

دانش و پژوهش در روان‌شناسی

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

شماره سی و دوم - تابستان ۱۳۸۶

صص ۶۰ - ۳۷

ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش تیپ شخصیتی D و رابطه آن با بیماری کرونری قلب

علیرضا احمدپور مبارکه^۱ - حسن احدی^۲

محمد مهدی مظاهری^۳ - غلامرضا نفیسی^۴

چکیده

هدف این پژوهش، ساخت مقیاسی برای سنجش تیپ شخصیتی D و رابطه آن با بیماری کرونری قلب است. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان و کارمندان دانشگاههای آزاد اسلامی و کارمندان شاغل در صنایع استان اصفهان و بیماران کرونری قلب مراجعه کننده به مطب‌های تخصصی قلب بودند. نمونه پژوهش ۸۷۰ فرد بهنجار و ۱۷۴ بیمار قلبی بودند که به شیوه تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای بررسی روایی سازه پرسشنامه مقدماتی از روش آماری تحلیل عوامل و

* - این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی واحد علوم و تحقیقات تهران شعبه اهواز است.

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور مبارکه ir47 Alireza@Yahoo.com

۲- استاد دانشگاه علامه طباطبایی تهران

۳- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی

۴- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب

برای آزمون فرضیه پژوهش از آزمون یو - من - ویتنی استفاده شد. همچنین برای بررسی روایی، همزمان فرم مقدماتی مقیاس D، از پرسشنامه‌های تیپ شخصیتی D دنولت، سلامت روانی کلی (GHQ)، و زیرمقیاس افکار منفی تعامل اجتماعی گلاس استفاده شد. ضرایب همبستگی، از اجرای همزمان با پرسشنامه‌های گفته شده به ترتیب برابر با ۰/۹۵، ۰/۵۵ و ۰/۵۲، ($P < ۰/۰۰۱$) به دست آمد. برای بررسی پایایی مقیاس ساخته شده از روشهای آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دو نیمه‌سازی استفاده شد. ضرایب به دست آمده با این روشها به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۹۲ و ۰/۷۴ ($P < ۰/۰۰۱$) بود. نتایج تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش از نوع واریماکس ۵ عامل به دست آمد که به ترتیب به نامهای: افسردگی، اضطراب، خشم و زودرنجی به عنوان زیرمقیاس هیجان‌های منفی و عامل‌های محدودیت اجتماعی و بازداری کلامی به عنوان زیرمقیاس بازداری اجتماعی نامگذاری شدند. مقادیر کل ارزش ویژه مقیاس ۲۲ سؤالی برابر با ۱۴/۰۶، KMO (نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری) برابر با ۰/۸۵ و آزمون کرویت بارتلت برابر با ۱۳۸۱/۵۹ ($P < ۰/۰۰۱$)، به دست آمد. نتایج مربوط به بررسی رابطه تیپ شخصیتی D و بیماری کرونری قلب نشان داد که یو - من - ویتنی برابر با $Z = ۵/۸۵$ ، ($P < ۰/۰۰۱$) به دست آمد. بنابراین تفاوت بین نمرات افراد بهنجار و بیماران قلبی معنادار بود.

کلید واژه‌ها: تیپ شخصیتی D، سلامت روانی کلی، تیپ شخصیتی A، بیماری کرونری قلب.

مقدمه

پزشکان از زمانهای قدیم عوامل روانی را در بیماری‌های جسمی - روانی بررسی می‌کردند. از جمله بقراط و جالینوس، هر دو به مقوله تیپ‌شناسی نظر داشته و مزاج انسان را به چهار تیپ بلغمی، صفراوی، دموی و سوداوی تقسیم کرده‌اند (آزاد، ۱۳۷۲). تلاشهای روان‌شناسان در زمینه تیپ‌شناسی به شکل علمی با فعالیتهای کرچمر و شلدون پیگیری شد. این دو دانشمند معتقد بودند که بین ویژگیهای روانی و جسمی

رابطه وجود دارد (کریمی، ۱۳۷۴). فریدمن^۱ و رزنمن^۲ (۱۹۷۹) در خصوص تأثیر شخصیت در بیماریهای قلبی تلاشهای گسترده‌ای را آغاز کردند که در نهایت به کشف تیپ شخصیتی A منجر شد. این دو بر این اعتقاد بودند که عامل مهم ابتلای افراد به بیماریهای قلبی، تیپ A است. این تیپ ویژگیهایی از قبیل رقابت‌جویی، پرخاشگری، اضطراب وقت، تقلا برای پیشرفت، مشغله فکری با هدف، شتابزدگی و اضطراب دارد. طبق نظر آنها این‌گونه رفتار به تدریج منجر به ابتلای این افراد به بیماری کرونری قلب می‌گردد (روزنهان^۳ و سلیگمن^۴، ترجمه سید محمدی، ۱۳۷۹).

در خصوص تأثیر تیپ A و بیماریهای قلبی، پژوهش‌های زیادی انجام شده است. نتایج این پژوهش‌ها ضد و نقیض بودند. بنابراین پژوهش‌هایی از نوع فراتحلیل انجام شد تا رابطه قطعی این تیپ شخصیتی را مورد بررسی قرار دهد. نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که تیپ A با بیماریهای قلبی مرتبط نیست (لو^۵ و همکاران، ۱۹۹۸؛ بورگ^۶ و همکاران، ۱۹۹۳).

با توجه به نتایج یاد شده دنولت^۷ کوششی را آغاز کرد تا تیپ شخصیتی دیگری را معرفی نماید که با بیماریهای قلبی مرتبط باشد. از این‌رو دنولت (۱۹۹۸) پرسشنامه‌های SCL-90 و پذیرش اجتماعی مارلو-کراون^۸ را روی تعدادی از بیماران قلبی اجرا کرد و پس از انجام روش تحلیل عوامل، دو زیرمقیاس هیجان‌های منفی (اضطراب، افسردگی) و بازداری اجتماعی را استخراج کرد. دنولت نام این مقیاس را تیپ شخصیتی D گذاشت. مقیاس ۱۴ سؤالی دنولت بر روی ۳۸۴ بیمار قلبی اجرا شد و نتایج نشان داد که یک سوم از آنها نمرات بالایی را کسب کردند. این بیماران را مدت ۸ سال تحت نظر داشتند؛ در پایان مشاهده کردند که ۲۷ درصد آنها بر اثر سکته قلبی فوت کردند، ولی از گروهی که فاقد این تیپ بودند فقط ۷ درصد با مرگ ناشی از سکته قلبی روبه‌رو شدند.

