

تیپ شخصیت نوع D، کمال‌گرایی و شادکامی در بیماران قلبی - عروقی و افراد عادی

*دکتر بهمن اکبری (PhD)^۱ - پیمان افخمی (MA)^۱ - سپیده برغندان (PhD Stu)^۱

^۱نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

پست الکترونیک: Bakbari44@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۸/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۱/۲۳

چکیده

مقدمه: گواه زیادی در مورد اهمیت عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی و تشدید بیماری‌های عروق کرونر وجود دارد.

هدف: سنجش تیپ شخصیت نوع D، کمال‌گرایی و شادکامی در بیماران قلبی - عروقی و افراد عادی.

مواد و روش‌ها: روش مطالعه علی مقایسه‌ای و جامعه آماری پژوهش دربردارنده همه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و مطب‌های تخصصی قلب و عروق و افراد عادی، همراهان بیماران مراجعه‌کننده به مطب‌های تخصصی قلب و عروق شهر اردبیل در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۳ بودند. نمونه پژوهش ۲۴۰ نفر (۱۲۰ بیمار قلبی-عروقی و ۱۲۰ فرد عادی) بودند که به روش در دسترس انتخاب و از نظر سن و میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی هم‌تاسازی شدند. داده‌های پژوهش با پرسشنامه تیپ شخصیتی D، کمال‌گرایی و فهرست شادکامی جمع‌آوری شد. داده‌ها با تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: میانگین نمره تیپ شخصیتی D، عواطف منفی، بازداری اجتماعی و کمال‌گرایی منفی در بیماران قلبی بالاتر و میانگین نمرات کمال‌گرایی مثبت و شادکامی در بیماران قلبی پایین بود ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: کمال‌گرایی و تیپ شخصیتی D از مؤلفه‌های تأثیرگذار در بروز بیماری قلبی بوده و چه بسا بیماری قلبی و دشواری‌های همراه آن موجب کاهش شادکامی در این افراد شود.

کلید واژه‌ها: بیماری‌های قلب/ تیپ شخصیتی دی/ خوشحالی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و سوم ویژه‌نامه قلب، صفحات: ۲۴-۳۴

مقدمه

(affect) که به تمایل تجربه عواطف منفی در طول زمان و موقعیت‌های مختلف اشاره می‌کند، ۲- بازداری اجتماعی (Social inhibition) که تمایل برای بازداری از بیان این هیجان‌ها در تعامل اجتماعی است (۲). پژوهشی که توسط بروک و همکاران (Broek et al) با بررسی ۵۵۴ بیمار قلبی-عروقی انجام شد، نشان می‌دهد که افراد دارای تیپ شخصیت نوع D به رفتارهای مربوط به تندرستی کمتر تمایل دارند و این امر منجر به افزایش سطح آشفتگی آنها می‌شود. به باور نظریه‌پردازان، در تیپ شخصیت نوع D اثر هم‌افزایی عاطفه منفی زیاد بر بازداری اجتماعی بالا دیده می‌شود که پیش‌بینی‌کننده‌ی فقر سلامت و بویژه فقر بهداشت در این بیماران است (۳).

این عواطف مشکلات جدی برای افراد و جامعه بوجود می‌آورد، ولی برخلاف گذشته که تمرکز بیشتر مطالعات و بررسی‌های علمی بر عواطف منفی بوده، امروزه بیشتر پژوهش‌های جدید بر عوامل محافظت و پیشگیری‌کننده و نیز

بیماری‌های قلب و عروق شایع‌ترین علت مرگ و از کار افتادگی در سراسر دنیا هستند. بیش از ۵۰ درصد عوامل موثر بر بیماری‌های قلبی را عوامل روانی تشکیل می‌دهد. پزشکان از زمان‌های کهن عوامل روانی را در بیماری‌های جسمی - روانی بررسی می‌کردند. از آن میان بقراط و جالینوس، هر دو به تیپ شناسی نظر داشته و مزاج انسان را به چهار تیپ بلغمی، صفراوی، دموی و سوداوی تقسیم کرده بودند. در سال‌های اخیر گواهان زیادی در مورد اهمیت عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی و تشدید بیماری‌های قلبی - عروقی ارائه شده‌است. متغیرهایی مانند: افسردگی، اضطراب، احساس پیوستگی و خستگی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مهم بیماری‌های قلبی - عروقی بویژه بیماری عروق کرونری معرفی شده‌اند (۱).

تیپ شخصیت نوع D نشانگر تعامل صفت‌های ویژه‌ای است که می‌تواند بر سلامت آثار زیان بار داشته باشد. تیپ شخصیت نوع D دو مولفه دارد: ۱- عاطفه منفی (Negative)

که کمال‌گرایی خود محور و دیگر محور به واسطه عواطف مثبت و منفی در دو جهت متضاد بر سلامت جسمانی تاثیر می‌گذارد. عواطف مثبت و منفی در رابطه بین کمال‌گرایی جامعه محور و سلامت جسمانی نقش واسطه‌ای معنی‌دار نداشت. در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و سلامت جسمانی اثر واسطه‌ای عواطف منفی بیش از اثر واسطه‌ای مثبت بود (۶).

احمدی طهور، جعفری، کرمی‌نیا و اخوان به بررسی ارتباط کمال‌گرایی مثبت و منفی و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی سالمندان پرداختند. یافته‌ها نشان داد کمال‌گرایی مثبت و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی همبستگی معنی‌دار دارند. نتیجه نهایی نشان داد که کمال‌گرایی مثبت با ایجاد یک نگرش خوش‌بینانه و افزایش عملکرد اجتماعی باعث کاهش اختلال روانی در سالمندی می‌شود و تیپ شخصیتی D بر خلاف کمال‌گرایی مثبت، سالمندان را مستعد بیماری‌های جسمانی و اختلال‌های روانی می‌کند (۷).

