مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۶، شماره ۱، فروردین ۱۳۹۸
http://rjms.iums.ac.ir
مقاله پژوهشی

رابطه تیپ شخصیتی D و ابعاد آن با پریشانی هیجانی بیماران قلبی بای پس عروق کرونر

ثریا اعتمادی: دکتری سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) etemadi.soraya@ut.acir
شیما روحی: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
مهدی مصباحی: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
مهدی فهیمی: دکتری سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بسیاری از مطالعات نقش عوامل خطرساز روان‌شناختی و رفتاری را در سبب‌شناسی و فیزیوپاتولوژی اختلالات قلبی- عروقی نشان داده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت روان‌شناختی و تیپ شخصیتی D در افرادی که دچار بیماری قلبی عروقی شده‌اند، انجام شده است. همچنین پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی افسردگی و استرس و اضطراب با تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی- عروقی انجام شده است.

روش کار: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری بیماران بای پس عروق کرونر مراجعه‌کننده به مرکز بازتوانی قلب تهران می‌باشند که از میان آن‌ها، ۳۷۸ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی DASS21 (Depressoin Anxiety Stress Scale) و مقیاس تیپ شخصیتی دی دنولت ۲۰۰۵ (DS-14) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین تیپ شخصیتی D (عاطفه منفی و بازداری هیجانی) و میزان پریشانی هیجانی (DASS) (استرس، اضطراب و افسردگی) ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: عوامل روان‌شناختی بر شدت بیماران عروق کرونر قلب اثر دارند و تیپ شخصیتی D می‌تواند به عنوان عاملی برای ابتلا به بیماری قلبی درنظر گرفته شود. از این رو لازم است به عوامل روان‌شناختی (عاطفه منفی و بازداری هیجانی) بیماران عروق کرونر قلب در برنامه‌های درمانی توجه شود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.
منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

کلیدواژه‌ها
بیماری عروق کرونر قلب،
تیپ شخصیتی D،
پریشانی هیجانی

تاریخ دریافت: ۹۷/۹/۱۲
تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۲۵

شیوه استناد به این مقاله:
Etemadi S, Rouhi Sh, Mesbahi M, Fahimi M. The relation between type D personality and its dimensions on emotional distress on heart disease coronary artery bypass patients. Razi J Med Sci. 2019;26(1):23-31.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 1.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.1.2.2]

Razi Journal of Medical Sciences.2019;26(1):23-31. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

The relation between type D personality and its dimensions on emotional distress of heart disease coronary artery bypass patients

Sorayya Etemadi, PhD of Health, Tehran University, Tehran, Iran (*Corresponding author)
Shima Rouhi, MSc of Clinical Pshchology, Tehran University, Tehran, Iran
Mehdi Mesbahi, MSc of Clinical Psychology, Tehran University, Tehran, Iran
Mehdi Fahimi, PhD of Health, Islami Azad University, Roudehen Branch, Tehran, Iran

Abstract

Background: Many studies have shown the role of psychological and behavioral risk factors in the etiology and physiopathology of cardiovascular disorders. The purpose of this study was to investigate the relationship between depression and stress and anxiety with personality type D in patients with cardiovascular disease.
Methods: A descriptive correlational study was performed on patients with coronary artery bypass referred to a rehabilitation center in Tehran Heart Center. About 378 pateints were selected using convienience sampling. The used tools were Depression Anxiety Stress Scale (DASS21), and de Denollet Personality Type scale 2005 (DS-14).
Results: The results showed that there is a significant positive relationship between personality type D (negative affect, prevent emotional) level of emotional distress (stress, anxiety, depression).
Conclusion: Psychological factors have an effect on the severity of coronary heart disease in type D personality. Hence, it is necessary to care about psychological factors (negative affect and emotional inhibition) of coronary heart disease patients during their the process of treatment treatment.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Keywords
Coronary heart disease,
Personality type D,
Distress

Received: 01/12/2018
Accepted: 12/02/2019

Cite this article as:
Etemadi S, Rouhi Sh, Mesbahi M, Fahimi M. The relation between type D personality and its dimensions on emotional distress of heart disease coronary artery bypass patients. Razi J Med Sci. 2019;26(1):23-31.

