scientific Research Quarterly 2010; V.12, No. 45. (Persian)
- [28]. Rosenbaum JJ. Lasly, School, Community context and delinquency: Rethinking the gender gap. Justice Quarterly 1990; 7(3). 493-513.
- [29]. FaramarziNia E, Beshart MA. A study on the Relationship between Anxiety- Anger and chronic Blood pressure, Journal of Medical science of the Islamic Azad University 2010; V.20, No.2, 136-41. (Persian)
- [30]. Player MS, King DE, Mainous AG, Geesv ME. Psychological factor and progression from prehypertention to hypertension or coronary heart disease. Journal of Annals of Medicine 2007; 5, 403-11.
- [31]. Alipour Andeka Sh, Haydari A. A Comparative study on the perceived stress, the counteractive strategies, and the Normal people in Ahvaz, International conference on Humanities, psychology, and sociology, Tehran, center of IRIB international Gatherings 2015. (Persian)
- [32]. MahmoudAlilou M, Shahjoui T, Hashemi Z. A comparative study on intolerance of indecision, cognitive Avoidance, Negative Orientation to problems, and positive Beliefs concerning worries among patients suffering from Generalized Anxiety Disorder and Normal people. Quarterly of science, Research, and psychology, Tabriz University 2010; V.5, No.20. (Persian)
- [33]. SalehiHaydarabad M, Khosravian B, Agashteh M. Cerebro- Behavioral systems, psychological Hardiness, and Tolerance of Ambiguity among Drug Abusers and Normal people, Journal of Knowledge and Research in Applied psychology 2014; V.15, No.4. (Persian)
- [34]. Srivastava S. Tolerance of ambiguity and locus of control as moderators for work stress among private sector managers. Abhigyan 2007; 25(2): 48-53
- [35]. Brown C, Winne D. The adult sensory profile: measuring pattern of sensory processing. American Journal of Occupational Therapy 2002; 55(3): 75-82.
- [36]. Rozankiet AL, Rozanski J, Blumentli KW, Davidson PG. The epidemiology, pathophysiology, and management of Psychological risk factors in cardiac Practice, J Am Coll Cardiol 2005; 45: 637-51.
- [37]. Strik PC, Steptoe A. Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: a systematic review and critique. Psychosom 2005; 64, 179-86
- [38]. Hung C. Hardiness and stress: A critical review. Maternal-Child Nursing Journal 1995; 23, 82-89.
- [39]. Samani S, Jaker B, Sahragard N. Resilience, mental Health, and Life satisfaction, Journal of psychiatry and clinical psychology in Iran 2007; 3(53), 230-31. (Persian)
- [40]. Maddi SR, Harvey RH, Khoshaba DM, Lu JL, Persico M, Brow M. The personality construct of hardiness, III: relationship with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. Journal of Personality 2006; 74, 575-97.
- [41]. Sheard M, Golby J. Hardiness and undergraduate academic study: The moderating role of commitment. Journal of Personality and Individual Differences 2007; 43, 579-88.
- [42]. Pasandideh MM, Shakeri NowAstali A. A comparative study on psychological Hardiness and Affect Balance among coronary Heart patients and Healthy people, second international conference on Research in Behavior