از این رو، در این پژوهش به مقایسه شخصیت نوع D، کمال‌گرایی و شادکامی در بیماران قلبی - عروقی و افراد عادی پرداخته شده است و به این پرسش پاسخ داده خواهد شد که آیا تفاوت معنی‌داری در مقایسه شخصیت نوع D، کمال‌گرایی و شادکامی بین بیماران قلبی - عروقی و افراد عادی وجود دارد یا خیر (۸).

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پس‌رویدادی یا علی‌مقایسه‌ای بود که به مقایسه تیپ شخصیت نوع D، کمال‌گرایی و شادکامی در بیماران قلبی - عروقی و افراد عادی می‌پردازد. وضعیت سلامت (بیماری کرونری قلبی یا سالم) به‌عنوان متغیر مستقل و تیپ شخصیت نوع D، کمال‌گرایی و شادکامی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است. جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و مطب‌های تخصصی قلب و عروق و افراد عادی شامل همراهان بیماران مراجعه‌کننده به مطب‌های تخصصی قلب و عروق سطح شهر اردبیل در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۳ بودند.

برای انتخاب نمونه از جامعه نامبرده، باتوجه به اینکه دست‌کم حجم نمونه برای هر گروه در تحقیقات مقایسه‌ای ۳۰ نفر

بهبود سلامت و بهداشت جسمی و روانی متمرکز شده است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که شادی و شادکامی با چشم‌پوشی از چگونگی بدست آمدن آن می‌تواند سلامت جسمی را بهبود بخشد. شادکامی بخش مهمی از کیفیت زندگی و بالاتر از ثروت یا فعالیت جنسی بشمار می‌رود. پژوهشگران شادکامی را بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی روانی یا بهزیستی ذهنی می‌دانند (۴). افراد شاد، احساس امنیت بیشتری می‌کنند، آسان‌تر تصمیم می‌گیرند و نسبت به کسانی که با آنها زندگی می‌کنند احساس رضایت‌مندی بیشتری دارند. البته، به‌طور روشن شادکامی در بیماران قلبی - عروقی بررسی نشده. یافته‌های پژوهش یزدی و همکاران درباره‌ی ارتباط استرس اقتصادی و شادکامی در بیماران سرطانی نشان داد که استرس اقتصادی با شادکامی ارتباط معکوسی دارد. می‌توان گفت هرچه شادکامی در افراد بیمار بیشتر بشود امید برای سالم زندگی کردن در آنها بالاتر خواهد رفت. بنابر یافته‌های موجود در مورد متغیرهای روان‌شناختی تیپ شخصیت نوع D می‌توان تاثیر کمال‌گرایی و شادکامی که بیشتر بر بیمارهای عروق کرونر و دیگر بیماری‌های جسمی متمرکز بوده، را به‌طور جامع در بیماران قلبی - عروقی نیز بیان کرد.

پژوهش‌هایی در مورد کمال‌گرایی بر بیماران جسمی انجام شده است اما تنها تعداد محدودی از آنها بر بیماری‌های قلبی - عروقی بوده است. موزن، آزاد فلاح، صافی به مقایسه فعالیت سیستم‌های مغزی - رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی در بیماران کرونری قلب و افراد سالم پرداختند. یافته‌های تحقیق نشان داد که مردان دچار بیماری کرونری قلب در مقایسه با افراد سالم، سیستم فعال‌ساز رفتاری غالب و فعال‌تری دارند و همچنین، در دو بعد کمال‌گرایی خویش‌مدار و کمال‌گرایی دیگر مدار به‌طور معنی‌دار بیش از افراد سالم ویژگی‌های کمال‌گرایی بودند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی می‌توانند مولفه‌های مناسبی در تحلیل‌های روان‌شناختی بروز بیماری کرونری قلب باشد (۵).

بشارت، عسگری، علی‌بخشی، موحدی‌نصب در تحقیقی با عنوان کمال‌گرایی و سلامت جسمانی، اثر واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی را بررسی کردند. نتایج پژوهش به این‌صورت بود

پرسش‌ها با مقیاسی پنج درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های کمال‌گرایی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ گزارش شده‌است.

ضریب همبستگی خرده مقیاس‌های کمال‌گرایی مثبت و منفی با مقیاس کمال‌گرایی هویت و فلت به ترتیب ۰/۴۶ و ۰/۵۳ است.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد توسط آرچیل و لو (Argyle & Lu) (۴) ساخته شد. این پرسشنامه در بردارنده ۲۸ سوال چهار گزینه‌ای است.

سوالات به ترتیب از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و جمع نمره‌های ۲۸ گانه، نمره کل مقیاس را تشکیل می‌دهد که دامنه‌ی آن از صفر تا ۸۴ است (۱۰).

آرچیل پس از رایزنی با آرونیک بر آن شد تا جمله‌های فهرست افسردگی بک را معکوس کند و به این ترتیب ۲۱ گزاره تهیه کرد. سپس ۱۱ گزاره دیگر به آن افزود تا سایر جنبه‌های شادکامی را نیز در برگیرد. سرانجام، فهرست ۳۲ گزاره‌ای تهیه کرد و با تغییر در برخی گزاره‌های آزمون و حذف سه گزاره، فرم نهایی به ۲۹ گزاره کاهش یافت. پس از چند سال، آرچیل در این فهرست بازنگری که و فرم تجدیدنظر شده ۲۸ گزاره دارد. کار ضریب آلفای ۰/۹۰ را در ۳۴۷ آزمودنی گزارش کردند. پایایی آن با روش بازآزمایی، ضریب همبستگی ۰/۸۱ را بدست داد (۱). در پژوهشی روایی آزمون با آلفای کرونباخ در داخل کشور محاسبه شد و ۰/۹۳ بدست آمد که همسانی درونی مقیاس بین خوب تا عالی است و پایایی آن با روش بازآزمایی، ضریب همبستگی ۰/۸۷ را بدست داد. برای تحلیل داده‌های این پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی مانند جدول‌های فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف داده‌ها، همچنین، برای بررسی فرضیه‌ها پس از هم‌تاسازی گروه‌ها به لحاظ سن، تحصیلات، و وضعیت اقتصادی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

فرضیه‌های تحقیق

۱- تیپ شخصیتی نوع D در بیماران قلبی - عروقی بیش از افراد عادی است.