1 – Friedman

2 – Rosenman

1 – Rozenhan

2 – Seligman

3 – Low

4 – Burg

5 – Denollet

6 – Marllo – Crown

زیرمقیاس بازداری اجتماعی به منع ابراز هیجانات در روابط اجتماعی و اجتناب از ارتباط‌های کلامی و غیر کلامی با اطرافیان دلالت دارد. افرادی که نمرهٔ زیرمقیاس بازداری اجتماعی آنها بالا باشد؛ قادر نیستند در برقراری ارتباط با مردم موفقیتی کسب کنند.

پس از پژوهش دنولت، روان‌شناسان پژوهش‌هایی را انجام داده‌اند که آنها را باید از عوامل مهم و زیربنایی نظریهٔ تیپ شخصیتی D برشمرد.

بارفوت^۱ (۱۹۹۶) افسردگی و اضطراب را به‌عنوان عامل مهم بیماری کرونری قلب معرفی کرد، پژوهشگران دیگری نیز در خصوص افسردگی و تأثیر آن بر بیماری قلبی پژوهش‌های زیادی انجام دادند (فراسور^۲ و همکاران، ۱۹۹۵؛ کارنی^۳ و همکاران، همکاران، ۱۹۹۹؛ سالیوان^۴ و همکاران، ۲۰۰۰؛ و پنینکس^۵ و همکاران، ۲۰۰۱). در پژوهشی دیگر موسلمن^۶ و همکاران (۱۹۹۸) پس از اجرای مقیاس افسردگی بک ۱۶ تا ۳۶ درصد بیماران کرونری قلب را افسردهٔ شدید معرفی کردند.

در پژوهشی بر روی ۷۵۰ زن با میانگین سنی ۵۳ که از درد قفسهٔ سینه رنج می‌بردند، پرسشنامهٔ افسردگی بک اجرا شد. شاخص‌های دیگر این تحقیق آنژیو کرونری، آزمون ایسکمیک (کم‌خونی در قلب) و خطر بیماری کرونری بود، دو تا سه سال بیماران مورد نظر، تحت پیگیری روانی و پزشکی قرار گرفتند. متغیرهای وابسته، مدت بستری و رویدادهای قلبی و مرگ در نظر گرفته شد. تاریخچهٔ درمان افسردگی و شدت علائم نشان داد که این متغیرها از جمله افسردگی با خطر بیماری سرخرگ قلبی و شدیدتر شدن تدریجی علائم مرتبط است. میزان خطر نسبی برابر ۱/۰۵ با احتمال فاصله اطمینان ۹۵ درصد بین ۱/۰۱ تا ۱/۰۹ بود که نشان داد درمان افسردگی اگر چه بستری طولانی‌تری را در بیمارستان موجب شده بود، اما میزان آنژیوگرام و بیماری سرخرگ کرونری را کاهش داده بود (راتلج^۷ و همکاران، ۲۰۰۶).

پژوهش‌های بیشتر نشان داده است که بیماران مبتلا به اختلال کرونری قلب که افسردگی و اضطراب بالایی دارند؛ ۳ تا ۴ برابر بیمارانی که افسردگی و اضطراب

1 – Barfoot

2 – Frasure

3 – Carney

4 – Sullivan

5 – Penninx

6 – Musselman

7 – Rutledge

ندارند، دچار سکتۀ قلبی می‌شوند (کارنی و همکاران، ۱۹۹۷). پژوهشگران همچنین هیجان خشم را با بیماری قلبی مرتبط دانسته‌اند. پژوهش‌ها از نوع فراتحلیل نشان داده است که خشم موجب تشدید تنش‌های افراطی می‌گردد و موجبات گرفتگی عروق را فراهم می‌کند. بر اساس یکی از این پژوهش‌ها، سالمندانی که سطوح بالایی از صفت خشم را طبق مقیاس-2 MMPI نشان دادند، در مدت ۷ سال سه برابر گروه گواه به دلیل ابتلا به بیماری کرونری قلب مردند یا دچار سکتۀ قلبی شدند (هریس^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). متیوس^۲ و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که میزان مرگ و میر و سکتۀ طی ۱۶ سال در افرادی که در مقیاس‌های مختلف خشم نمرۀ بالایی داشتند، ۶۰ درصد بیشتر از افرادی بود که در این صفت نمرۀ کمتری کسب کرده بودند.

در مطالعه‌ای که در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستانی در کاشان انجام گرفت؛ فراوانی افسردگی در بیمارانی که به علت انفارکتوس میوکارد حاد بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که از کل بیماران (۱۰۰ نفر)، ۸ درصد مبتلا به اختلال افسردگی متوسط، ۴۸ درصد افسردگی خفیف و ۴۴ درصد نیز در سطح بهنجار بودند. در این پژوهش ۲۳ درصد بیماران زن و ۷۷ درصد مرد بودند (رادمهر، ۱۳۷۶). حیدری (۱۳۸۰) در پژوهشی نشان داد که ۳۴ درصد بیمارانی که به بیماری کرونری قلب مبتلا بودند از عدم سلامتی روانی رنج می‌بردند. نیمی به افسردگی، ۵ درصد به‌طور آمیخته به افسردگی و خودبیمارانگاری، ۳ درصد به بیماری دوقطبی و ۳ درصد هم به خودبیمارانگاری مبتلا بودند. در پژوهش دیگری که رفیعیان (۱۳۸۱) انجام داد؛ رابطه افسردگی با بیماری کم‌خونی قلب بستری در بیمارستانی در یزد مورد بررسی قرار گرفت. از تعداد ۲۸۰ نفر بیمار ۷۰/۴ درصد آنها افسرده بودند. پژوهش دیگری در کرمانشاه نشان داد که افسردگی بعد از سکتۀ قلبی، اغلب بدون تشخیص باقی می‌ماند. این پژوهش بر روی ۱۵۰ بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مراکز قلب و عروق آن شهر انجام شد. نتایج نشان داد که ۳۶/۷ درصد بیماران سکتۀ قلبی از افسردگی عمده در رنج بودند (خمس‌آبادی، ۱۳۸۱).

پورجوی (۱۳۷۳) در پژوهشی که روی ۱۰۰ بیمار کرونری قلب انجام داد، نشان داد که بین خشم و شدت انسداد عروق کرونر قلب رابطه مثبت معناداری وجود دارد.