This work is published under CC BY-NC-SA 1.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.1.2.2]

مقدمه

امروزه بیماری عروق کرونر قلب یک مشکل بهداشتی و یکی از عوامل اصلی مرگ ومیر در جهان بشمار می رود (۱). سالانه ۱۷ میلیون نفر در دنیا به علت بیماری‌های قلبی- عروقی فوت می‌کنند و این بیماری‌ها عامل ۱۰ میلیون مرگ از ۴۰ میلیون مرگی است که سالانه در کشورهای درحال‌توسعه رخ می‌دهد (۲). در ایران نیز بیماری‌های قلبی- عروقی شایع‌ترین علل مرگ ومیر را به خود اختصاص داده است (۳). در مطالعه‌ای که در بیرجند در سال ۱۳۸۲ انجام شد بیماری‌های قلبی- عروقی بایک ممیز بیست و چهار صدم درصد موارد فوت به عنوان مهم‌ترین علت فوت تعیین گردید (۴). اکنون شواهد پژوهشی تأیید می‌کند که عوامل خطرساز بیماری عروق کرونر قلب در سه گروه زیستی- روانی- اجتماعی قرار دارند و هریک از عوامل نقشی را در زمینه‌سازی، ایجاد و تداوم ایجاد می‌کنند (۵). بیماری کرونری قلب تأثیرات آسیب‌شناختی زیادی را بر ابعاد گوناگونی از سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶ و ۷). عوامل بسیاری در بروز بیماری‌های قلبی مؤثر می‌باشد از سویی این عوامل ویژگی‌های شخصیتی می‌باشند که تحقیقات بسیار زیادی را مورد توجه خود قرار دادند (۸). در سایر مطالعات محققین به ارتباط معناداری میان انگاره‌های رفتاری شخصیت و شیوع بیماری‌های متأثر از استرس به‌ویژه بیماری قلبی اشاره کردند و آن را با عنوان "بیماری شتاب" توضیح می‌دهند (۹). مفهوم تیپ شخصیت دی بیانگر تعامل صفات ویژه‌ای است که ممکن است روی سلامتی اثرات زیان‌باری داشته باشد. تیپ شخصیتی دی با دو مؤلفه عاطفی منفی و بازداری اجتماعی تعریف می‌شود، عاطفه منفی به تمایل تجربه عواطف منفی در طول زمان و موقعیت‌های مختلف اشاره می‌کند و بازداری اجتماعی که تمایل برای بازداری از این هیجانات در تعامل اجتماعی است (۱۰). دنولت و همکاران به این نتیجه رسیدند که تیپ دی مستقل از عوامل دیگر پیش‌بینی کننده‌ی مهمی برای بیماران عروق کرونری است. بیاضی و رستگاری با بررسی ۶۰ بیمار عروق کرونر قلبی نشان دادند که این بیماران در الگوی رفتاری تیپ D و نقش نمرات بیشتر و در سخت رویی نمرات کمتری در مقایسه با گروه سالم دارند (۱۱). بروک و همکاران در پژوهشی با بررسی ۵۵۴ بیمار قلبی عروقی نشان دادند که افرادی دارای تیپ شخصیتی D به رفتارهای مربوط به تندرستی کمتر تمایل دارند و این امر منجر به افزایش سطح آشفتگی آن‌ها می‌شود (۱۲). جونگ و همکاران در پژوهشی بر روی بیماران قلبی (یک سال پس از عمل جراحی) نشان دادند که میزان افسردگی نسبت به تیپ شخصیتی D و وضعیت جسمانی و بهداشتی بیماران بیشتر مرتبط است (۱۳). در چند سال اخیر تیپ شخصیتی دی در زمینه بیماری‌های قلبی و همچنین بیماری‌های روان‌تنی توسط دنولت مطرح شد و ادعا شده است که این تیپ شخصیتی عامل مهمی در تبیین تفاوت‌های فردی در پاسخ به استرس اختلالات روان‌تنی پیش‌آگهی پیامدها و عوارض روان‌شناختی می‌باشد (۱۴). به نظر می‌رسد تفاوت‌های شخصیتی عامل مهمی در بروز واکنش‌های متفاوت در برابر استرس‌هایی همچون اضطراب و افسردگی نقش تعیین‌کننده داشته باشد (۱۵). از این رو در سال‌های اخیر توجه به استرس و راهبردهای مقابله با آن در گروه‌های مختلف به‌ویژه در مبتلایان به بیماری‌های روانی و جسمانی گوناگون بسیار مورد توجه و بررسی قرار گرفته است. به کار گرفتن راهبردهای مقابله‌ای مؤثر سبب کاهش استرس شده و از ابتلا به اختلالات مزمن جسمی نظیر بیماری‌های قلبی جلوگیری می‌کند (۱۶). افسردگی، اضطراب، استرس شایع‌ترین پیامدهای بیماری‌های حاد کرونری قلب می‌باشد که این پیامدهای شایع به‌نوبه‌ی خود بیشترین دسته از بیماری‌های قلبی را بدتر و وخیم‌تر می‌سازد. علائم شدید افسردگی، اضطراب، استرس حاد و مزمن طولانی مدت با ۳ برابر شدن خطر مرگ ناگهانی همراه هستند و تیپ شخصیتی D پدیدآورنده عوامل پرخطر برای بیماری عروق کرونری می‌باشد که با پیش‌آگهی بد، وضعیت جسمانی آسیب‌دیده و پریشانی هیجانی ارتباط