پیشنهاد شده‌است و این‌که این تحقیق سه متغیر وابسته بود، و لزوم هم‌تاسازی دو گروه به لحاظ سن و تحصیلات و وضعیت مالی، برای هرگروه ۱۳۰ تا ۱۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند که پس از ریزش برخی از آزمودنی‌های مطالعه و با هدف هم‌تاسازی دو گروه، روی هم‌رفته ۲۴۰ نفر (۱۲۰ بیمار قلبی و ۱۲۰ افراد عادی) در مطالعه باقی ماندند.

ابتدا هماهنگی لازم با بیمارستان‌ها و مطب‌های خصوصی انجام شد که به ویزیت بیماران قلبی - عروقی می‌پرداختند. بیماری‌های قلبی - عروقی در بردارنده گستره وسیعی از بیماری‌هایی است که بر قلب اثر می‌گذارد. بیماری عروق کرونر قلب (رگ‌های قلبی)، حمله قلبی، نارسایی احتقانی قلب و بیماری‌های مادرزادی قلب همه از این نوع بیماری‌ها بشمار می‌روند. در این تحقیق منظور از بیماری قلبی - عروقی بیماری عروق کرونر است.

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه مقیاس تیپ شخصیتی D، مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی (Positive and Negative Perfectionism Scale) و فهرست شادکامی آکسفورد استفاده شد.

مقیاس تیپ شخصیتی D توسط دنولت در سال ۲۰۰۳، (۲) تدوین شده‌است و ۱۴ آیتم دارد که 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 خرده مقیاس‌های عاطفه منفی بازداری اجتماعی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶ بدست آمد. ضریب اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A ۰/۶۳ گزارش شده‌است. در مطالعه ذولجناحی و وفایی در سال ۱۳۸۵ در ایران همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۷ و همسانی درونی خرده مقیاس بازداری اجتماعی، ۰/۶۹ بدست آمده است (۹).

مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی (Positive and Negative Perfectionism Scale) توسط تری - شورت و همکاران ساخته شده‌است. این مقیاس دو خرده مقیاس مثبت و منفی دارد که با ۴۰ سؤال سنجیده می‌شود و هر آزمودنی به

طبق نتایج جدول (۴-۲) ۲/۵ درصد آزمودنی‌های بیمار قلبی زیر ۳۰ ساله، ۹/۱۶ درصد ۳۱-۳۵ ساله، ۱۹/۱۶ درصد ۳۶-۴۰ ساله، ۳۱/۶۶ درصد ۴۱-۴۵ ساله و ۳۷/۵ درصد ۴۶ و بالاتر سن داشتند. همچنین ۳۳/۳۳ درصد آزمودنی‌های گروه عادی زیر ۳۰ سال، ۸/۳۳ درصد ۳۱-۳۵ سال، ۲۰ درصد ۳۶-۴۰ ساله، ۳۰ درصد ۴۱-۴۵ ساله و ۳۸/۳۳ درصد سن بالاتر از ۴۶ داشتند.

جدول ۳. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب تحصیلات

تحصیلات	بیمار قلبی- عروقی فراوانی (درصد)	افراد عادی فراوانی (درصد)
دیپلم و پایین‌تر	۶۳ (۵۲/۵)	۶۰ (۵۰)
فوق دیپلم	۲۴ (۲۰)	۲۱ (۱۷/۵)
لیسانس	۲۱ (۱۷/۵)	۲۲ (۳۳/۱۸)
فوق لیسانس و بالاتر	۱۲ (۱۰)	۱۷ (۱۴/۱۶)
کل	۱۲۰ (۱۰۰)	۱۲۰ (۱۰۰)

طبق نتایج جدول ۱، ۵۵/۸۳ درصد آزمودنی‌های بیمار قلبی مرد و ۴۴/۱۶ درصد زن بودند. همچنین، ۷۰ درصد آزمودنی‌های گروه عادی مذکر و ۳۰ درصد مونث بودند. طبق نتایج جدول ۳، ۵۲/۵ درصد آزمودنی‌های گروه بیمار قلبی تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۲۰ درصد، فوق دیپلم، ۱۷/۵ درصدی لیسانس و ۱۰ درصد تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر داشتند همچنین، ۵۰ درصد آزمودنی‌های گروه عادی تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۱۷/۵ درصد تحصیلات فوق‌دیپلم، ۱۸/۳۳ درصد تحصیلات لیسانس و ۱۴/۱۶ درصد تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر داشتند.

جدول ۴. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب وضعیت اقتصادی

وضعیت اقتصادی	بیمار قلبی- عروقی فراوانی (درصد)	افراد عادی فراوانی (درصد)
بسیار ضعیف	۳۲ (۲۶/۶۶)	۲۹ (۲۴/۱۶)
ضعیف	۲۷ (۲۲/۵)	۲۸ (۲۳/۳۳)
متوسط	۳۸ (۳۱/۶۶)	۴۰ (۳۳/۳۳)
خوب	۲۳ (۱۹/۱۶)	۲۳ (۱۹/۱۶)
کل	۱۲۰ (۱۰۰)	۱۲۰ (۱۰۰)

طبق نتایج جدول ۴، ۲۶/۶۶ درصد آزمودنی‌های گروه بیمار وضعیت اقتصادی بسیار ضعیف، ۲۲/۵ درصد ضعیف، ۳۱/۶۶

۱-۱- عواطف منفی در بیماران قلبی- عروقی بیش از افراد عادی است.
 ۲-۱- بازدارنده اجتماعی در بیماران قلبی- عروقی بیش از افراد عادی است.
 ۲- کمال‌گرایی در بیماران قلبی- عروقی بیش از افراد عادی است.
 ۱-۲- کمال‌گرایی مثبت در بیماران قلبی- عروقی کمتر از افراد عادی است.
 ۲-۲- کمال‌گرایی منفی در بیماران قلبی- عروقی بیش از افراد عادی است.
 ۳- شادکامی در بیماران قلبی- عروقی کمتر از افراد عادی است.