بنابراین با توجه به اینکه مطالعات در زمینه تأثیر هیجان خشم بر بیماری قلبی و مرگ زودرس آنها جدیدتر از ارائه نظریه تیپ شخصیتی D است به نظر می‌رسد در پژوهش‌های دنولت و همکاران او به هیجان خشم توجهی نشده است؛ بنابراین لازم است مقیاسی ساخته شود که شامل زیرمقیاس هیجان‌های منفی افسردگی، اضطراب و خشم و زیرمقیاس بازداری اجتماعی باشد.

اهداف و سؤال‌های پژوهش

با بررسی یافته‌های پژوهشی در زمینه تیپ شخصیتی D مشخص شد که مطالعات اندکی انجام شده است. از طرفی تاکنون در ایران مقیاسی برای سنجش تیپ شخصیتی D ساخته نشده است. از این رو هدف از انجام این پژوهش ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش تیپ شخصیتی D بود. بنابراین دو سؤال و یک فرضیه در این پژوهش مطرح شده است:

- ۱- آیا مقیاس تیپ شخصیتی D ساخته شده دارای روایی و پایایی مناسبی است؟
- ۲- هنجارهای آماری (شامل رتبه درصدی و نمره استاندارد Z) مقیاس D در نمونه انتخابی دانشجویان و کارمندان چگونه است؟

به دنبال پاسخگویی به این سؤالات یک فرضیه نیز مطرح شد:

بین نمرات تیپ شخصیتی D افراد بهنجار و بیماران قلبی تفاوت معناداری وجود دارد.

روش

روش پژوهش بر مبنای هدف اصلی که ساخت و بررسی روایی و پایایی و هنجاریابی پرسشنامه تیپ شخصیتی D بود، از نوع مطالعات هنجاریابی و آزمون‌سنجی است. جامعه آماری این پژوهش در جامعه بهنجار را کلیه دانشجویان و کارمندان دانشگاه‌های آزاد و صنایع استان اصفهان و جامعه بیماران قلبی را کلیه بیماران قلبی مراجعه کننده به مطب‌های تخصصی پزشکان تشکیل داده بودند.

نمونه پژوهش در جامعه افراد بهنجار برای ساخت پرسشنامه، ۸۷۰ نفر بودند که ۴۶۷ نفر آنها مرد (۵۳/۶۷ درصد) و ۴۰۳ نفر زن (۴۶/۳۳ درصد) بودند. برای دستیابی

به نمونه پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد. گروه دانشجویان و کارمندان از سه دانشگاه آزاد اسلامی مبارکه، شهرضا و نایین، گروه نمونه کارمندان صنایع از مجتمع فولاد مبارکه و سه کارخانه واقع در شهرک‌های صنعتی اصفهان و کارخانه پلی‌اکریل اصفهان بوده‌اند. نمونه بیماران قلبی نیز شامل ۱۷۴ نفر از مراجعه‌کنندگان به چهار مطب تخصصی قلب در شهر اصفهان و مبارکه بودند که تشخیص بیماری کرونری قلب برای آنها داده شده بود.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

برای بررسی روایی همزمان مقیاس تیپ شخصیتی D، از مقیاس‌های زیر استفاده شد.

۱- به منظور بررسی روایی، از مقیاس تیپ شخصیتی D دنولت استفاده شد. این مقیاس دارای ۱۴ سؤال است که در ۵ حالت درجه‌بندی شده لیکرت به صورت درست، تقریباً درست، بی‌نظر، تقریباً غلط و غلط می‌باشد که به ترتیب نمرات ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ به آن اختصاص می‌یابد. این مقیاس همان‌گونه که گفته شد دارای دو زیرمقیاس هیجان‌های منفی و بازداری اجتماعی است. این مقیاس از نظر پایایی در سطح مطلوبی است به طوری که از طریق بازآزمایی در بلژیک ضریب $0/81$ به دست آمده است. بر اساس محاسبه آلفای کرونباخ پایایی این مقیاس معادل $0/86$ محاسبه شده است. از نظر روایی هم در سطح مطلوبی است. زیرمقیاس هیجان منفی با زیرمقیاس روان‌رنجوری مقیاس پنج عامل بزرگ ضریب همبستگی $0/74$ دارد که در سطح $0/01$ معنادار بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که روایی همزمان و افتراقی این مقیاس در حد مطلوبی است. به علاوه زیرمقیاس بازداری اجتماعی با برون‌گرایی رابطه منفی $0/61$ - با سطح هوشیاری $0/40$ - و با روان‌رنجوری $0/50$ ضریب همبستگی دارد. این ضرایب در سطح $0/01$ معنادار است (دنولت، ۱۹۹۸).

۲- برای سنجش سلامت روانی آزمودنیها در بررسی میزان روایی مقیاس ساخته شده، از مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ استفاده شده است. پرسشنامه سلامت عمومی را برای غربال اختلالات روانی غیرسایکوتیک در مراکز درمانی و جامعه، طراحی و تدوین کرده‌اند. فرم اصلی این مقیاس ۶۰ سؤال دارد که آزمودنی باید پاسخ‌های خود را بین چهار درجه خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد و یا بیشتر از همیشه، مثل همیشه، کمتر از

همیشه و خیلی بیشتر از همیشه مشخص کند. فرمهای کوتاهتر ۴۴ و ۴۰ و ۲۸ و ۲۰ و ۱۲ ماده‌ای این مقیاس نیز تهیه شده است. در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی که گلدبرگ و هیلیر در ۱۹۷۹ معرفی کرده‌اند، استفاده گردید. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس است که هر مقیاس ۷ سؤال دارد. این چهار زیرمقیاس عبارت‌اند از: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، عدم سازگاری اجتماعی و افسردگی عمده. پایین بودن نمره در این مقیاس نشانه سلامت روان بیشتر و بالا بودن نمره نشان‌دهنده سلامت روانی پایین است. با توجه به اینکه تعداد سؤالهای پرسشنامه ۲۸ ماده است و به هر یک بین ۰ تا ۳ نمره تعلق می‌گیرد، نمره پرسشنامه برای هر آزمودنی حداقل صفر و حداکثر ۸۴ است.

برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش روایی همزمان، همبستگی زیرمقیاسهای این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شده است. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلکس برابر ۰/۵۵ همبستگی محاسبه شده است. همچنین ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی به ترتیب برابر با ۰/۷۵ و ۰/۷۰ به دست آمده است (نجاریان و همکاران، ۱۳۷۴).