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.1.2.2]

دارد (۱۷). پله و همکاران با بررسی بر روی بیماران عروق کرونری و بیماران قلبی مزمن نتیجه‌گیری کردند که متغیرهای عاطفه منفی، افسردگی، اضطراب و بازداری اجتماعی از متغیرهای متمایزکننده‌ی بیماران عروق کرونری هستند (۱۸). در سال‌های اخیر شواهد زیادی در مورد اهمیت عوامل روان‌شناختی در سبب شناسی و تشدید بیماری‌های قلبی-عروقی فراهم شده است متغیرهایی مانند افسردگی، اضطراب، استرس پیوستگی، خستگی و تیپ شخصیتی D به عنوان پیش‌بینی کننده‌های مهم بیماری قلبی- عروقی معرفی شده است (۱۹). با توجه به افزایش رشد بیماری‌های قلبی عروقی و شیوع این بیماری توجه به عوامل پیش‌بینی کننده در بروز بیماری‌های قلبی تأثیر به سزایی در پیش‌بینی بروز این بیماری دارد. در پژوهش‌های قبلی اهمیت این عوامل در بروز این بیماری ذکر شده است اما ارتباط این عوامل با یکدیگر به روشنی مشخص نشده است و یافته‌های ضد و نقیضی در ارتباط با ارتباط این عوامل با یکدیگر وجود دارد. در این پژوهش به دنبال مشخص کردن میزان ارتباط این عوامل با یکدیگر در بروز بیماری قلبی عروقی می‌باشیم و به دنبال پاسخگویی به این پرسش‌ها هستیم: آیا بازداری هیجانی با میزان استرس، اضطراب و افسردگی ارتباط دارد؟ آیا عاطفه منفی با میزان استرس اضطراب، افسردگی ارتباط دارد؟

روش کار

تحقیق حاضر با توجه به هدف و فرضیات آن از نوع همبستگی می‌باشد که با توجه به عدم مداخله در ایجاد داده‌ها از نوع علی غیر آزمایشی (Non experimental causal methods) است. جامعه آماری این پژوهش را زنان و مردان که شامل ۴۳٪ مرد و ۵۶٪ زن را تشکیل می‌دهند و از نظر تحصیلات در سطوح بی‌سواد تا فوق لیسانس قرار دارند و میانگین سنی شرکت‌کننده‌ها ۶۲ سال است. نمونه از کلیه بیماران کرونری قلب مراجعه‌کننده به بازتوانی مرکز قلب تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌شود که در فاصله ۳ ماهه شرکت‌کننده در پژوهش که رضایت به پرکردن پرسشنامه‌ها دادند. جامعه آماری کلیه افراد مراجعه‌کننده به بازتوانی مرکز قلب تهران را تشکیل می‌دهند که با توجه به فرمول حجم نمونه و با توجه به حجم جامعه آماری ۳۷۸ نفر به عنوان نمونه آماری مشخص گردیده است و با استفاده از نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS داده‌ها تحلیل شده‌اند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تیپ شخصیتی (DS_14) توسط دنولت در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است این مقیاس ۱۴ آیتم دارد، مؤلفه‌های عاطفه منفی و بازداری هیجانی را می‌سنجد و پاسخ‌دهی به این مقیاس به صورت "به ندرت"، "گاهی اوقات"، "اغلب اوقات"، "همیشه" می‌باشد. نمرات هر سؤال به صورت ۰-۳ نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ خرد مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۸، خرده مقیاس بازداری هیجانی ۰/۸۶ و ضریب اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس رغبت شخصیتی ۶۳A/. گزارش شده است (۲۰). مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS21) این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط لویباند و لویباند معرفی شده است، این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال در زمینه افسردگی (۷ سؤال)، اضطراب (۷ سؤال)، استرس (۷ سؤال) می‌باشد که نسخه کوتاه شده‌ای از DASS_42 است که اولین بار توسط لویباند و لویباند در سال ۱۹۹۵ ارائه گردید این پرسشنامه به صورت لیکرت طراحی شده است و دارای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط، زیاد می‌باشد، کمترین امتیاز مربوط به هر سؤال صفر و بیشترین امتیاز سه می‌باشد در نهایت مجموع امتیازات افسردگی اضطراب و استرس به طور جداگانه برای هر بیمار محاسبه می‌شود (۲۱). اعتبار و روایی پرسشنامه DASS_21 در مطالعات متعدد خارجی و داخلی آزمون تأیید شده است (۲۲، ۲۳). ارزش آلفای کرونباخ آزمون DASS_21 را برای خرده مقیاس افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و برای استرس برابر ۸۱/. گزارش کرده‌اند، در ایران صاجعه و همکاران روی یک نمونه ۴۰۰ نفری از جمعیت عمومی شهر مشهد میزان آلفای کرونباخ این آزمون را برای افسردگی ۰/۷۷ و اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از روش‌های آماری و استنباطی و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در این پژوهش $p<۰/۰۵$ در نظر گرفته شده است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.1.2.2]