نتایج

در این تحقیق با استفاده از روش‌های آماری مناسب اطلاعات جمع‌آوری شده حاصل از آزمون‌ها تجزیه و تحلیل شدند. نتایج در سه بخش یافته‌های جمعیت‌شناختی، توصیفی و فرضیه‌ها مطرح شده‌اند. اطلاعات جمعیت‌شناختی در جدول ۱ و داده‌های میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۲ و ۳ و نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری در جدول ۴ نشان داده شده‌است.

جدول ۱. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب جنسیت

جنسیت	بیمار قلبی- عروقی فراوانی (درصد)	افراد عادی فراوانی (درصد)
مذکر	۶۷ (۵۵/۸۳)	۸۴ (۷۰)
مونث	۵۳ (۴۴/۱۷)	۳۶ (۳۰)
کل	۱۲۰ (۱۰۰)	۱۲۰ (۱۰۰)

جدول ۲. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب سن

سن	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
زیر ۳۰	۳ (۲/۵)	۴ (۳/۳۳)
۳۱-۳۵	۱۱ (۹/۱۶)	۱۰ (۸/۳۳)
۳۶-۴۰	۲۳ (۱۹/۱۶)	۲۴ (۲۰)
۴۱-۴۵	۳۸ (۳۱/۶۶)	۳۶ (۳۰)
۴۶ و بالاتر	۴۵ (۳۷/۵)	۴۶ (۳۸/۳۳)
کل	۱۲۰ (۱۰۰)	۱۲۰ (۱۰۰)

گروه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری باید مفروضه‌های آن برقرار باشد. برای این منظور از آزمون باکس و آزمون لوین استفاده شد.

درصد متوسط، ۱۹/۱۶ خوب بوند. ۲۴/۱۶ درصد آزمودنی‌های گروه افراد عادی وضعیت اقتصادی بسیار ضعیف، ۲۳/۳۳ درصد ضعیف، ۳۳/۳۳ درصد متوسط و ۱۹/۱۶ درصد وضعیت اقتصادی خوبی داشتند. برای بررسی فرضیه‌های این پژوهش پس از هم‌تاسازی دو

جدول ۵. نتایج آزمون باکس برای نمرات تیپ شخصیتی D، کمال‌گرایی و شادکامی

مقدار باکس	F	درجات آزادی ۱	درجات آزادی ۲	سطح معنی داری
۱۷/۸۲	۱/۸۶	۶	۴/۱۰	۰/۰۷

نتایج جدول ۵ مربوط به رعایت پیش فرض‌های تحلیل واریانس است که با توجه به معنی‌دار نبودن آزمون باکس شرط همگنی برای ماتریس‌های واریانس به درستی رعایت شده‌است.

جدول ۶. نتایج آزمون‌های لوین جهت بررسی همگنی واریانس نمرات تیپ شخصیتی D، کمال‌گرایی و شادکامی

گروه‌ها	F	درجات آزادی ۱	درجات آزادی ۲	سطح معنی داری
تیپ شخصیتی D	۰/۶۴	۱	۲۳۸	۰/۴۲
کمال‌گرایی	۱/۲۷	۱	۲۳۸	۰/۱۲
شادکامی	۳/۲۹	۱	۲۳۸	۰/۰۸

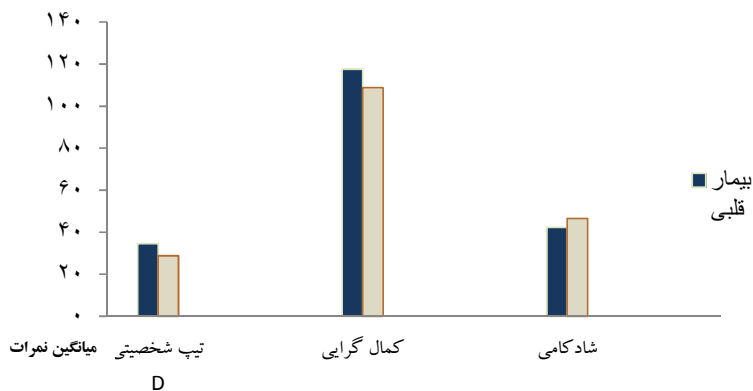
نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که آزمون لوین معنی‌دار نیست. براساس این نتایج پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در این متغیرها تایید شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها

جدول ۷. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تیپ شخصیتی D، کمال‌گرایی و شادکامی

گروه	بیمار قلبی - عروقی		افراد عادی	
شاخص آماری	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تیپ شخصیتی D	۳۴/۴۵	۵/۰۳	۲۸/۷۴	۴/۶۱
کمال‌گرایی	۱۱۷/۴۹	۱۱/۲۷	۱۰۸/۸۵	۸/۶۸
شادکامی	۴۲/۱۹	۵/۰۰۲	۴۶/۵۱	۵/۵۴

همان‌طور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود میانگین و (انحراف استاندارد) نمره عواطف منفی در بیماران قلبی و افراد عادی به ترتیب ۱۶/۷۲ (۳/۱۲) و ۱۴/۴۴ (۲/۶۲) و میانگین و (انحراف استاندارد) نمرات بازداری اجتماعی در بیماران قلبی و افراد عادی به ترتیب ۱۷/۹۹ (۳/۲۰) و ۱۵/۶۲ (۲/۷۸) بدست آمد. میانگین و (انحراف استاندارد) نمرات کمال‌گرایی

همان‌طور که در جدول ۷ دیده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد نمره تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی و افراد عادی به ترتیب ۳۴/۴۵ (۵/۰۳) و ۲۸/۷۴ (۴/۶۱) بدست آمد. میانگین و (انحراف استاندارد) نمرات کمال‌گرایی در بیماران قلبی و افراد عادی به ترتیب ۱۱۷/۴۹ (۱۱/۲۷) و ۱۰۸/۸۵ (۸/۶۸) بود. میانگین و (انحراف استاندارد) نمره شادکامی در بیماران قلبی و افراد عادی به ترتیب ۴۲/۱۹ (۵/۰۰۲) و ۴۶/۵۱ (۵/۵۴) بدست آمد.