۳- پرسشنامه ادراک تعامل اجتماعی گلاس: این آزمون توسط کارول گلاس ساخته شده است و شامل دو زیرمقیاس افکار مثبت و منفی است. این مقیاس سالهاست که در گروههای بیمار و بهنجار مورد استفاده قرار می‌گیرد و از پایایی و روایی قابل قبولی برخوردار است (گنجی، ۱۳۸۰).

۴- پرسشنامه تیپ شخصیتی D: منظور از مقیاس مورد نظر، مقیاسی است که نویسندگان مقاله ساخته بودند و برای جمع‌آوری اطلاعات از گروه بهنجار و بیماران مبتلا به اختلال کرونری قلب مورد استفاده قرار گرفت. کلیه جزئیات مربوط به روایی، پایایی و هنجاریابی آن در بخش‌های زیر ارائه شده است.

روش تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آماری زیر استفاده شد:

- ۱- روشهای آمار توصیفی (میانگین، واریانس، انحراف معیار و ضریب همبستگی)، برای توصیف داده‌ها، سؤال‌ها و بررسی روابط بین متغیرها و برای بررسی رابطه بین دو مقیاس برای آزمون روایی همزمان.
- ۲- استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به منظور تعیین پایایی مقیاس.
- ۳- استفاده از تحلیل عوامل، روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش متعامد با حداقل بار عاملی ۰/۴۰ به منظور استخراج عوامل مربوط به متغیرهای مورد بررسی.
- ۴- استفاده از آزمون یو - من - ویتنی به منظور مقایسه نمرات تیپ شخصیتی D در دو گروه افراد بهنجار و بیماران قلبی.

روش ساخت مقیاس

بر اساس مطالعاتی که در پژوهش‌های جدید انجام شد، متغیرهای افسردگی، اضطراب، خشم و بازداری اجتماعی از مهمترین عوامل روانی بیماری کرونری قلب شناخته شده‌اند. چون در کشور بلژیک مقیاس ۱۴ سؤالی تیپ شخصیتی D را دنولت ساخته است، بنابراین این مقیاس به‌عنوان ملاک اصلی انتخاب شد. همچنین سؤالات زیرمقیاس خشم پرسشنامه پرخاشگری اهواز و سؤالات زیرمقیاس افسردگی و اضطراب مقیاس SCL-90، به آن اضافه گردید و به‌عنوان ماده‌های فرم مقدماتی در نظر گرفته شدند. این ماده‌ها در چندین مرحله اصلاح گردیدند. برای اطمینان از صحت ادبی و فهم معانی آنها، فرم مقدماتی به چهار نفر از استادان رشته ادبیات فارسی و تعدادی از دانشجویان داده شد. همچنین دو روان‌شناس پس از مطالعه مواد، آن ماده‌هایی را که تکراری به نظر می‌رسید، حذف کردند.

پس از اصلاح و رفع برخی از ابهام‌ها، پرسشنامه مقدماتی شامل ۳۰ سؤال روی ۸۷۰ نفر از نمونه افراد بهنجار اجرا گردید. از پاسخگویان خواسته شد تا هر یک از گزینه‌های درست (۴)، تقریباً درست (۳)، بی‌نظر (۲)، تقریباً غلط (۱) و غلط (۰) را انتخاب کنند.

برای اجرای تحلیل عوامل ماده‌ها، به منظور مناسب بودن و کفایت نمونه‌برداری، آزمون^۱ KMO مورد استفاده قرار گرفت که مقدار آن ۰/۸۵ بود. همچنین برای بررسی زیربنای تحلیل عاملی از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد که مقدار آن در گروه نمونه برابر ۱۳۸۱/۵۹ و در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار بود. داده‌ها از طریق روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش متعامد و حداقل ضریب عاملی ۰/۴۰ تحلیل عاملی شدند. پس از سه بار چرخش آزمایشی ۵ عامل استخراج شدند که ارزش ویژه هر یک از پنج عامل در حد قابل قبولی بود. به عبارتی پس از سه بار چرخش آزمایشی تحلیل عوامل داده‌ها به بهترین ترکیب ماده‌ای ساختار عاملی خود دست یافت.

نتایج

۱- نتایج حاصل از تحلیل عوامل

در جدول ۱ نتایج تحلیل عوامل پرسشنامه تیپ شخصیتی D برای روایی سازه ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، از ۳۰ سؤال اولیه، ۲۲ سؤال آن بر روی ۵ عامل، دارای بار عاملی قابل قبولی بوده‌اند. بر اساس نتایج به دست آمده سؤالات ۴، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۲۳ بر روی عامل اول قرار دارند که بر اساس محتوای سؤالات عامل افسردگی و اضطراب نامیده شده است. بر روی عامل دوم ۶ سؤال ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ قرار داشته که بر اساس محتوای سؤالات عامل محدودیت اجتماعی نامگذاری شده است، بر روی عامل سوم، ۴ سؤال ۲، ۵، ۹، ۱۸ که بر اساس محتوای سؤالات عامل زودرنجی نامگذاری شده است؛ بر روی عامل چهارم، ۳ سؤال ۱۹، ۲۰، ۲۱ که بر اساس محتوای سؤالات عامل خشم نامگذاری شده است. بر روی عامل پنجم ۲ سؤال ۱ و ۳، که بر اساس محتوای سؤالات بازداری ارتباط کلامی نامگذاری شده است. عامل افسردگی و اضطراب با ارزش ویژه ۶/۵۹، ۲۸/۶۸ درصد از واریانس کل آزمون، عامل محدودیت اجتماعی با ارزش ویژه ۲/۲۴۸، ۹/۷۷ درصد از واریانس کل آزمون، عامل زودرنجی با ارزش ویژه ۱/۵۲، ۶/۶۵ درصد از واریانس کل آزمون، عامل خشم با ارزش ویژه ۱/۴۰، ۵/۹۳ درصد از واریانس کل آزمون و عامل بازداری ارتباط کلامی

با ارزش ویژه ۱/۳۱، ۴/۵۳ درصد از واریانس کل پرسشنامه شخصیت تیپ D را تبیین نموده‌اند. در مجموع این پنج عامل قادر به تبیین ۵۵/۵۶ درصد از واریانس کل آزمون هستند و مقدار کل ارزش ویژه آن برابر ۱۴/۰۶ به دست آمد. در مقیاس D بالاترین بار عاملی مربوط به سؤال‌های «با هر کسی که به من توهین می‌کند، درگیر می‌شوم» و «اغلب اوقات نمی‌توانم به راحتی با غریبه‌ها سر صحبت را باز کنم» و کمترین بار عاملی مربوط به سؤال «از بی‌انصافی دیگران عصبانی می‌شوم» می‌باشد.