- and social sciences, IRIB center of international Gatherings 2015. (Persian)
- [43]. Sistani Z, KhayvamNekoui Z, Sadeghi M. A comparative study on the spiritual intelligence and the psychological Hardiness among pateints suffering form cardiovascular coronary diseases and Healthy people, international conference on the modern Horizons in Educational science and psychology and social pathology 2016. (Persian)
- [44]. Hamid N. A study on the Relationship between the Hardiness personality Traits and the stress with Heart coronary Disenses, Journal of Medical science 2007; V.6, No.2. (Persian)
- [45]. Zahednezhad M. A comparative study on psychological Hardiness among Divorced woman and Normal women in Ramhormoz city, First international conference on psychology and Behavioral science, Theran 2015. (Persian)
- [46]. Sultani T, Khalili E, Sohrabi F. A comparative study on the psychological Hardiness and Type of Defense mechanisms among Hemodialysis patients and Healthy people, Quarterly of science, Research, and Applied psychology 2014; V.8, No.1. (Persian)
- [47]. AzadFalah P, Pour rezayeTajrishi M. A study on the changes of Blood pressure Based on Hardiness in Failure situations, Journal of psychology 2001; (5)19, 203-215. (Persian)
- [48]. Gharibi J, Gharibi H, Mohammadian K. A compative study on Happiness, meaning of Life, and psychological Hardiness among Fertile and Barren women in sanandei city, Journal of women and Family studies 2016; V.8, No.31, 106-16. (Persian)
- [49]. Narimani M, Zahed A, Abolghasemi A, Mahmoudi H. Hardiness among Adolescents with and without parents, Quarterly of science and Research in social welfare 2011; V.12, No.44. (Persian)
- [50]. Molazadeh Esfanjani R, Kafi M, Salehi I. A comparison of psychological Hardiness and the styles of Dealing studies in terms of Drug Abuse 2010; V.5, No. 17, spring. (Persian)
- [51]. Jong P, Denollet J, Vanmelle J, Ormet J. "Association of type-D personality and depression with somatic health in myocardial infarction patients". Journal of Psychosomatic Research 2007; 63(5), 477-89.
- [52]. Zoljanahy H, Vafa'I M. The relationship between type D personality and behavioral inhibition and behavioral activation systems. Journal of Psychology University of Tabriz 2006; 1(3). 113-33.(Persian)
- [53]. Abolghasemi A, Zahed F, Narimani M. A study on Relationship between the Feeling of continuity as well as the Type D personality and Health among the patients suffering from Heart coronary Diseases, Journal of science and Research in the principles of mental Health 2009; (3)43, 213-222. (Persian)
- [54]. Kiamarsi A, Najarian B, Mehrabizadeh Honarmand M. The scale structure and Validation for the psychological Hardiness Assessment, Journal of psychology 1998; No.3, 271-84. (Persian)
- [55]. Harrington N. The frustration discomfort scale: Development and psychometric properties. Clinical Psychology &Psycho therapy 2005; 12(5), 374-87.
- [56]. Naws WG. Frustration Tolerance, translated into Farsi by Mohammad Baba Raisi and Mansour Ali Mohammadi, Nazari publications 2014. (Persian)
- [57]. Najarian B, Attari Y, Zargar Y. The scale structure and validation for the Assessment of perfectionism, Journal of the Faculty of Educational science and psychology, shahid chamran Ahvaz University 1999; series 3, V.5, No. 3 and 4, pp.43-58. (Persian)
- [58]. Denollet J, Conraads VM, Brutsaert DI, Clerck LD, Stevens WJ, Vrints CL. "Cytokines and immune activation in svstolic heart failure: The role of type-D personality" Brain Behav Immun 2003; 17(4): 304-9.
- [59]. Saeed T, Niazi G, Almas S. Type-D personality: a predictor of quality of life and coronary heart disease. Estern Mediteranean Health J 2011; 17: 46-50.
- [60]. Kudielka BM, Van Kane R, Gander ML, Fischer JE. The interrelationship of psychological risk factors for coronary artery disease in a working population". Behavior medicin 2004; 30(1), 34-35.
- [61]. Abolghasemi A, Taghipour M, Narimani M. The Relationship between Type D personality, self- pity, social protection and Health Behaviors among Heart coronary patients, Journal of Health psychology 2011; No.1. (Persian)
- [62]. Kunnanatt JT. Type A behavior pattern and managerial performance: A study among bank executivision" India. International Journal of manpower 2003; 24(6), 720-34.
- [63]. Rostami R, Rahimian B, Besharat MA. Acomparative study on marital stress in coronary heart disease patients and healthy persons. Journal of psychological science 2008; 7(25): 4-23. (Persian)
- [64]. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social context: conceptualization, assessment, and association with psychology. J Pers Soc psycho. 1991; 60: 456-70
- [65]. Haramon- Jones E. Anger and the behavioral appeoach system. Personality & Individual Differences 2002; 32: 1247-53.
- [66]. Kobasa SC & Puccetti MC. Personality and social resources in stress resistance. Journal of Personality and Social Psychology 2002; 45: 839-50
- [67]. Mostaghni S, Sarvghad S. The Relationship between the personality traits, the psychological Hardiness and Job stress among Nurses of public Hospitals in Shiraz, Journal of science and Research in Applied psychology 2012; V.13, No.4. (Persian)
- [68]. Attari Y, Nisi A, Yousfes N, NabaviHesar J. A comparative study on the psychological Hardiness, Emotionalism, Type A Non-toxic and Toxic personality among men and women suffering form cancer and Normal people Referring to the counseling and psychotherapy centers in Ahvaz city. Journal of Educational science and psychology 2004; series 3, v.11, No 1 ,2, 101-20. (Persian)
- [69]. Alberktsen G. Happiness and related factorsin pregnant women, deperiment of psychiatar, faculty of mediene Nomura municipal Hospital 2003.
- [70]. Zakin G, Solomon Z, Neria Y. Hardiness attachment style and long term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans. Journal of Personality and Individual Differences 2003; 34, 819-29.
- [71]. Lambert VA, Lambert CE & Yamase H. Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. Nursing & Health Sciences 2003; 5(2), 181-84.

A Comparative Study on Type D Personality, Psychological Hardiness, Frustration Tolerance, and Perfectionism Among Patients with Coronary Heart Disease and Normal People in Khoramabad

Hassanali Vaiskarmi¹, Masud Sadeghi², Sirus Moradizadeh^{3*}

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran
3. PhD of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran

Abstract

Background Given the roles of psychological factors as well as the lifestyle in the etiology of heart diseases, the present study was conducted in a view of comparatively determining the type D personality, the psychological hardiness, the frustration tolerance, and the perfectionism among the coronary heart patients and the normal people in Khoramabd.

Materials & Methods The present study is a cross-sectional and analytical-descriptive research, and it compares and contrasts the type D personality, the psychological hardiness, the frustration tolerance, and the perfectionism in the coronary heart patients and the normal people. The statistical population of the present study consists of all the coronary heart patients who referred to the specialist coronary cardiovascular centers in the city of khoramabad during the summer (three months) of 2017, among whom 64 patients participated in the study on an accessibility basis. Moreover, 64 normal people, matching with the coronary heart patients in the group in terms of age and gender, were selected by means of the goal-oriented sampling method. In order to assess the variables, the following instruments were used: The Type D personality Questionnaire, The Ahvaz psychological Hardiness and perfectionism, and the Harrington Frustration Tolerance scale. The data were analyzed by means of the multivariate Analysis of variance.

Results Results showed that there is a significant difference (at the level of $p < 0.001$) between the coronary heart patient and the normal people in terms of the type D personality, the psychological hardiness, the frustration tolerance, and the perfectionism. The coronary heart patients were lower in terms of their frustration tolerance and their psychological hardiness, but they were higher in terms of their type D personality and their perfectionism as expressed by an average score.

Conclusion Given the results of the present study, one can say that the type D personality, the psychological hardiness, the frustration tolerance, and the perfectionism serve to function as significant and effective variables for the development, or else, for the prevention of coronary heart diseases.

Received: 2018/05/14

Accepted: 2018/07/22

Keywords: Type D personality, psychological Hardiness, Frustration Tolerance, perfectionism, coronary Heart Diseases.