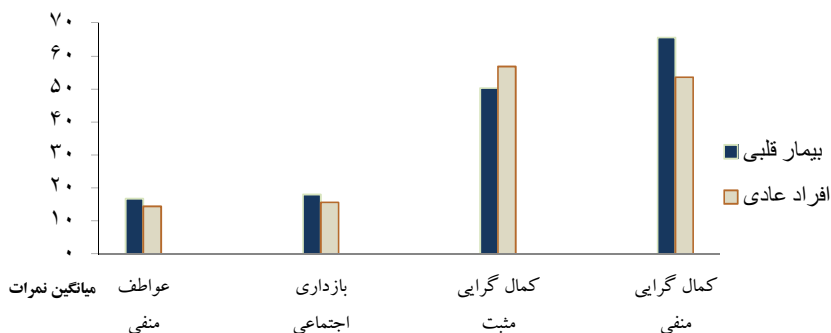
نمودار ۱. میانگین نمرات تیپ شخصیتی D، کمال‌گرایی و شادکامی در دو گروه مورد مطالعه

جدول ۸. میانگین و انحراف استاندارد نمرات عواطف منفی، بازداری اجتماعی، کمال‌گرایی مثبت و منفی

گروه	بیمار قلبی - عروقی		افراد عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شاخص آماری	۱۶/۷۲	۳/۱۲	۱۴/۴۴	۲/۶۲
عواطف منفی	۱۷/۹۹	۳/۲۰	۱۵/۶۲	۲/۷۸
بازداری اجتماعی	۵۰/۲۸	۸/۰۲	۵۶/۹۰	۷/۷۰
کمال‌گرایی مثبت	۶۵/۵۹	۸/۴۷	۵۳/۶۱	۷/۵۵
کمال‌گرایی منفی				

کمال‌گرایی منفی در بیماران قلبی و افراد عادی به ترتیب ۶۵/۵۹ و (۸/۴۷) و (۵۳/۶۱) بدست آمد.

مثبت در بیماران قلبی و افراد عادی به ترتیب ۵۰/۲۸ و (۸/۰۲) و (۵۶/۹۰) بود و میانگین و (انحراف استاندارد) نمرات



نمودار ۲. میانگین نمرات عواطف منفی، بازداری اجتماعی، کمال‌گرایی مثبت و منفی در دو گروه مورد مطالعه

اتا نشان می‌دهد به ترتیب ۱۳،۱۳،۱۵ و ۳۳ درصد واریانس عواطف منفی، بازداری اجتماعی، کمال‌گرایی مثبت و کمال‌گرایی منفی ناشی از اختلاف دو گروه است. با توجه به پایین بودن سطح معنی‌داری از ۰/۰۵، می‌توان گفت زیر فرضیه‌ها تایید می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۹ دیده می‌شود نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات عواطف منفی (F=۳۷/۴۴)، بازداری اجتماعی (F=۳۷/۳۸)، کمال‌گرایی مثبت (F=۴۲/۴۱) و کمال‌گرایی منفی (F=۱۱۶/۹۹) به طور معنی‌دار در دو گروه متفاوت است (P<۰/۰۰۱) و نتایج ضریب

جدول ۹. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین نمرات عواطف منفی، بازداری اجتماعی، کمال‌گرایی مثبت و منفی

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	ضریب اتا
عواطف منفی	۵۸۳۰۰/۰۰۱	۱	۵۸۳۰۰/۰۰۱	۶/۹۸	۰/۰۰۰	۰/۹۶
بازداری اجتماعی	۶۷۷۸۷/۶۷	۱	۶۷۷۸۷/۶۷	۷/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۹۶
کمال‌گرایی مثبت	۶۸۹۴۲/۶۰	۱	۶۸۹۴۲/۶۰	۱/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۹۸
کمال‌گرایی منفی	۸۵۲۵۸/۵۸	۱	۸۵۲۵۸/۵۸	۱/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۹۸
عواطف منفی	۳۱۲/۴۰	۱	۳۱۲/۴۰	۳۷/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۱۳
بازداری اجتماعی	۳۳۶/۹۵	۱	۳۳۶/۹۵	۳۷/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۱۳
کمال‌گرایی مثبت	۲۶۲۷/۹۳	۱	۲۶۲۷/۹۳	۴۲/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۱۵
کمال‌گرایی منفی	۸۶۱۲/۹۲	۱	۸۶۱۲/۹۲	۱۱۶/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۳۳
عواطف منفی	۱۹۸۵/۳۹	۲۳۸	۸/۳۴			
بازداری اجتماعی	۲۱۴۴/۹۷	۲۳۸	۹/۰۱			
کمال‌گرایی مثبت	۱۴۷۴۶/۸۵	۲۳۸	۶۱/۹۶			
کمال‌گرایی منفی	۱۷۵۲۱/۳۷	۲۳۸	۷۳/۶۱			

جدول ۱۰. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین نمرات تیپ شخصیتی D، کمال‌گرایی و شادکامی