جای جدول ۱

جای جدول ۱

جدول ۲- نمرات خام و فراوانی، رتبه درصدی، نمرات استاندارد Z برای کل مقیاس تیپ D

نمره خام	فراوانی	درصد فراوانی	رتبه درصدی	نمره Z
۶	۱	۰/۱	۰/۱۱	-۲/۳۳
۷	۲	۰/۲	۰/۲۸	-۲/۲۷
۸	۳	۰/۳	۰/۵۷	-۲/۲۰
۹	۴	۰/۵	۰/۹۷	-۲/۱۳
۱۱	۴	۰/۵	۱/۴۳	-۲/۰۰
۱۲	۵	۰/۶	۱/۹۵	-۱/۹۴
۱۳	۳	۰/۳	۲/۴۱	-۱/۸۷
۱۴	۲	۰/۲	۲/۶۴	-۱/۸۱
۱۵	۲	۰/۲	۲/۹۳	-۱/۷۴
۱۶	۷	۰/۸	۳/۴۴	-۱/۶۸
۱۷	۷	۰/۸	۴/۲۵	-۱/۶۱
۱۸	۱۲	۱/۴	۵/۳۴	-۱/۵۵
۱۹	۱۲	۱/۴	۶/۶۶	-۱/۴۸
۲۰	۹	۱/۰	۷/۹۳	-۱/۴۲
۲۱	۱۵	۱/۷	۹/۳۱	-۱/۳۵
۲۲	۹	۱/۰	۱۰/۶۸	-۱/۲۹
۲۳	۱۲	۱/۴	۱۱/۷۲	-۱/۲۲
۲۴	۱۳	۱/۵	۱۳/۳۳	-۱/۱۶
۲۵	۱۶	۱/۸	۱۵	-۱/۰۹
۲۶	۹	۱/۰	۱۶/۴۳	-۱/۰۳
۲۷	۲۳	۲/۶	۱۸/۲۷	-۰/۹۶
۲۸	۱۵	۱/۷	۲۰/۴۵	-۰/۹۰
۲۹	۱۷	۲/۰	۲۲/۳۰	-۰/۸۳
۳۰	۱۴	۱/۶	۲۴/۰۸	-۰/۷۷
۳۱	۱۳	۱/۵	۲۵/۶۳	-۰/۷۰

ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش تیپ شخصیتی...
 ۵۱ /

-۰/۶۴	۲۷/۵۸	۲/۵	۲۲	۳۲
-۰/۵۷	۳۰/۰۵	۲/۳	۲۰	۳۳
-۰/۵۱	۳۲/۶۳	۲/۹	۲۵	۳۴
-۰/۴۴	۳۵/۲۸	۲/۴	۲۱	۳۵
-۰/۳۸	۳۷/۳۵	۱/۸	۱۶	۳۶
-۰/۳۱	۳۹/۶۵	۲/۸	۲۴	۳۷
-۰/۲۵	۴۲/۰۶	۲/۰	۱۷	۳۸
-۰/۱۸	۴۴/۲۵	۲/۵	۲۲	۳۹
-۰/۱۲	۴۴/۷۸	۲/۵	۲۲	۴۰
-۰/۰۵	۴۹/۴۲	۲/۶	۲۳	۴۱
-۰/۰۱	۵۱/۳۸	۱/۳	۱۱	۴۲
-۰/۰۸	۵۳/۷	۲/۵	۲۲	۴۳
۰/۱۵	۵۶/۳۲	۳/۶	۳۱	۴۴
۰/۲۱	۵۹/۴۲	۲/۶	۲۳	۴۵
۰/۲۸	۶۱/۶۱	۱/۷	۱۵	۴۶
۰/۳۴	۶۳/۶۲	۲/۳	۲۰	۴۷
۰/۴۱	۶۵/۵۲	۱/۵	۱۳	۴۸
۰/۴۷	۶۷/۲۴	۲/۲	۱۹	۴۹
۰/۵۴	۶۹/۳۱	۱/۷	۱۵	۵۰
۰/۶۰	۷۱/۸۴	۳/۳	۲۹	۵۱
۰/۶۷	۷۴/۵۴	۲/۱	۱۸	۵۲
۰/۷۳	۷۵/۹۸	۰/۸	۷	۵۳
۰/۸۰	۷۷/۵۸	۲/۵	۲۲	۵۴
۰/۸۶	۷۹/۶۵	۱/۶	۱۴	۵۵
۰/۹۳	۸۱/۰۳	۱/۰	۹	۵۶
۰/۹۹	۸۲/۴۱	۲/۰	۱۷	۵۷

۱/۰۶	۸۴/۳۶	۱/۷	۱۵	۵۸
۱/۱۲	۸۵/۸۶	۱/۴	۱۲	۵۹
۱/۱۹	۸۷/۵۸	۲/۱	۱۸	۶۰
۱/۲۵	۸۹/۰۸	۰/۹	۸	۶۱
۱/۳۲	۸۹/۸۸	۰/۷	۶	۶۲
۱/۳۸	۹۰/۹۱	۱/۴	۱۲	۶۳
۱/۴۵	۹۱/۸۴	۰/۵	۴	۶۴
۱/۵۱	۹۲/۶۴	۱/۱	۱۰	۶۵
۱/۵۸	۹۳/۵۰	۰/۵	۴	۶۶
۱/۶۴	۹۴/۰۲	۰/۶	۵۶	۶۷
۱/۷۱	۹۴/۶۵	۰/۷	۷	۶۸
۱/۷۷	۹۵/۴۰	۰/۸	۷	۶۹
۱/۸۴	۹۶/۲۰	۰/۸	۹	۷۰
۱/۹۰	۹۶/۷۸	۱/۰	۳	۷۱
۱/۹۷	۹۷/۸۱	۰/۳	۳	۷۲
۲/۰۳	۹۸/۱۶	۰/۳	۱	۷۳
۲/۱۰	۹۸/۳۹	۰/۱	۵	۷۴
۲/۱۶	۹۸/۷۳	۰/۶	۱	۷۵
۲/۲۳	۹۹/۰۸	۰/۱	۳	۷۶
۲/۴۳	۹۹/۳۱	۰/۳	۱	۷۹
۲/۴۹	۹۹/۵۴	۰/۱	۱	۸۰
۲/۶۹	۹۹/۶۵	۰/۱	۱	۸۳
۲/۷۵	۹۹/۷۷	۰/۱	۱	۸۴
۲/۸۲	۹۹/۸۸	۰/۱	۱	۸۵
۳/۰۱	۹۹/۹۹	۰/۱	۱	۸۸