یافته‌ها

مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای اضطراب، استرس و افسردگی با تیپ شخصیتی D و ابعاد آن (عاطفه منفی و بازداری هیجانی) انجام شد. بر اساس نتایج از نظر جنسیت ۴/۴۴٪ مرد و ۶/۵۶٪ زن بودند. حداقل سن افراد ۴۸ سال و حداکثر سن افراد ۷۲ سال و میانگین سنی شرکت‌کننده‌ها ۶۲ سال می‌باشد. انحراف معیار ۶/۴۹ بوده است. تحصیلات افراد شرکت‌کننده در پژوهش نشان می‌دهد که ۱۸۵ نفر (۴۸/۹ درصد) از افراد تحصیلات زیر دیپلم داشته‌اند و ۷۳ نفر (۱۹/۳ درصد) تحصیلات لیسانس داشته‌اند و ۴۹ نفر (۱۳ درصد) تحصیلات فوق لیسانس و در نهایت ۶ نفر (۱/۶ درصد) تحصیلات دکتری و بالاتر داشته‌اند.

یافته‌های (جدول۲) نشان داده است که بین بازداری هیجانی و افسردگی در سطح (P=۰۰۰، R=۰/۷۳۳) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد یعنی با افزایش بازداری هیجانی، افسردگی نیز افزایش می‌یابد. بین بازداری هیجانی و استرس در سطح (P=۰۰۰، R=۰/۴۹۱) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد یعنی با افزایش بازداری هیجانی،استرس نیز افزایش می‌یابد. همچنین بین بازداری هیجانی و اضطراب در سطح (P=۰۰۰، R=۰/۶۹۹) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد یعنی با افزایش بازداری هیجانی، اضطراب نیز افزایش می‌یابد .همچنین بین عاطفه منفی و افسردگی در سطح (P=۰۰۰، R=۰/۶۵۱) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین عاطفه منفی و استرس در سطح (P=۰۰۰، R=۰/۴۸۸) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین عاطفه منفی و اضطراب در سطح (P=۰۰۰، R=۰/۶۱۹) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

جدول ۱- وضعیت استرس و اضطراب و افسردگی بیماران قلبی

		افسردگی	اضطراب	استرس
عادی	فراوانی	۴	-	۱۳۴
	درصد	۱/۱	-	۳۵/۴
خفیف	فراوانی	۳۱	۱	۳۲
	درصد	۸/۲	۰/۳	۸/۵
متوسط	فراوانی	۹۵	۷۷	۳۷
	درصد	۲۵/۱	۲۰/۴	۱۹/۳
شدید	فراوانی	۳۹	۸۵	۶۲
	درصد	۱۰/۳	۲۲/۵	۱۶/۴
بسیار شدید	فراوانی	۲۰۹	۲۱۵	۸
	درصد	۵۵/۳	۵۶/۹	۲/۱

جدول ۲- همبستگی اضطراب و استرس و افسردگی بیماران قلبی با ابعاد تیپ شخصیتی D

	افسردگی	استرس	اضطراب
بازداری هیجانی	p=۰۰۰ r=۰/۷۳۳**	p=۰۰۰ r=۰/۴۹۱**	p=۰۰۰ r=۰/۶۹۹**
عاطفه منفی	p=۰۰۰ r=۰/۶۵۱**	p=۰۰۰ r=۰/۴۸۸**	p=۰۰۰ r=۰/۶۱۹**

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیرهای حاضر در پژوهش

ابعاد	میانگین	انحراف معیار
عاطفه منفی	۶۵/۱۶	۴۳/۷
بازداری اجتماعی	۲۹/۱۴	۹۵/۸
افسردگی	۳۵/۴	۸/۰
استرس	۵۶/۲	۳۲/۱
اضطراب	۴/۱	۱/۱