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	ضریب اتا
تیپ شخصیتی D	۲۳۹۶۵۶/۲۹	۱	۲۳۹۶۵۶/۲۹	۱/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۹۷
کمال‌گرایی	۳۰۷۳۴۷۴/۹۵	۱	۳۰۷۳۴۷۴/۹۵	۱/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۹۸
شادکامی	۴۸۲۷۶۰/۸۰	۱	۴۸۲۷۶۰/۸۰	۲/۰۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸
تیپ شخصیتی D	۱۹۵۳/۸۱	۱	۱۹۵۳/۸۱	۸۳/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۲۶
کمال‌گرایی	۴۴۷۷/۴۸	۱	۴۴۷۷/۴۸	۲۹/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۱۰
شادکامی	۶۶۲/۳۰	۱	۶۶۲/۳۰	۲۸/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۱۰
تیپ شخصیتی D	۵۵۵۲/۴۳	۲۳۸	۲۳/۳۳			
کمال‌گرایی	۳۶۶۰۳/۵۰	۲۳۸	۱۵۳/۷۹			
شادکامی	۵۵۵۴/۳۵	۲۳۸	۲۳/۳۳			

و بازداری اجتماعی در بیماران قلبی- عروقی بیش از افراد عادی است.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره فرضیه اول را تایید می‌کند ($P < ۰/۰۵$) به عبارت دیگر نتایج نشان داد میانگین نمره تیپ شخصیتی بیماران قلبی بیش از افراد عادی است و بیماران قلبی- عروقی، عواطف منفی و بازداری اجتماعی بالاتری دارند.

نتایج بدست آمده نشان داد افراد تیپ شخصیتی D مستعد بیماری قلبی- عروقی هستند (۲) و تیپ شخصیتی D با شیوع بیماری قلبی- عروقی، فعال‌سازی سیستم ایمنی در نارسایی سیستمولی (۲)، حوادث قلبی و اختلال در کیفیت زندگی، پیش‌بینی بیماری ایسکمی و بروز سکتة قلبی (۱۲)، کیفیت زندگی پایین در بیماران قلبی (۱۳) و تندرستی بیماران عروقی کرونری رابطه دارد. این یافته‌ها، همسو با نتایج پژوهش

همان‌طور که در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات تیپ شخصیتی D ($F=۸۳/۷۴$)، کمال‌گرایی ($F=۲۹/۱۱$) و شادکامی ($F=۲۸/۳۷$) به‌طور معنی‌دار در دو گروه متفاوت است ($P < ۰/۰۰۱$) و نتایج ضریب اتا نشان می‌دهد به‌ترتیب ۲۶، ۱۰ و ۱۰ درصد واریانس تیپ شخصیتی D، کمال‌گرایی و شادکامی ناشی از اختلاف دو گروه است. با توجه به پایین بودن سطح معنی‌داری از ۰/۰۵، می‌توان گفت فرضیه‌های ۱، ۲ و ۳ تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول پژوهش عبارت بود از: تیپ شخصیت نوع D در بیماران قلبی- عروقی بیش از افراد عادی است زیر فرضیه‌های مربوط به این فرضیه عبارت بود از: عواطف منفی

به باور هام‌چک، کمال‌گرایان به‌نحی از تلاش دشوار و طاقت‌فرسای خود لذت می‌برند و به گونه‌ای انعطاف‌پذیر برای موفقیت و پیشرفت مبارزه کرده، محدودیت‌های شخصی و موقعیتی را می‌پذیرند و هدف‌های چالش‌انگیز و در همان‌سان منطقی برای خود وضع می‌کنند.

هدف‌هایی که امکان مشارکت در فعالیت‌ها را پیشی گرفتن، کسب رضایت و لذت از موفقیت‌هایشان را فراهم می‌سازد. 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 غیرواقع بینانه بودن آنها دست نمی‌یابند به تنیدگی، افسردگی و اضطراب مبتلا می‌شوند و سطح حرمت خود در آنها کاهش می‌یابد. کمال‌گرایان نوروتیک نمی‌توانند از تلاش‌های طاقت‌فرسای خود حتی در صورت موفقیت احساس رضایت کنند زیرا اغلب موفقیت‌هایشان را بی‌ارزش می‌دانند و این موضوع موجب بروز انواع بیماری‌های جسمی و روانی در آنها می‌شود (۱۸).

فرضیه سوم پژوهش عبارت بود از: شادکامی در بیماران قلبی - عروقی کمتر از افراد عادی است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره فرضیه سوم را تایید می‌کند ($P < 0/05$) به عبارت دیگر شادکامی افراد عادی بیش از بیماران قلبی - عروقی بود. نتایج پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد شادکامی با استرس و استرس اقتصادی فعلی رابطه معکوس دارد (۵). همچنین، شادکامی با سلامت روانی و جسمی ارتباط مثبت رابطه معنی‌داری دارد. افراد شادکام افرادی هستند که در پردازش اطلاعات در جهت خوشبینی و خوشحالی سوگیری دارند یعنی اطلاعات را به گونه‌ای پردازش و تفسیر می‌کنند که به خوشحالی آنها منجر می‌شود (۱۹). بنابراین، از آن جهت که شادکامی یک ویژگی شخصیتی است، با تاثیر که بر ساختار عصب رسانه‌های فرد می‌گذارد موجب ارتقای سلامت جسمی و روانی وی می‌شود.

به‌طور چکیده، در این پژوهش به مقایسه تیپ شخصیتی نوع D، کمال‌گرایی و شادکامی در بیماران قلبی - عروقی و افراد عادی پرداخته شد. نتایج نشان داد بیماران قلبی عروقی تیپ شخصیتی D، بازداری اجتماعی، عواطف منفی، کمال‌گرایی

ماست. و حاکی از آن است که تنش‌های ناشی از تیپ شخصیتی D از راه تغییر رفتاری و فیزیولوژی بر سلامت اثر می‌گذارد. افراد دارای تنش بالا تمایل افراطی به رفتارهایی دارند که امکان بیمار شدن و آسیب دیدن آنها را افزایش می‌دهد (۱۴).