چنانکه در جدول ۲ دیده می‌شود، نمرات کل پرسشنامه تیپ شخصیتی D از ۶ تا ۸۸ در نوسان است. از طریق نمره خامی که فرد در پرسشنامه به دست می‌آورد می‌توان موقعیت او را از طریق رتبه درصدی و نمرات استاندارد Z تعیین کرد. برای مثال فردی که نمره خام او در پرسشنامه معادل ۶۷ می‌شود، رتبه درصدی ۹۴/۰۲ و نمره Z ۱/۶۴ را به دست می‌آورد که نمره بالایی محسوب می‌شود. لازم به ذکر است که نمرات استاندارد Z بر حسب انحراف معیار از میانگین است. بنابراین نمرات استاندارد Z منفی نشان‌دهنده نمرات پایین‌تر از میانگین و نمرات مثبت، نمرات بالاتر از میانگین را نشان می‌دهد.

۲- پایایی و روایی مقیاس تیپ شخصیتی D

الف - پایایی

به منظور محاسبه پایایی مقیاس ساخته شده از روشهای دو نیمه کردن، بازآزمایی و آلفای کرونباخ استفاده شد. این محاسبات برای کل مقیاس، و دو زیر مقیاس هیجان‌های منفی و بازداری اجتماعی به صورت جداگانه انجام گردید.

جدول ۳- پایایی مقیاس D به روش آلفای کرونباخ، دو نیمه‌سازی و بازآزمایی

ردیف مقیاس و زیرمقیاس‌های آلفای کرونباخ دو نیمه‌سازی بازآزمایی سطح معناداری تیپ D					
۱	زیرمقیاس هیجان‌های منفی	۰/۸۷	—	۰/۹۱	۰/۰۰۱
۲	زیرمقیاس بازداری اجتماعی	۰/۶۱	—	۰/۷۲	۰/۰۰۱
۳	پرسشنامه شخصیت D	۰/۸۵	۰/۷۴	۰/۹۲	۰/۰۰۱

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، پایایی با سه روش آلفای کرونباخ، دو نیمه‌سازی و بازآزمایی تا حدی با همدیگر نزدیک است. به علاوه ضرایب بالا و معنادار می‌باشد.

ب - روایی مقیاس تیپ شخصیتی D

جدول ۴- روایی همزمان مقیاس تیپ D

ردیف	مقیاس‌های ملاک	ضرایب همبستگی	سطح معناداری
۱	مقیاس تیپ شخصیتی D دنولت	۰/۹۵	۰/۰۰۱
۲	مقیاس سلامت روانی کلی (GHQ)	۰/۵۵	۰/۰۰۱
۳	زیرمقیاس افکار منفی پرسشنامه تعامل اجتماعی گلاس	۰/۵۲	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ دیده می‌شود؛ ضرایب همبستگی محاسبه شده با این مقیاس‌ها در حد بالایی است. به طوری که ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس تیپ D دنولت ۰/۹۵ به دست آمده است، بنابراین روایی مقیاس ساخته شده مطلوب و در حد قابل قبولی است. به علاوه اجرای همزمان مقیاس ساخته شده تیپ D، با مقیاس سلامت روانی کلی (GHQ)، در زیرمقیاس افکار منفی به ترتیب ضرایب ۰/۵۵ و ۰/۵۲ به دست آمده است. چون این مقیاسها از نظر محتوا با مقیاس ساخته شده نزدیک است بنابراین نشان‌دهنده روایی همزمان مقیاس است.

۳- رابطه تیپ شخصیتی D با بیماری کرونری قلب

در جدول ۵ یافته‌های توصیفی اجرای مقیاس تیپ D ارائه شده است.

چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار زنان و مردان در افراد بهنجار و بیماران قلبی ارائه شده است. مقایسه میانگین زنان و مردان بهنجار نشان می‌دهد که نمرات مقیاس D زنان بیشتر از مردان است (۴۴/۸۵ در برابر ۳۹/۱۱). همچنین نمرات مقیاس تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی بیشتر از افراد سالم است (۴۹/۷۸ در برابر ۴۱/۷۷). به علاوه زنان بیمار قلبی بالاترین نمرات تیپ شخصیتی D را داشتند (۵۶/۸۲).

نقطه برش برای تیپ D، نمره استاندارد Z، $+0.5$ در نظر گرفته شد. بر اساس این معیار اگر نمره خام هر فردی ۵۰ یا بیشتر باشد، دارای تیپ شخصیتی D خواهد بود. بر این اساس نسبت افراد بهنجار به بیماران قلبی در داشتن ویژگیهای تیپ D، ۳۰ درصد به ۵۴ درصد است. بالا بودن درصد افراد تیپ D در بیماران قلبی نشان‌دهنده ارتباط این تیپ شخصیتی با بیماری کرونری قلب است.

جدول ۵: میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های تیپ شخصیتی D افراد بهنجار و بیمار قلبی

مقیاس آزمودنی‌ها	شاخص‌های آماری	افراد بهنجار		بیماران قلبی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
زیرمقیاس هیجان‌های منفی	تعداد	۸۷۰	۸۷۰	۱۷۴	۱۷۴
	زنان	۳۰/۳۳	۱۱/۸۴	۴۱/۵۱	۱۰/۶۹
	مردان	۲۵/۷۰	۱۱/۱۴	۳۲/۱۲	۱۳/۵۶
	کل	۲۷/۸۵	۱۱/۷۰	۳۶/۲۲	۱۳/۲۱
زیرمقیاس بازاری اجتماعی	تعداد	۸۷۰	۸۷۰	۱۷۴	۱۷۴
	زنان	۱۴/۵۲	۵/۵۲	۱۵/۳۰	۷/۷۷
	مردان	۱۳/۴۱	۴/۹۸	۱۲/۲۰	۸/۰۶
	کل	۱۳/۹۲	۵/۲۶	۱۳/۵۵	۸/۰۷
مقیاس کل	تعداد	۸۷۰	۸۷۰	۱۷۴	۱۷۴
	زنان	۴۴/۸۵	۱۵/۷۲	۵۶/۸۲	۱۵/۷۴
	مردان	۳۹/۱۱	۱۴/۵۳	۴۴/۳۲	۱۸/۸۶
	کل	۴۱/۷۷	۱۵/۳۵	۴۹/۷۸	۱۸/۵۸

آزمون فرضیه

در بحث از آزمون تنها فرضیه پژوهش به وسیله آزمون یو - من - ویتنی تحلیل شد. بین نمرات تیپ شخصیتی D افراد بهنجار و بیماران قلبی تفاوت معناداری وجود دارد. برای آزمون این فرضیه لازم است، ابتدا داده‌ها به وسیله شاخص آماری لوین مورد بررسی قرار گیرد تا مشخص شود آیا واریانس‌های دو گروه همگون هستند یا خیر. در صورتی که واریانس‌ها همگون نباشند لازم است که از شاخص‌های غیرپارامتریک استفاده شود.