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.1.2.2]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط پریشانی هیجانی و تیپ شخصیتی D (بازداری هیجانی، عاطفه منفی) در بیماران قلبی انجام شده است. نتایج یافته‌ها نشان داد بین تیپ شخصیتی D (عاطفه منفی و بازداری هیجانی) و میزان پریشانی هیجانی (DASS) (استرس، اضطراب، افسردگی) ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. میزان استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران قلبی که در ۴ گروه مختلف به ترتیب خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید طبقه‌بندی شده است که نتایج نشان داد میزان استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران در سطح بالایی گزارش شده است که این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر (۲۶-۲۸) همسو است. در پژوهش حاضر میزان میانگین انحراف معیار (**جدول ۳**) افسردگی، استرس ، اضطراب به ترتیب ۳۵/۴ (۰/۸)، ۵۶/۲ (۱/۳۲)، ۴/۱ (۱/۱) محاسبه شده است که با مطالعات شفیعی که طبق یافته‌های گزارش شده میزان افسردگی بیماران ۴۲/۶٪، ۲۸/۲٪ اضطراب و ۳۴/۳٪ استرس متوسطی را احساس کردند (۲۱) همسو است. همچنین طبق پژوهش جمشیدی و همکاران از مطالعه مقدماتی بیماران کرونر قلبی میزان استرس (۴۰/۶٪ استرس متوسط و ۵۷٪ استرس شدید)، ۸۵ نفر (۶۶/۴٪ دارای اضطراب) ۵۵/۵٪ اضطراب متوسط و ۱۰/۹٪ اضطراب شدید و ۲۶ نفر (۲۰/۳٪) دارای افسردگی هستند که با پژوهش حاضر همسو می‌باشد (۲۲). ازآنجاکه افسردگی و اضطراب می‌تواند به عنوان یک عامل ابتلا به بیماری قلبی عمل نماید (۲۳) و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استرس حاد و مزمن از عمده‌ترین عوامل خطر بروز و سیر بیماری کرونر قلبی هستند (۲۴) و همچنین افسردگی ,اضطراب و استرس از شایع‌ترین پیامد بیماری‌های حاد کرونری قلب است که این پیامدهای شایع به‌نوبه‌ی خود سیر این دسته از بیماری‌های قلبی را بدتر و وخیم‌تر می‌سازد (۲۵) توجه به این عوامل به عنوان عوامل پیش‌بینی کننده بروز بیماری قلبی و همچنین جلوگیری از وخیم‌تر شدن این بیماری تأثیر بسزایی دارد. در ابتدای دوره بهبودی بیماران دچار علائم متوسط اضطراب، افسردگی و استرس می‌شوند (۲۶-۲۸). عوامل متعددی نظیر حالات اضطراب استرس‌های اجتماعی تعارض و رفتار خصمانه می‌تواند به انقباض نابهنجاری کرونری، افزایش انسداد شریان کرونری، بی‌نظمی‌های بدخیم ضربان قلب و در نتیجه به ناتوانی قلبی منجر شود (۲۹). استرس‌های روانی-اجتماعی حاد و مزمن و هیجانات می‌تواند منجر به پیدایش و پیامد شاخص‌های کرونری شوند (۳۰). چنین یافته‌هایی بر لزوم بررسی این متغیرها در سنجش و درمان بیماری کرونری قلبی تأکید می‌کند. عوامل روانی-اجتماعی به‌طور مستقیم یا به واسطه عوامل خطر فیزیولوژیک احتمال ابتلا به بیماری قلبی را افزایش می‌دهند (۳۱). افرادی که تیپ شخصیتی دی دارند به تجربه هیجانات منفی از قبیل خلق افسرده، اضطراب، احساسات خصمانه همراه با بازداری این هیجانات هنگام اجتناب از تماس‌های اجتماعی گرایش دارند. در پژوهش حاضر میزان میانگین (انحراف معیار) عاطفه منفی، بازداری اجتماعی به ترتیب ۱۶/۵۶(۷/۴۳)، ۱۴/۹۲(۸/۹۵) گزارش شده است .که با پژوهش‌های قبلی همسو است. بیاضی و همکاران با بررسی ۶۰ بیمار کرونری قلب نشان دادند که این بیماران در الگوی رفتاری ریخت ۲ و استرس نمرات بیشتر و در سخت رویی نمرات کمتری در مقایسه با گروه سالم دارند (۳۲). در مطالعات ویلیامز و همکاران میزان شیوع ریخت شخصیتی دی را ۳۸/۵ درصد گزارش کرده‌اند (۳۳). بروک و همکاران در پژوهشی با بررسی ۵۵۴ بیمار قلب عروقی بستری شده نشان داده‌اند که افراد دارای تیپ شخصیتی دی به رفتارهای مربوط به تندرستی کمتر تمایل دارند و احتمال بروز بیماری قلبی در این افراد بیشتر از دیگران می‌باشد (۳۴). دنولت، هولمز رینتز و کوناردز با بررسی ۵۱ بیمار زن و مرد نشان داده‌اند که بیماران دارای تیپ شخصیتی دی که پیوند قلب کرده بودند ۱۰ برابر بیشتر مرگ و میر داشتند . همچنین جنگ و همکاران در پژوهشی بر روی بیماران جراحی شده قلبی (یکسال پس از عمل) میزان شیوع افسردگی را ۱۷/۱٪ و میزان شیوع ریخت شخصیتی دی را ۱۸/۷٪به دست آوردند (۳۵). ریخت شخصیتی دی یکی از برجسته‌ترین الگوهای رفتاری میان افراد بهنجار و سالم است و نشان‌دهنده تعامل بین عاطفه منفی و بازداری اجتماعی است که منجر به تجربه احساسات منفی و از یک طرف و بازداری این هیجانات از طرف دیگر می‌شود

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.1.2.2]

.هنگامی‌که فردی این ۲ خصوصیت شخصیتی یعنی عاطفه منفی و بازداری هیجانی را به‌طور هم‌زمان و با شدت بالا تجربه می‌کند به عنوان شخصیت تیپ دی یا شخصیت پریشان طبقه‌بندی می‌شود. رابطه تیپ دی و افزایش احساس استرس باعث می‌شود که به نقش استرس در سبب‌شناسی بیماری قلبی تأکید شود. پژوهش‌های زیادی در زمینه ارتباط بین استرس و بیماری‌های کرونر قلب انجام شده است که نشان می‌دهند که بیماران کرونری قلب رویدادهای استرس‌زای بالاتری دارند که با نتیجه پژوهش حاضر همسو است که میزان استرس در بیماران کرونر قلبی بالا بوده است. افرادی که تیپ شخصیتی دی دارند سطح بالای تنش مزمن را گزارش کردند و همچنین بررسی دنولت و همکاران نشان داد افراد دارای تیپ شخصیتی دی در مقایسه با افراد غیر تیپ شخصیتی دی استرس ذهنی بالایی را تجربه می‌کنند (۱۲) که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. در طول دهه گذشته حجم عظیمی از تحقیقات به الگوی رفتار تیپ دی و نقش آن در به‌کارگیری شیوه‌های متفاوت در موقعیت‌های بحرانی و استرس‌زا اختصاص یافته است (۳۶). ریخت شخصیتی دی به‌عنوان یک شاخص در بروز بیماری‌های قلبی مطرح شده است. نتایج این پژوهشی ارتباط بین تیپ شخصیتی دی و استرس رانشان می‌دهد که هر ۲ عامل مهمی در بروز سکته و بیماری‌های قلبی هستند. بررسی‌ها نشان دادند که قربانیان سکته قلبی معمولاً در چند ماه پیش از سکته قلبی به استرس‌های شدیدی دچار بوده‌اند (۳۷). استرس‌های روزمره به‌تدریج سیستم ایمنی را تضعیف می‌کنند و فرد را دچار انواع بیماری‌های روانی و جسمانی می‌کنند (۳۸). افراد دارای تیپ شخصیتی دی نسبت به سایر افراد میزان استرس بالاتری را از خود نشان دادند و آسیب‌پذیری قلبی بیشتری را تجربه می‌کنند.دیدگاه‌های جدید در مورد استرس و اهمیت آن به نقش آن به منابع روان‌شناختی فرد در رویارویی با عوامل فشارزا را نیز تأکید می‌کنند (۳۹). مدیریت و کنترل کارآمد و موفق استرس نقش بسزایی در تأثیرگذاری یا خنثی‌سازی استرس مضر بر قلب را دارا است.یکی دیگر از عوامل مهم در بروز بیماری‌های قلبی اضطراب است اضطراب به عنوان یک عامل مزاحم در روند درمانی شناخته شده است (۴۰). در پژوهش حاضر رابطه بین اضطراب و شخصیت دی مورد مطالعه قرار گرفته است که هردو عامل مهمی در ابتلای افراد به بیماری‌های قلبی و عروقی شناخته شده‌اند. اما نتایج مطالعه غیر مستقیم نیز همسو با تحقیقات درآمده است بین شخصیت دی و اضطراب ارتباط معناداری وجود دارد.

بر اساس یافته‌های پژوهش‌های قبلی افراد دارای ریخت شخصیتی دی به طور معناداری نمرات بالاتری در افسردگی، اضطراب، حالت خشم و بروز خشم دریافت کرده‌اند، بنابراین می‌توان گفت افراد میان‌سالی که از نظر جسمانی روانی سالم بودند اثر دارای کولیک این ویژگی (عاطفه منفی و بازداری هیجانی) که ریخت شخصیتی را تعریف می‌کند می‌باشند برای بروز علائم اضطراب، افسردگی وحشم در معرض خطر قرار دارند یا در معرض ابتلا به این اختلالات هستند که با یافته‌های پژوهش حاضر که افراد دارای تیپ شخصیت دی (عاطفه منفی و بازداری هیجانی) هستند دارای استرس، اضطراب و افسردگی بالایی می‌باشند همسو است. مرور ادبی درباره رابطه افسردگی و اثرات زیان‌بار روی بیماران کلی نشان می‌دهد که افسردگی یک عامل خطر مرگ بعد از انفارکتیوس میوکارد یا سکته قلبی است (۱۸). به علاوه افسردگی و ریخت شخصیتی D نمایانگر اشکال مختلفی از پریشانی در مطالعه‌ی مداخله‌ای انفارکتیوس میوکارد و افسردگی بودند. به‌طورکلی این پژوهش نشان داد که تیپ شخصیتی D (عواطف منفی و بازداری هیجانی) با میزان سطح بالای استرس، اضطراب و افسردگی مرتبط است.

نتایج یافته‌ها نشان داد بین تیپ شخصیتی D (عاطفه منفی و بازداری هیجانی) و میزان پریشانی هیجانی (Dass) (استرس، اضطراب، افسردگی) ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. با توجه به رابطه تیپ شخصیتی D با میزان استرس، اضطراب و افسردگی یافتن راهکارهای درمانی برای کمک به این افراد به‌منظور کاهش تجربه فشار روانی ضروری به نظر می‌رسد. مطالعات مختلف درمان‌های رفتاری_شناختی مهارت‌های اجتماعی، آموزش، حمایت هیجانی، روان‌درمانی میان فردی، آرام‌سازی پیش‌رونده عضلات و سایر درمان‌هایی که ممکن است تنش را در شخص

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.1.2.2]

کاهش دهد و توانایی فرد را در کنترل میزان استرس و اضطراب بهبود ببخشند پیشنهاد کرده‌اند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر نیاز به بررسی دارد چرا که پژوهش حاضر بر روی بیماران عروق کرونر قلبی که تیپ شخصیتی دی دارند صورت گرفته است که به صورت نمونه در دسترس با نمونه ۳۷۸ نفر است که پیشنهاد می‌شود این تحقیق با احتیاط تعمیم داده شود به جامعه و همچنین پژوهش‌های بیشتر با تعداد نمونه‌های بالاتر و همچنین از آن‌ها که پژوهش از نوع همبستگی است امکان بررسی رابطه علت و معلولی وجود ندارد، دیگر محدودیت پژوهش استفاده از ابزار خود گزارش دهی برای جمع‌آوری داده‌های پژوهشی بود که امکان سوگیری وجود دارد با توجه به محدودیت های پژوهشی پیشنهاد می‌شود که در صورت امکان پژوهش به صورت آزمایشی و با استفاده از ابزارهای عینی مثل مصاحبه اجرا شود.

References

1. Leonardi M, Raggi A, Pagani M, Carella F, Soliveri P, Albanese A; et al. Relationships between disability, quality of life and prevalence of nonmotor symptoms in Parkinson's disease. Parkinson Relat Disord; 2012 Jan 1.18(1):35-9.
2. Hashemi H, Hajimiri A. Concurrent multiband low-noise amplifiers-theory, design, and applications. IEEE Transac Microwave Theory Techniq; 2002 Jan.50(1):288-301.
3. Kazemy T, Sharifzadeh G. Ten-year changes in mortality and risk factors in acute myocardial infarction in Birjand (1994-2003). Horiz Med Sci; 2004 Oct 15.10(3):38-42.
4. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. Psychol Assess; 1998 Jun.10(2):176.
5. SAA Kaviani H, Dehghan M, Mansoornia MA, Khoramshahi M, Dadpey AR, Chahardehi A; et al. Prevalence of Anxiety Disorder in Tehran. J Psychiatry Clinl Psychol; 2017 8(3). [Persian]
6. Barzin M, Mirmiran P, Afghan M, Azizi F. Distribution of 10-year risk for coronary heart disease and eligibility for therapeutic approaches among Tehranian adults. Public Health; 2011 Jun 1.125(6):338-44.
7. Janszky I, Ahnve S, Lundberg I, Hemmingsson T. Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men. J Am College Cardiol; 2010 Jun 29.56(1):31-7.
8. Denollet J, Conraads VM. Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease. Clevel Clin J Med; 2011 Aug 1.78(1):S13.
9. Denollet J. Personality and coronary heart disease: the type-D scale-16 (DS16). Ann Behav Med; 1998 Sep 1.20(3):209-15.
10. Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ. Personality, stress and disease: description and validation of a new inventory. Psychol Reports; 1990 Apr.66(2):355-73.
11. Cheng YY, Kuo CH, Hsieh WL, Lee SD, Lee WJ, Chen LK, et al. Anxiety, depression and quality of life (QoL) in patients with chronic dizziness. Arch Gerontol Geriatr; 2012 Jan 1.54(1):131-5.
12. Pelle AJ, Denollet J, Zwisler AD, Pedersen SS. Overlap and distinctiveness of psychological risk factors in patients with ischemic heart disease and chronic heart failure: are we there yet? J Affect Disord; 2009 Feb 1.113(1-2):150-6.
13. Denollet J. Personality and coronary heart disease: the type-D scale-16 (DS16). Ann Behav Med; 1998 Sep 1.20(3):209-15.
14. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther; 1995 Mar 1;33(3):335-43.
15. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. Br J Clin Psychol; 2003 Jun.42(2):111-31.
16. Pereira MG, Figueiredo AP, Fincham FD. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: a study with Portuguese patients and their partners. Eur J Oncol Nurs; 2012 Jul 1.16(3):227-32.
17. Dickens C, McGowan L, Percival C, Tomenson B, Cotter L, Heagerty A; et al. Depression is a risk factor for mortality after myocardial infarction: fact or artifact? J Am College Cardiol; 2007 May 8.49(18):1834-40.
18. Denollet J, De Jonge P, Kuyper A, Schene AH, Van Melle JP, Ormel J; et al. Depression and Type D personality represent different forms of distress in the Myocardial INfarction and Depression–Intervention Trial (MIND-IT). Psychol Med; 2009 May.39(5):749-56.
19. Williams L, O'Connor RC, Howard S, Hughes BM, Johnston DW, Hay JL, et al. Type-D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support. J Psychosomat Res; 2008 Jan 1.64(1):63-9.
20.Shafiee Z, Babae S, Nazari A. The effect of massage therapy on depression, stress and anxiety after surgery in patients undergoing coronary artery

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.1.2.2]

bypass graft surgery. Iran J Surg; 2017.21. [Persian]
21.Jamshidi N, Abbaszade A, Najafikoliani M. Stress, anxiety and depression in patients before coronary angiography. Zahedan J Res Med Sci; 2011.13(10):21. [Persian]
22. Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A, Makrides L. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. J Advanc Nurs; 2000 Jun.31(6):1351-60.
23. Holmes SD, Krantz DS, Rogers H, Gottdiener J, Contrada RJ. Mental stress and coronary artery disease: a multidisciplinary guide. Progress Cardiovasc Dis; 2006 Sep 1.49(2):106-22.
24. DiGiacomo M, Davidson PM, Vanderpluym A, Snell R, Worrall-Carter L. Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: implications for secondary prevention. Australian Critic Care; 2007 May 1.20(2):69-76.
25. Hata M, Sezai A, Niino T, Yoda M, Unosawa S, Furukawa N, et al. Should emergency surgical intervention be performed for an octogenarian with type A acute aortic dissection? J Thoracic Cardiovasc Surg; 2008 May 1.135(5):1042-6.
26. Sirois BC, Burg MM. Negative emotion and coronary heart disease: A review. Behav modificat; 2003 Jan.27(1):83-102.
27. Young E, Eddleston J, Ingleby S, Streets J, McJanet L, Wang M, et al. Returning home after intensive care: a comparison of symptoms of anxiety and depression in ICU and elective cardiac surgery patients and their relatives. Intens Care Med; 2005 Jan 1.31(1):86-91.
28.Bayazi MH, Rastegari Y. Relationship between type 2 behavior, hardiness, and stress with coronary heart disease. Psychol Res; 2005.(1-2):40-58. [Persian]
29. Williams L, O'Connor RC, Howard S, Hughes BM, Johnston DW, Hay JL, et al. Type-D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support. J Psychosomat Res; 2008 Jan 1;64(1):63-9.
30. van den Broek KC, Martens EJ, Nyklíček I, van der Voort PH, Pedersen SS. Increased emotional distress in type-D cardiac patients without a partner. J Psychosomat Res; 2007 Jul 1.63(1):41-9.
31. Denollet J, Holmes RV, Vrints CJ, Conraads VM. Unfavorable outcome of heart transplantation in recipients with type D personality. J Heart Lung Transplant; 2007 Feb 1.26(2):152-8.
32. Albert NM, Gillinov AM, Lytle BW, Feng J, Cwynar R, Blackstone EH. A randomized trial of massage therapy after heart surgery. Heart & Lung: J Acute Critic Care; 2009 Nov 1.38(6):480-90.
33. Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. J Am College Cardiol; 2009 Mar 17.53(11):936-46.
34. Sirois BC, Burg MM. Negative emotion and coronary heart disease: A review. Behav Modificat; 2003 Jan.27(1):83-102.
35. Chikani V, Reding D, Gunderson P, McCarty CA. Wisconsin rural women's health study psychological factors and blood cholesterol level: Difference between normal and overweight rural women. Clin Med Res; 2004 Feb 1.2(1):47-53.
36. Lin ZC, Effken JA, Li YJ, Kuo CH. Designing a tailored Web-based educational mammography program. Comput Inform Nurs; 2011 Jan 1.29(1):16-23.
37. Seldenrijk A, Hamer M, Lahiri A, Penninx BW, Steptoe A. Psychological distress, cortisol stress response and subclinical coronary calcification. Psychoneuroendocrinology; 2012 Jan 1.37(1):48-55.
38. Prasertsri N, Holden J, Keefe FJ, Wilkie DJ. Repressive coping style: Relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer out patients. Lung Cancer; 2011 Feb 1.71(2):235-40.
39. Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? 1. General Hosp Psychiatry; 2001 May 1.23(3):107-13.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1398.26.1.2.2]