همچنین، شرایط تنش‌زا موجب ترشح آدرنالین و نورآدرنالین شده و ضربان قلب را افزایش می‌دهد که سبب ناراحتی قلبی - عروقی می‌شود (کونانات، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر، در نتیجه‌ی تغییر مانند افزایش ضربان قلب و بالا رفتن فشارخون، نیاز قلب به اکسیژن افزایش می‌یابد و این خود می‌تواند در افرادی که بیماری قلبی دارند، سبب حمله‌ی قلبی شود. به علاوه، تیپ شخصیتی D و مولفه‌های آن در دراز مدت می‌تواند به دیواره‌ی شریان کرونری آسیب رسانده و بیماری عروق کرونری را تسریع و تشدید کند.

پاسخ تنش با رهاسازی کات کولامین‌ها و کورتیکواستروئیدها می‌تواند تراکم پلاکت‌های خونی و انقباض رگ‌های خونی شریان کرونری و در نتیجه خطر لخته شدن خون درون شریان را افزایش دهد (۱۵).

تبیین دیگر این است که متغیرهای روانشناختی و شخصیتی نیز ممکن است بیماری عروق کرونری را از مسیرهای رفتاری مانند اختلال در کارکرد رفتار یا شکست رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت متأثر کند.

فرضیه دوم پژوهش عبارت بود از: کمال‌گرایی در بیماران قلبی - عروقی بیش از افراد عادی است.

زیرفرضیه‌های مربوط به این فرضیه عبارت بود از: کمال‌گرایی مثبت و در بیماران قلبی - عروقی کمتر از افراد عادی است و کمال‌گرایی منفی در بیماران قلبی - عروقی بیش از افراد عادی است. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره فرضیه دوم را تایید می‌کند ($P < 0/05$) به عبارت دیگر در بیماران قلبی - عروقی کمال‌گرایی منفی بالاتر از افراد عادی و در افراد عادی کمال‌گرایی مثبت بالاتر بود.

نتایج نشان داد ویژگی‌های کمال‌گرایی در بیماران قلبی بیش از افراد عادی بوده (۱۶)، همچنین، کمال‌گرایی با سلامت جسمی (۱۷) و سلامت عمومی رابطه معنی‌دار دارد که با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

چون این پژوهش در شهر اردبیل صورت گرفته چه بسا احتمال دارد نتایج بدست آمده ناشی از شرایط فرهنگی جامعه باشد بنابراین پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی در شهرهای دیگر هم انجام شود. از این رو به پژوهشگران علاقمند در این زمینه پیشنهاد می‌شود که چنین پژوهشی برای بیماری‌های متفاوت و با متغیرهای دیگر روانشناختی نیز صورت گیرد.

از طرفی با توجه به بالا بودن کمال‌گرایی منفی و پایین بودن کمال‌گرایی مثبت در بیماران قلبی عروقی پیشنهاد می‌شود از درمان‌های روانشناختی مناسب برای ارتقای کمال‌گرایی مثبت این افراد استفاده شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود از مداخله روانشناختی مثل آموزش جرات‌ورزی، مهارت‌های اجتماعی، تنظیم هیجانی، ارتباط بین‌فردی و ... برای تعدیل این متغیرها استفاده شود. با توجه به پایین بودن شادکامی در بیماران قلبی - عروقی نیز پیشنهاد می‌شود مداخله روان‌شناختی مبتنی بر ارتقای شادی برای این بیماران در نظر گرفته شود.

برگزاری کارگاه‌های علمی در جهت آگاه‌سازی بیماران قلبی - عروقی از وضعیت روانشناختی به ویژه بالا بودن عواطف منفی، بازداری اجتماعی و کمال‌گرایی منفی در این افراد و پیشنهاد راهبردهای مناسب برای رویارویی با آن توسط استادان کارآزموده نیز می‌تواند موثر باشد.

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منفی بالاتری نسبت به افراد عادی‌ند و افراد عادی شادکامی و کمال‌گرایی مثبت بالاتری نسبت به افراد بیمار قلبی عروقی داشتند.

همچنین، می‌توان بیان کرد که امروزه تیپ شخصیتی D به عنوان یک عامل خطر مستقل در بروز آشفتگی‌های روانشناختی (۲۰) بیماری‌های قلبی (۲۱) و پیش‌آگهی بد در بیماران قلبی (۲۲) در نظر گرفته می‌شود. این یافته با یافته‌های پژوهش دنولت و همکاران، دنولت و شیفر و همکاران نیز هماهنگی دارد. در این پژوهش‌ها تیپ شخصیتی D عامل خطر مزمن و یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم تندرستی بیماران عروق کرونری گزارش شده‌است (۲۳-۲۵)

تیین دیگر این است که متغیرهای روان‌شناختی و شخصیتی نیز ممکن است بیماری عروق کرونری را از مسیرهای رفتاری مانند اختلال در کارکرد رفتار یا شکست این رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت متأثر کند.

بنابراین، پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مولفه‌های روان‌شناختی به‌ویژه تیپ شخصیتی D در جهت افزایش خطر بیماری عروق کرونری عمل می‌کند. بنابراین، با توجه به نقش اساسی رفتار و شخصیت در پیدایش بیماری عروق کرونری می‌توان با تغییر سبک زندگی این بیماران، کیفیت زندگی و رفتارهای مربوط به تندرستی و سرانجام طول عمر آنها را افزایش داد.