جدول ۶- آزمون همگونی واریانس‌ها: آزمون لوین

شاخص‌های آماری گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	F	سطح معناداری
گروه بهنجار	۴۱/۷۷	۱۵/۳۶	۰/۵۲		
گروه بیماران قلبی	۴۹/۷۸	۱۸/۵۸	۱/۴۱	۱۳/۱۳	۰/۰۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۶ دیده می‌شود، F به‌دست آمده از آزمون لوین^۱، برابر ۱۳/۱۳ است که در سطح $P < ۰/۰۰۰۱$ معنادار است. بنابراین واریانس‌های دو گروه آزمودنی‌ها همگون نیست. بنابراین به‌منظور مقایسه دو گروه بهنجار و بیماران قلبی نمی‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود، و بهتر است از آزمون یو-من-ویتنی که معادل غیرپارامتریک آزمون t است؛ استفاده کرد.

جدول ۷- مقایسه افراد بهنجار و بیماران قلبی: آزمون یو-من-ویتنی

شاخص‌های آماری آزمودنی‌ها	تعداد	میانگین رتبه	مجموع رتبه	یو-من-ویتنی	Z	W	سطح ویلکاکسون معناداری
گروه بهنجار	۸۷۰	۴۹۸/۰۶	۴۳۳۳۰۹/۵				
گروه بیماران قلبی	۱۷۴	۶۴۴/۷۲	۱۱۲۱۸۰/۵	۵۴۴۲۴/۵	۵/۸۵	۴۳۳۳۰۹/۵	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۷ دیده می‌شود، Z به‌دست آمده از آزمون یو-من-ویتنی برابر ۵/۸۵ است که در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنادار است. بنابراین تفاوت بین دو گروه آزمودنی‌ها از نظر میزان تیپ شخصیتی D معنادار است. بنابراین فرضیه این پژوهش مبنی بر وجود تفاوت بین دو گروه تأیید می‌گردد.

1 - Leven test

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل عوامل پرسشنامه ساخته شده تیپ شخصیتی D برای بررسی روایی سازه انجام گردید. این مقیاس ۲۲ سؤالی شامل پنج عامل است که این عوامل عبارت است از: افسردگی و اضطراب، خشم، زودرنجی، محدودیت اجتماعی و بازداری ارتباط کلامی. عوامل افسردگی و اضطراب، خشم و زودرنجی به عنوان زیرمقیاس هیجان‌های منفی و عوامل محدودیت اجتماعی و بازداری ارتباط کلامی در زیرمقیاس بازداری اجتماعی معرفی شده‌اند. این مقیاس به دلیل آنکه دارای دو زیرمقیاس است با پژوهش‌های دنولت هماهنگ است، اما تفاوت‌هایی هم با مقیاس دنولت دارد. یکی از مهمترین تفاوت‌های آن وجود هیجان خشم در مقیاس ساخته شده این پژوهش است. ضریب همبستگی عامل خشم با نمره کل تیپ شخصیتی D برابر ۰/۶۱، ($P < ۰/۰۰۱$) و ضریب تبیین آن ۳۷ درصد است. این ضریب نشان می‌دهد که خشم با تیپ شخصیتی D و در نتیجه با بیماری کرونری رابطه معناداری دارد. در نهایت این یافته با نتایج پژوهش‌های بارفوت و همکاران (۱۹۹۴)، گالاچر^۱ و همکاران (۱۹۹۹)، و هریس و همکاران (۲۰۰۳) هماهنگ است. یافته دیگر این پژوهش نشان می‌دهد که ضریب همبستگی مقیاس ساخته شده تیپ شخصیتی D با مقیاس تیپ D دنولت برابر ۰/۹۵، با پرسشنامه سلامت کلی (GHQ) برابر ۰/۵۵، و با زیرمقیاس افکار منفی پرسشنامه تعامل اجتماعی گلاس برابر ۰/۵۲ به دست آمده است. تمامی این ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که روایی این مقیاس در حد قابل قبولی است. زیرا مقیاس‌های ملاک مذکور با مقیاس ساخته شده از نظر محتوا تا حدی مرتبط هستند. در خصوص پایایی مقیاس ساخته شده، از سه روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دو نیمه کردن استفاده شد که به ترتیب ضرایب همبستگی ۰/۸۵، ۰/۹۲ و ۰/۷۴ به دست آمد. میانگین نمرات تیپ D در مردان و زنان به ترتیب برابر ۳۹/۱۱ و ۴۴/۸۵ به دست آمد. این نتایج با یافته‌های دیگر در خصوص تفاوت افسردگی و اضطراب در زنان و مردان قابل توجیه است. پژوهش‌های زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد زنان از مردان هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند (آزاد، ۱۳۷۲).