منابع

1. Abolqasemi A, Narimani, MA. Relationship between type D personality and health and sense of coherence in people with coronary artery disease. *Journal of Mental Health* 2009; 11(3). [Text in Persian]
2. Dennollet, Y., Conraads, V.M., Brutsaert, D.I., Clerck, L.D., Stevens, W.Y. & Vrints. C.L. Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of type-D personality. *Jurnal of Brain Behave Immun* 2003; 17(4): 9-304.
3. Broek P, Martens K, Nyklicek E, Voort I. Increased emotional distress in type-D cardiac patients without a partner. *Jurnal of Psychosom Res* 2007; 63(1): 9-41.
4. Muezzin S, Azadfallah P, Safy. brain activity and behavioral dimensions of perfectionism in CHD patients and controls. *Journal of Behavioral* 2010; 2(3): 119 - 113.
4. Argyle M. *The psychology of Happiness*. London. Ruteledge 2003; 0 (4): 241-248.
5. Besharat MA, Bakhshi S, mohammadi Z. Perfectionism and physical health: the mediating effect of positive and negative emotions 2011; 26. 123-136. [Text in Persian]
6. Ahmadi tahoor M, jafary I, Karami nia R, Akhavan H. Relationship between positive and negative perfectionism and type D personality and general health. *Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services*, 2011; 17 (357): 64-69. [Text in Persian]
7. Hoseini Yazdi S, Ahi G, Ahi M. Economic Stress, Happiness and Quality of Life Among Cancer Patients aged 20-35 2013; 12 (1) :44-55. [Text in Persian]
8. 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). 113-133. [Text in Persian]
9. Alipoor A. *Study of health psychology*. Published Payam Noor. [Text in Persian]

11. Ahadi H, Mazaheri M M, Nafisi G. Construction and Validation of a measure to assess type D personality and its relationship with coronary heart disease. *Psychology, Islamic Azad University Science .unit Khorasegan in Isfahan* 2011; 32, 37-60. [Text in Persian]
12. Pedersen S, Denollet S. Type D Personality Here to Stay? Emerging Evidence Across Cardiovascular Disease Patient Groups. *Current Cardiology Reviews* , 2006; 2(3): 205-213.
13. Pelle, A.Y, Schiffer A.A , Smith O.R , Widdershoven J.W, Denollet Y. consultation behavior modulates the relationship between Type D personality and impaired health status in chronic heart failure. *Journal of Cardiol* 2010; 142(1): 65-71.
14. Sarafino EP. *Health psychology*, 4th ed. Philadelphia 2002; 428.
15. Muller JE, Tofler GH, Stone PH .Circadian variation and triggers of onset of acute cardiovascular disease. *Journal of Circulation* 1989; 79(5): 733-43.
16. 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 - 119.
17. Basharat A , Hussein A. Oriented perfectionism and competitive anxiety in athletes .*psychology developmental (psychologists Iran)* 2012; 9(33): 15-25. [text in Persian]
18. Rostami R, Rahimian B, Besharat MA. A comparative study on marital stress in coronary heart disease patients and healthy persons. *Journal of psychological science* 2008 ; 7(25): 4-23. [Text in Persian]
19. Schwartz N, Strack F .Evaluating one's Life: Ajudgement Model of Subjective Well- Being , Subjective Well – Being: an Interdisciplinary Approach 1991; 27- 47.
20. Matthias M. Type-D personality and depersonalization are associated with suicidal ideation in the German general population aged 35–74: Results from the Gutenberg Heart Study. *J Affect Dis* 2010; 02:108.
21. Martine EH, Wolfgang LJ, Jeremy C, Anderson J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res* 2003; 55: 235-245.
22. Elisabeth JM. Type-D personality is a stable taxonomy in post-MI patients over an 18-month period. *J Psychosom Res* 2007; 63: 545-550
23. Denollet J, Pederson SS, Vrints CJ, Conraads VM. Usefulness of type-D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *Am J Cardiol* 2006; 97: 970-3.
24. Denollet J. Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type-D personality. *Psychosom Med* 2005; 67(1): 89-97.
25. Schiffer AA, Pedersen SS, Widdershove JW, Hendrik EH, Winter J, Denollet J. The distressed personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure. *Eur J Cardiovascular* 2005; 12(2): 341-6.
26. Kudielka BM, Van Kanel R, Gander ML, Fischer JE. The interrelationship of psychosocial risk factors for coronary artery disease in a working population. *Behav Med* 2004; 30(1): 35-40

Type -D Personality, Perfectionism and Happiness in Patients with Cardiovascular Disease with Normal Subjects

*Akbari B(PhD)¹- Afkhami P(MA)¹- Barghandan S(PhD Stu)¹

*Corresponding Address: Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht, Iran

Email: BAKbari44@yahoo.com

Received: 17/Nov/2014 Accepted: 12/Apr/2014

Abstract

Introduction: There is evidence of the importance of psychological factors in the etiology of coronary artery disease

Objective: To compare the character of Type-D, perfectionism and happiness in cardiovascular disease and normal subjects.

Materials and Methods: Preparation of the study included all patients admitted to hospitals and specialized cardiovascular system and normal subjects accompany patients to specialize cardiac and vascular surgery in 2014 in the city of Ardabil. Sample of 240 subjects (120 patients and 120 normal cardiovascular) that were selected method and for age and education level and socioeconomic status were matched. Data from personality questionnaire D, perfectionism and Happiness Index was collected. Information obtained by using multivariate analysis of variance (MANOVA) was analyzed.

Results: The results showed that the mean scores of personality Type-D, negative affectivity, social inhibition and negative perfectionism was higher in patients who received heart Happiness and positive perfectionism scores were lower in patients with heart ($P > 0/05$)

Conclusion: Accordingly, it can be concluded perfectionism factors affecting the incidence of heart disease are and heart disease increases correspondingly reduce the symptoms of type D personality and joy of heart disease.

Conflict of interest: non declared

Key words: Happiness/ Heart Diseases/ Type-D personality

Journal of Guilan University of Medical Sciences, Supplement 2, 2015, Pages: 24-34

Please cite this article as: Akbari B, Afkhami P, Barghandan S. Type-D Personality, Perfectionism and Happiness in Patients with Cardiovascular Disease with Normal Subjects. J of Guilan University of Med Sci 2015; 24 (Supplement 2):24-34.[Text in Persian]