برای مقیاس تیپ شخصیتی D خط برش نمره خام ۵۰ که برابر نمره استاندارد Z، +۰/۵ است، در نظر گرفته شد. بر اساس این معیار، ۳۰ درصد از افراد بهنجار نمرات بالاتر از نمره خام ۵۰ کسب کرده‌اند. این درصد با یافته‌های دنولت (۱۹۹۸) و دنولت و همکاران (۲۰۰۵) مطابقت دارد. طبق یافته‌های این پژوهش‌ها ۵۴ درصد از بیماران قلبی نمونه مورد مطالعه دارای تیپ شخصیتی D هستند. این نتیجه نشان می‌دهد که نیمی از بیماران قلبی در تیپ شخصیتی D هستند. لذا تأثیر احتمالی تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی به‌عنوان یکی از یافته‌هایی قلمداد می‌شود که نقش تیپ شخصیتی A را کم‌رنگ می‌کند. یکی دیگر از یافته‌های پژوهش این است که ۳۱/۶ درصد از مردان بیمار مبتلا به کرونری قلب، قبل از تشخیص بیماری سیگار مصرف می‌کرده‌اند. آمار افراد سیگاری در جوانان ایرانی ۱۶ درصد است (خدادادی، ۱۳۷۹). به این ترتیب تفاوت در این دو میزان نشان می‌دهد که مصرف سیگار یکی از عوامل بیماری کرونری قلب محسوب می‌شود. طبق اعلام انجمن قلب آمریکا، احتمال مرگ و میر بیماران کرونری قلب دو برابر دیگران است. همچنین بیمارانی که سیگار مصرف می‌کنند و یک بار انفارکتوس داشته‌اند، بیش از کسانی که سیگار نمی‌کشند یا سیگار را ترک کرده‌اند، در معرض انفارکتوس مجدد و یا مرگ هستند. فقط فرضیه پژوهش حاضر بر وجود تفاوت نمرات تیپ شخصیتی D بین افراد بهنجار و بیماران قلبی مطرح شده است. به‌طوری که میانگین نمرات بیماران از افراد بهنجار بیشتر است. نتایج آزمون یو - من - ویتنی نشان می‌دهد که بین نمرات دو گروه سالم و بیمار قلبی تفاوت معناداری وجود دارد ($Z=5/85$). بنابراین فرض رابطه بین بیماری کرونری قلب با تیپ شخصیتی D تأیید می‌گردد. این یافته نیز با یافته‌های دنولت و دیگران (۲۰۰۵) مطابقت دارد.

فرض اساسی این است که تیپ شخصیتی D یکی از عوامل بیماری کرونری قلب است. اما باید به این موضوع نیز توجه کرد که ممکن است بیماران قلبی به علت طولانی شدن مدت بیماری به تدریج به افسردگی مبتلا شوند. از آنجا که افسردگی یکی از عامل‌های مهم تیپ D است؛ لذا امکان دارد بالا بودن نمرات بیماران در تیپ مورد نظر ناشی از این نوع افسردگی باشد.

منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۷۲). *آسیب‌شناسی روانی*، تهران، انتشارات بعثت.
- پورجوئی، بهنام. (۱۳۷۳). «بررسی تحلیلی رابطه خصومت و خشم و شدت انسداد عروق کرونر قلب»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- حیدری، لیدا. (۱۳۸۰). «بررسی تیپ شخصیتی افرادی که دچار انفارکتوس میوکارد شده‌اند»، پایان‌نامه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین.
- خدادادی، علی. (۱۳۷۹). «بررسی تأثیر آموزش به روش چهره به چهره بر میزان ترک سیگار و نگرش نسبت به سیگار در بیماران سیگاری بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مرکز آموزشی حضرت علی(ع) رفسنجان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه کرمان.
- خمس‌آبادی، هاجر. (۱۳۸۱). «بررسی شیوع افسردگی در بیماران سکته قلبی بستری شده در بخش مراقبت‌های ویژه مراکز آموزش و درمان قلب و عروق کرمانشاه»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.
- رادمهر، ناصر. (۱۳۷۶). «بررسی فراوانی افسردگی در بیماران با انفارکتوس حاد میوکارد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان شهید بهشتی کاشان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران.
- رفعیان، محمود. (۱۳۸۱). «بررسی میزان فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به IHD بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان افشار و شهید رهنمون یزد»، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی یزد.
- روزنهان، د.ال. و س.ای. سلیگمن. (۱۹۵۵). *آسیب‌شناسی روانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، (۱۳۷۹)، تهران، انتشارات ساوالان، (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۵).
- کریمی، یوسف. (۱۳۷۴). *روانشناسی شخصیت*، تهران، انتشارات ویرایش.
- گنجی، حمزه. (۱۳۸۰). *ارزشیابی شخصیت*، تهران، انتشارات ساوالان.
- نجاریان، بهمن. بهنام دباغ و سارا نیکفر. (۱۳۷۴). «ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش تیپ شخصیتی الف»، *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، جلد ۲، شماره ۱ و ۲.

BAREFOOT, J.C. (1996). Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation*, 93,1970–1980.

- BAREFOOT, J. C., & LIPKUS, I.M. (1994). The assessment of anger and hostility. *Lawrence Erlbaum Associates, Inc.* PP. 43–66.
- BURG, M.M., et al. (1993). Role of behavioral and Psychological factors in mental stress- induced silent left ventricular dysfunction in coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 22,440–448.
- CARNEY, R.M., et.al. (1999). Depression as a risk factor for coronary heart disease mortality. *Archives of General Psychiatry*, 58,229–230.
- CARNEY, R.M., et.al. (1997). Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychology*, 14,88–90.
- DENOLLET, J. (1998). Personality and risk of cancer in men with coronary heart disease. *Psychological Medicine*, 28,991–995.
- DENOLLET, J., PEDERSEN, S.S., CHRISTIAAN, J., VRINTS. M.D., & VIVIANE, M. (2005). Usefulness of type D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *The American Journal of Cardiology*, 97,970–973.
- FRASURE-SMITH,N., LESPERANCE, F. TALAJIC, M. (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91,999–1005.
- GALLACHER, J. E., YARNELL, J.W., SWEETMAN, P.M., ELWOOD, P.C., & STANFELD, S.A. (1999). Anger and incident heart disease in the caerphilly study. *Psychosomatic Medicine*, 61,446–454.
- HARRIS, K.F.,MATEWS, K.A., SUTTON-TYRRELL, K., KULLER, L.H. (2003). Association between psychological traits and endothelial function in postmeno pausal women. *Psychosomatic Medicine*, 65,402–409.
- LOW, K.G., et.al. (1998). Psychosocial variables, age, and angiographically-determined coronary arthery disease in women. *Annals of Behavior Medicine*, 20,221–226.
- MATTEWS, K.A., et.al. (2004). Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle- aged women. *Psychosomatic Medicine*, 66,640–644.

- MUSSELMAN, D.L., EVANS, D.L., & NEMEROFF, C.B. (1998). The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry*, 55,580–592.
- PENNIX, B.W., BEEKMAN, A.T., HONIG, A. (2001). Depression and cardiac mortality: results from a community sample. *American Psychosomatic Society*, 68,195–216.
- RUTLEDGE, T., REIS, S.E., OLSON, M., OWENS, J., (2006). Depression is associated with cardiac symptoms, mortality risk, and hospitalization among women with suspected coronary disease. *American Psychosomatic Society*, 68,217–223.
- SULLIVAN, M.D., LACRIX, A.Z., SPERTUS, J.A., & HECH, J. (2000). Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *American Journal of cardiology*, 86,1135–1138.

تاریخ
وصول: ۸۵/۷/۱۷
تاریخ پذیرش: