مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و نهم، شماره هشتم، آبان ۱۴۰۰
تاریخ دریافت:۱۴۰۰/۰۱/۲۳
تاریخ پذیرش:۱۴۰۰/۰۳/۱۸

پیش‌بینی سرکوب هیجانی بر اساس ناگویی خلقی و تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی عروقی

هانیه الهی‌مهر*[۱]، مهناز شاهقلیان[۱]، محمدحسین عبداللهی[۱]، فریبا رجبی[۲]

مقاله پژوهشی

مقدمه: بیماری‌های قلبی‌عروقی یکی از علل مرگ و میر در دنیا می‌باشند که عوامل روان‌شناختی در بروز و تشدید آن نقش مهمی دارند. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ناگویی خلقی و تیپ شخصیتی D در پیش‌بینی سرکوب هیجانی در بیماران قلبی عروقی بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری شامل بیماران قلبی‌عروقی کرج و نمونه آماری، ۱۰۰ نفر از بیماران قلبی‌عروقی تحت درمان بیمارستان رجایی کرج بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای به‌کار رفته در این پژوهش شامل مقیاس آلکسی تایمیای تورنتو (TAS-20)، پرسش‌نامه تیپ شخصیتی D (DS14) و پرسش‌نامه کنترل هیجانی (ECQ) بود که روایی و پایایی هر سه پرسش‌نامه در مطالعات داخلی و خارجی تایید شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS version 16 آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد.

نتایج: نتایج همبستگی نشان داد که بین ناگویی خلقی (p =۰/۰۲۶) و تیپ شخصیتی D (p =۰/۰۵) با سرکوب هیجانی در بیماران قلبی در سطح ۰/۰۵ رابطه معنادار است و نتایج رگرسیون چند متغیری نشان داد که ناگویی خلقی (p =۰/۰۹۸) و تیپ شخصیتی D (p=۰/۲۲۸)، سرکوب هیجانی را پیش‌بینی نمی‌کنند.

نتیجه‌گیری: ناگویی خلقی، تیپ شخصیتی D و سرکوب هیجانی از عوامل زمینه‌ساز در ایجاد و تشدید بیماری قلبی‌عروقی هستند. از این‌رو لازم است این عوامل در مدیریت و درمان این بیماران مورد توجه قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: بیماری قلبی‌عروقی، ناگویی خلقی، تیپ شخصیتی D

ارجاع: الهی مهر هانیه، شاهقلیان مهناز، عبداللهی محمدحسین، رجبی فریبا. **پیش‌بینی سرکوب هیجانی بر اساس ناگویی خلقی و تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی عروقی**. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۰؛ ۲۹ (۸): ۴۰۰۱-۳۹۸۹.

۱- گروه روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۲- متخصص قلب و عروق، واحد توسعه و تحقیقات بالینی، مرکز آموزشی درمانی رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۳۳۰۹۹۲۲۶۲، پست الکترونیکی: elahi.h70@gmail.com، صندوق پستی :۳۸۱۹۶۷۵۷۵۹

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7660]

مقدمه

بیماری‌های قلبی‌عروقی (Cardiovascular diseases) یک مسئله مهم، قابل توجه و در حال رشد هستند که تقریباً یک سوم کل مرگ و میرها را تشکیل می‌دهند و منجر به عوارض شدید می‌شوند. در حال حاضر ۸۰ درصد از مرگ و میرهای قلبی عروقی در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد (۱) یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قلبی‌عروقی، بیماری عروق کرونر قلب (Coronary Heart Diseases) می‌باشد(۲) که گاهی اوقات به نام بیماری شریان کرونر (Coronary Heart Disease)، فراخوانده می‌شود (۳) و علت اصلی مرگ و میر در سراسر جهان و به عنوان کشنده‌ترین بیماری قلبی‌عروقی (۴) در هر دو جنس (۵) شناخته شده است. در این اختلال دیواره یک یا چند شریان کرونر قلب به دلیل رسوب موادی به نام پلاک (مواد چربی یا فیبری) به‌طور جزئی یا کلی مسدود و جریان خون به بخش‌های مختلف قلب به صورت دائم یا موقت متوقف می‌شود (۶) در جمعیت ایرانی، بیماری عروق کرونر قلب یکی از دلایل عمده مرگ و میر و ناتوانی محسوب شده و در حال حاضر اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال در ایران می‌باشد (۷). علل زیادی برای شروع و پیشرفت بیماری‌های قلبی عروقی وجود دارد، مانند نارسایی‌های مادرزادی، سابقه خانوادگی، افزایش سن، مرد بودن، سیگار کشیدن، کاهش تحرک و چاقی، کلسترول و فشارخون بالا که این عوامل به تنهایی قادر به تبیین بروز و تداوم این بیماری نیستند و باید نقش عوامل روان‌شناختی را نیزدر نظر گرفت (۸). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM 5) و در دسته اختلالات روان‌تنی از بیماری‌های قلبی عروقی نام برده می‌شود. از دیرباز مشخص شده است که عوامل روان‌شناختی در تشدید و گاهاً در ایجاد اختلالات قلبی‌عروقی نقش دارند (۹). در بیماری‌های قلبی‌عروقی، هیجان و سرکوب (Repression) آن از عوامل روانی تاثیرگذاری هستند که در بروز و تشدید این بیماری نقش دارند (۱۰). سرکوب هیجانی هم در دسته مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و هم سبک مقابله‌ای ناکارآمدی می‌باشد که با پیامدهای جسمی و روانی همراه است و برای توصیف تمایل به بازداری تجربیات عاطفی ناخوشایند و احساسات منفی به منظور حفظ خودپنداره مثبت استفاده می‌شود (۱۱). اثرات مزمن این بازداری، منجر به افزایش فعالیت سمپاتیک سیستم قلبی‌عروقی می‌شود (۱۲). این سبک مقابله، تعاملات اجتماعی را کاهش می‌دهد و در طولانی‌مدت پیامدهای جسمانی منفی و افزایش خطر اختلالات مختلف را دارد (۱۳) بنابراین، فردی که هیجانی منفی را تجربه، اما آن را بیان نمی‌کند احتمالاً در معرض خطر ابتلا به عروق کرونر قلب و فشارخون بالا خواهد بود، به این صورت که هنگام بروز یک وضعیت تحریک‌کننده مانند خصومت، از افکار و احساسات خصمانه اجتناب یا آن‌ها را کنترل می‌کند و همین امر، عملکرد سیستم خودمختار را تشدید و فرد، شانس بالای ابتلا به بیماری قلبی عروقی را متحمل می‌شود (۱۴). علاوه بر تاثیر عدم بیان احساسات در شروع و روند بیماری‌های قلبی عروقی، شخصیت (Personality) نیز با علایم این بیماری ارتباط دارد (۱۵). تیپ D ساختار شخصیتی است متشکل از ترکیب دو ویژگی عاطفه منفی (Affectivity Negative) و بازداری اجتماعی (Social Inhibition). این افراد مکررا در زندگی روزمره هیجان‌های منفی مانند غم، خشم و اضطراب را تجربه می‌کنند (عاطفه منفی) و به دلیل ترس از طرد یا عدم پذیرش از سوی دیگران تمایلی به اشتراک‌گذاری این هیجان‌ها در تعاملات اجتماعی ندارند (بازداری اجتماعی). تیپ شخصیتی D یا درمانده (Distress) یک عامل زمینه‌ساز برای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب به شمار می‌آید و سطح بالای کورتیزول (هورمون استرس) در این افراد ممکن است به‌عنوان یک تسریع‌کننده مهم ابتلا به این بیماری باشد. شواهدی سرکوب هیجانی را با تیپ شخصیت D ارتباط داده است. تایید وجود سرکوب هیجانی در مولفه های تیپ شخصیت D بسیار مهم است زیرا اثرات منفی شخصیت نوع D بر سلامت جسم و روان به دلیل پریشانی مزمن به‌وجود آمده از سرکوب هیجان‌های منفی است (۱۶). نتیجه پژوهشی ارتباط بین تیپ شخصیتی D با مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک را تایید کرد

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7660]

(۱۷). پژوهشی دیگر نشان داد که متغیرهای سرکوب هیجانی و نشخوار با مولفه‌های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی تیپ شخصیتی D دارای همبستگی مثبت است (۱۸). اما مطالعه‌ای دیگر با عنوان تیپ شخصیتی D و پنج عامل شخصیت در بزرگسالان سالم و ارتباط آن‌ها با سرکوب هیجانی نشان داد که تیپ شخصیت D و تنها مولفه بازداری اجتماعی دارای همبستگی مثبت و معنادار با سرکوب هیجانی است و عاطفه منفی ارتباطی با سرکوب هیجانی نداشت. تحقیقاتی که تأییدکننده حضور سرکوب هیجانی در صفت شخصیتی بازداری اجتماعی است، به‌طور عمده وجود ندارد، و تنها یک مطالعه به موضوع پرداخته است که بازداری اجتماعی را با هیجان منفی سرکوب شده و تنظیم هیجانی ناسازگار پیوند داده است (۱۹) وجود نتایج متناقض در این موارد، ضرورت انجام تحقیق را در این ارتباط برجسته می‌کند. علاوه بر سرکوب هیجانی، ناگویی خلقی (Alexithymia) نیز با اختلالات مزمن جسمانی همراه بوده و با بیماری‌های متعدد روان‌تنی (Psychosomatics) مانند روماتوئید مفصلی، سرطان سینه و بیماری قلبی‌عروقی همبستگی دارد. افراد مبتلا به ناگویی خلقی به احتمال بیشتری علایم جسمانی و شکایات روان‌تنی را تجربه می‌کنند (۲۰) ناگویی خلقی یک ویژگی شخصیتی است (۲۱) که به پریشانی خاصی در عملکرد روان‌شناختی اشاره می‌کند و شامل دو عنصر هیجانی مشکل در شناسایی احساسات (Difficulty identifying feeling)، مشکل در توصیف احساسات (Difficulty describing feelings) و مولفه شناختی تفکر با جهت‌گیری بیرونی (Externally oriented thinking) است (۲۰). نتیجه تحقیقی نشان داد که ناگویی خلقی با اضطراب، افسردگی و مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار رابطه مثبت دارد و دارای رابطه منفی با مکانیسم‌های دفاعی بالغ است (۲۲). مطالعات دیگری در نمونه دانشجویان و بزرگسالان انجام شد و مشخص شد که ناگویی خلقی دارای ارتباط مثبت با سبک‌های دفاعی ناسازگار و نابالغ و ارتباطی منفی با سبک دفاعی سازگار و بالغ دارد (۲۳). در پژوهشی رابطه بین ناگویی خلقی و سه سبک دفاعی برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا مشخص شد. ناگویی خلقی و سه عامل آن ارتباط قوی با سبک دفاعی نابالغ، ارتباط ضعیفی با سبک دفاعی نوروتیک و ارتباط منفی با سبک دفاعی بالغ داشتند و در نمونه دیگری، نمره دانش‌آموزان مبتلا به ناگویی خلقی در دفاع نابالغ و نوروتیک به‌طور قابل‌توجهی بالاتر از دانش‌آموزان غیر مبتلا بود و نیز مبتلایان نمره پایین در دفاع‌های بالغ نشان دادند (۲۴) نتایج تحقیقی دیگر، ارتباط قابل‌توجهی بین ناگویی خلقی با مکانیسم‌های دفاعی نابالغ در جمعیت غیر بالینی را نشان می‌دهد (۲۵). مطالعه‌ای نیز نشان دادند ناگویی خلقی با تمام زیر مقیاس‌های کنترل هیجانی از جمله سرکوب هیجانی ارتباط معنی‌دار دارد (۲۶). تمامی این یافته‌ها از جمعیت غیربالینی به‌دست آمده و ارتباط این دو مولفه در نمونه بیماران روان‌تنی به خصوص جامعه بیماران قلب و عروق انجام نشده و این خلا را می‌توان یکی دیگر از لزوم انجام پژوهش در نظر گرفت. از نظر اسپنسر (۲۱) ناگویی خلقی بسیار شبیه به مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های مقابله است و معمولاً افراد، این دو سازه را به جای هم به‌کار می‌گیرند، بنابراین در این تحقیق ارتباط ناگویی خلقی و سرکوبی که شکلی از مکانیسم دفاعی است سنجیده می‌شود که تا حدودی تاثیر این دیدگاه کمرنگ شود و بدانیم که دو سازه متمایز از هم هستند. چندین مکانیسم وجود دارد که در ارتباط با هم، منجر می‌شوند ناگویی خلقی با بیماری‌های جسمی همراه شود. نخست اینکه، مبتلایان به ناگویی خلقی فاقد همدلی هستند یا همدلی ضعیفی از خود نشان می‌دهند و این مسأله باعث کاهش حمایت‌های محیطی از آنان می‌شود. همبستگی معکوسی میان حمایت اجتماعی و میزان مرگ و میر وجود دارد. دوم اینکه، ناگویی خلقی با متغیرهای روانی‌اجتماعی مانند افسردگی، اضطراب و کاهش ارتباطات اجتماعی و متغیرهای روانی‌اجتماعی با بیماری‌ها و مرگ و میر در ارتباط هستند، بدین ترتیب ناگویی خلقی با بیماری‌ها و مرگ‌و میر ارتباط می‌یابد. سوم اینکه، ناگویی خلقی با سرکوب هیجانی مرتبط است و ممکن است این بازداری بر سلامت جسمانی اثر بگذارد و چهارم، همبستگی میان ناگویی خلقی و فعالیت قلبی‌عروقی است (۲۷). با توجه به اینکه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7660]

افزایش سطح تجربه هیجان‌های منفی و سرکوب آن‌ها با بدتر شدن بیماری‌های قلبی عروقی همراه است و تداوم در این شیوه مقابله‌ای ناسازگارانه در بلندمدت می‌تواند به شکل‌گیری شخصیت مستعد بیماری قلبی کمک کند و این موارد، تاییدی بر نقش غیرقابل انکار هیجان و شخصیت در بیماری‌های قلبی می‌باشند و بار این بیماری می‌تواند با کاهش عوامل خطر، کاهش یابد، بنابراین پیشگیری اولیه می‌تواند یک اولویت مهم برای همه توسعه‌دهندگان سیاست‌های بهداشتی باشد (۲۸). علاوه بر این، بررسی نشدن شش عامل تیپ شخصیت D (دیسفوریا، نگرانی، تحریک پذیری، سختی در تعاملات اجتماعی، کم‌گویی و ثبات اجتماعی) در پژوهش‌های داخلی، مطالعات با نتایج متناقض و همین‌طور تحقیقات نسبتاً کم که ارتباط سرکوبی را به‌طور جداگانه با ناگویی خلقی بسنجد، باعث شد پژوهش حاضر با تکمیل خلاهای پژوهش دیگران ضرورت جدیدی برای ترویج مداخله‌های روان‌شناختی با هدف پیش‌بینی سرکوب هیجانی بر اساس ناگویی خلقی و تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی‌عروقی پیدا کند.

روش بررسی

طرح پژوهش: پژوهش حاضر برحسب هدف، بنیادی و بر حسب شیوه گردآوری داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. هدف از اجرای پژوهش پیش‌بینی سرکوب هیجانی بر اساس ناگویی خلقی و تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی عروقی بود. **آزمودنی‌ها:** در مرحله اول با تکمیل فرم کد اخلاق و به منظور رعایت اخلاق پژوهش، کد اخلاق از دانشکده به بیمارستان ارائه و با بیان اهداف پژوهش و سپس مجوز برای انجام کار پژوهشی از واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی اخذ شد. قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها به بیماران به‌صورت شفاهی، خاطر نشان گردید که اطلاعات درخواستی در این پرسش‌نامه‌ها، صرفاً به منظور اهداف پژوهشی است و به دلیل رعایت اصل رازداری نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی آنان نیست. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران قلب و عروق متاهل ۳۵ تا ۶۵ ساله از هر دو جنس زن و مرد شهر کرج تشکیل می‌داد. بر اساس هومن (۱۳۸۵)، حجم نمونه در مطالعات همبستگی ۱۰۰ نفر مناسب می‌باشد (۲۹) بنابراین طبق این اصل، نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ بیمار قلبی عروقی که توسط متخصص قلب و عروق تشخیص CHD گرفته بودند و در بخش قلب (CCU) و مراقبت‌های ویژه (ICU) بیمارستان شهید رجایی کرج بستری بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های مربوطه توسط پژوهشگر با رعایت اصل محرمانه بودن اجرا شد. در انتخاب بیماران معیارهایی برای ورود به مطالعه در نظر گرفته شد، دامنه سنی ۳۵ تا ۶۵ سال، تشخیص قطعی بیماری قلبی‌عروقی توسط متخصص قلب با توجه به پرونده پزشکی افراد، بیمارانی که شرایط بیماری قلبی آن‌ها بنا به نظر پزشک تحت کنترل و از یک وضعیت نسبتاً ثابت برخوردارند، داشتن حداقل سواد برای تکمیل پرسش‌نامه. ضمنا بیمارانی با نارسایی قلبی مادرزادی، داشتن سابقه خانوادگی برای بیماری قلبی‌عروقی و اینکه در طول نمونه‌گیری و اجرای پژوهش هر گونه مشکل قلبی یا حمله قلبی شدید که منجر به اورژانسی شدن وضعیت بیمار یا بستری شدن یا عمل جراحی بیمار شود شرایط ورود به پژوهش را دارا نبودند.

ابزار اندازه‌گیری: در پژوهش حاضر ابزارهای مورد استفاده شامل پرسش‌نامه‌های زیر است:

۱-**پرسش‌نامه تیپ شخصیتی D (DS14)**: این مقیاس در سال ۲۰۰۵ توسط دنولت ساخته شد(۳۰). یک مقیاس ۱۴ سوالی است که در حالت لیکرت پنج تایی به صورت نادرست، تاحدی نادرست، نظری ندارم، تاحدی درست و درست درجه‌بندی شده است و به ترتیب به هریک از درجات نمرات صفر، یک، دو، سه و چهار اختصاص می‌یابد (۳). مطالعه مو و موزر آلفای کرونباخ عاطفه منفی را ۰/۸۶ و بازداری اجتماعی را ۰/۸۲ به‌دست آوردند (۲۳). احمدپور و همکاران برای بررسی پایایی مقیاس ساخته شده از روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دو نیمه‌سازی استفاده کردند. ضرایب به‌دست آمده با این روش‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۹۲ و ۰/۷۴ بود (۳۱). در این پژوهش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس NA، ۰/۹۲، خرده مقیاس SI، ۰/۶۹ و برای نمره کل تیپ شخصیتی ۰/۸۳ به‌دست آمد.

۲-پرسش‌نامه آلکسی‌تایمیای تورنتو (TAS-20): یک پرسش‌نامه خودگزارشی ۲۰ سوالی است که در سال ۱۹۸۶

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7660]

توسط تایلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی و همکارانش تجدیدنظر گردید و یکی از رایج‌ترین و پر کاربردترین مقیاس‌ها در سنجش ناگویی خلقی است (۳۲). پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت پنج نقطه ای از ۱ (شدیداً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شوند. به پاسخ شدیداً مخالف نمره ۱ و به پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ تعلق می‌گیرد. سوال ۴، ۵، ۱۰، ۱۸، ۱۹ به دلیل منفی بودن جهت سوال به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، محدوده نمرات ۲۰ تا ۱۰۰ است(۳۳). پایایی بازآزمایی این مقیاس توسط بشارت، در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از r=۰/۸۰ تا r=۰/۸۷ برای نمره کل و زیرمقیاس‌های مختلف در جامعه ایرانی تایید شد. روایی همزمان آن برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت (۳۴) نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس آلکسی تایمیای تورنتو-۲۰ تایید نمود و نیز اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دو نیمه کردن و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و روایی مقیاس ۰/۸۵ مشخص گردید (۳۵). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای EOT،DDF،DIF به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۷، ۰/۵۳ به‌دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ناگویی خلقی نیز ۰/۷۹ به‌دست آمد.

۳-پرسش‌نامه کنترل هیجانی (ECQ):

ساختار اولیه این پرسش‌نامه جهت بررسی میزان کنترل یا سرکوب هیجان توسط راجر و نشو (۱۹۸۷) تدوین و راجر و نجاریان (۱۹۸۷)، این پرسش‌نامه را تجدیدنظر کردند. پرسش‌نامه مذکور ۴ زیرمقیاس و ۵۶ سوال دارد. زیرمقیاس‌های آن عبارتند از: سرکوب هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار فکری و کنترل خوش‌خیم. هر زیرمقیاس ۱۴ سوال دارد. نمره یک فرد در هر زیرمقیاس از صفر تا ۱۴ و در کل مقیاس از صفر تا ۵۶ متغیر خواهد بود (۲۶). پایایی مقیاس توسط رفیعی‌نیا و همکاران (۳۵) با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های سرکوب هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار و کنترل خوش خوش خیم به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۵۸ به‌دست آمد .در این پژوهش تنها از زیرمقیاس سرکوب هیجانی استفاده شد، سوال ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۰، ۲۳، ۲۵، ۳۰، ۳۷، ۴۳، ۵۰، ۵۲،۵۶ مربوط به این مولفه است. گزینه‌های پاسخ سوال درست و غلط است که به گزینه درست نمره ۱ و به گزینه غلط نمره صفر تعلق می گیرد، البته سوالات ۱۱، ۲۳، ۲۵، ۳۰، ۳۷، ۵۲، ۵۶ در جهت عکس سرکوب هیجانی است و به گزینه درست نمره صفر و گزینه غلط نمره ۱ تعلق می‌گیرد. آلفای کرونباخ دراین پژوهش برای سرکوب هیجانی ۰/۶۲ به‌دست آمد.

تجزیه و تحلیل آماری

در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS version 16 استفاده شد. هم‌چنین داده‌ها با استفاده از آزمون پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه خوارزمی تهران تایید شده است (کد اخلاق IR.KHU.REC.1399.014)

نتایج

در پژوهش حاضر ۱۰۰ بیمار زن و مرد ۳۵ تا ۶۵ ساله قلبی عروقی که میانگین و انحراف معیار سنی کل بیماران ۸/۲۷ ± ۵۴/۳۵ بود. در این میان ۴۱ درصد از افراد بیمار را زنان و ۵۹ درصد آن‌ها را مردان تشکیل می‌دادند. نتایج تحلیل داده‌ها برای اولین سوال پژوهش در جدول ۲ آمده است. اطلاعات به‌دست آمده از جدول ۲ نشان می‌دهد که میان نمره کل ناگویی خلقی (p=۰/۰۲۶) و سرکوب هیجانی رابطه مثبت معناداری برقرار است و از زیرمقیاس‌های این متغیر بین مولفه مشکل در توصیف احساسات و سرکوب هیجانی (p=۰/۰۲۳) رابطه معناداری وجود دارد اما میان مشکل در شناسایی احساسات (p=۰/۱۳۷) و تفکر برون‌مدار (p=۰/۲۴۵) با سرکوب هیجانی رابطه معناداری به‌دست نیامد (p>۰/۰۵) بر اساس اطلاعات جدول ۳ نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7660]

می‌دهد بین نمره کل تیپ شخصیتی D (p=۰/۰۵)با سرکوب هیجانی رابطه معناداری وجود دارد. و از زیرمقیاس‌های این متغیر بازداری اجتماعی (P=۰/۰۰۴) با سرکوب هیجانی دارای رابطه معنادار است. اما بین عاطفه منفی و سرکوب هیجانی رابطه معناداری به‌دست نیامد (p=۰/۴۵۲). طبق جدول ۴ بین هیچکدام از زیرمقیاس‌های عاطفه منفی با سرکوب هیجانی رابطه معناداری به‌دست نیامد (p>۰/۰۵). با توجه به اطلاعات موجود در جدول ۵ از مولفه‌های بازداری اجتماعی، مشکل در روابط اجتماعی (p=۰/۰۰۱) و کم‌گویی (P=۰/۰۴۹) دارای ارتباط معنادار با سرکوب هیجانی (p<۰/۰۵) و میان ثبات اجتماعی (P=۰/۳۵۵) و سرکوب هیجانی رابطه معنادار به‌دست نیامد (p>۰/۰۵). در تعیین سهم تیپ شخصیتی D و ناگویی خلقی در پیش‌بینی میزان سرکوب هیجانی از رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد، به این صورت که تیپ شخصیت D و ناگویی خلقی در پیش‌بینی میزان سرکوب هیجانی در بیماران قلبی به‌صورت همزمان وارد معادله رگرسیون شده‌اند. مقدار مجذور آر تنظیم شده در جدول ۶ نشان می‌دهد که دو متغیر ناگویی خلقی و تیپ شخصیتی D، نزدیک به ۵ درصد تغییرات سرکوب هیجانی را پیش‌بینی می‌کنند. جدول ۷ معنی‌داری کل مدل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. از آنجا که p< ۰/۰۵ مدل معنی‌دار است(p=/۰۴۰). با توجه به اطلاعات جدول ۸ و سطح معناداری به‌دست آمده (p>۰/۰۵)، تیپ شخصیتیD (P=۰/۲۲۸) و ناگویی خلقی (P=۰/۰۹۸) پیش‌بینی‌کننده معناداری در میزان سرکوب هیجانی بیماران قلبی عروقی نبودند. از میان زیر مقیاس‌های دو متغیر پیش بین، تنها مولفه بازداری اجتماعی (P=۰/۰۰۴) قدرت پیش‌بینی سرکوب هیجانی را دارد.

جدول ۱: توصیف جمعیت شناختی (سن، جنسیت) بیماران قلبی عروقی

سن	تعداد	کمترین	بیشترین	انحراف استاندارد ±میانگین
	۱۰۰	۳۵	۶۵	۵۴/۳۵ ± ۸/۲۷
جنسیت	زن			۴۱
	مرد			۵۹

جدول۲: نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین ناگویی خلقی، مشکل در شناسایی احساسات و مشکل در توصیف احساسات و تفکر برون مدار با سرکوب هیجانی

		ناگویی خلقی	مشکل در شناسایی احساسات	مشکل در توصیف احساسات	تفکر برون‌مدار
سرکوب هیجانی	ضریب همبستگی	۰/۲۲۳	۰/۱۵۰	۰/۲۲۷	۰/۱۱۷
	سطح معناداری	۰/۰۲۶	۰/۱۳۷	۰/۰۲۳	۰/۲۴۵

جدول۳: نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین تیپ شخصیت D، عاطفه منفی و بازداری اجتماعی با سرکوب هیجانی

		تیپ شخصیت D	عاطفه منفی	بازداری اجتماعی
سرکوب هیجانی	ضریب همبستگی	۰/۱۹۳	۰/۰۷۶	۰/۲۸۵
	سطح معناداری	۰/۰۵	۰/۴۵۲	۰/۰۰۴

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7660]

جدول ۴: نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین مولفه‌های عاطفه منفی(دیسفوریا، نگرانی، تحریک پذیری) با سرکوب هیجانی

		دیسفوریا	نگرانی	تحریک‌پذیری
سرکوب هیجانی	ضریب همبستگی	۰/۱۵۵	۰/۰۳۶	-/۰۳۲
	سطح معناداری	۰/۱۲۳	۰/۷۲۲	۰/۷۵۳

جدول ۵: نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین مولفه‌های بازداری اجتماعی(مشکل در تعاملات اجتماعی، کم گویی، ثبات اجتماعی) با سرکوب هیجانی

		مشکل در تعاملات اجتماعی	کم گویی	ثبات اجتماعی
سرکوب هیجانی	ضریب همبستگی	۰/۳۳۷	۰/۱۹۸	-/۰۹۴
	سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۴۹	۰/۳۵۵

جدول ۶: تحلیل رگرسیون مولفه‌های وارد شده در معادله رگرسیون

مدل	R	مجذور آر	مجذور آر تنظیم شده	برآورد خطای استاندارد
همزمان	۰/۲۵۳	۰/۰۶۴	۰/۰۴۵	۲/۰۶

جدول ۷: تحلیل واریانس مولفه‌های وارد شده در رگرسیون

	مجموع مجذورات	df	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
رگرسیون	۲۸/۲۴۷	۲	۱۴/۱۲۴	۳/۳۱۶	۰/۰۴۰
باقی مانده	۴۱۳/۱۹۳	۹۷	۴/۲۶۰		
کل	۴۴۱/۴۴۰	۹۹			

جدول ۸: ضرایب خام و استاندارد که به t تبدیل شده اند

	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد		
	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معناداری
ضریب ثابت	۳/۹۰۱	۰/۹۰۸		۴/۲۹۵	۰/۰۰۰
تیپ شخصیت D	۰/۰۲۶	۰/۰۲۲	۰/۱۲۸	۱/۲۱۳	۰/۲۲۸
ناگویی خلقی	۰/۰۲۷	۰/۰۱۶	۰/۱۷۶	۱/۶۶۹	۰/۰۹۸

بحث

در پژوهش حاضر به پیش‌بینی سرکوب هیجانی بر اساس ناگویی خلقی و تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی عروقی پرداخته شد. در ابتدا نتایج پژوهش نشان داد بین ناگویی خلقی و سرکوب هیجانی رابطه مثبت معناداری برقرار است، این بدان معنا است که سرکوب هیجان‌های منفی می‌توان یک روش مقابله‌ای در نظر گرفته شود و ناگویی خلقی می تواند جنبه‌ای از این سبک مقابله‌ای باشد که در آن علیرغم افزایش برانگیختگی سیستم خودمختار گرایش کمی به تجربه هیجان وجود دارد و افراد مبتلا به ناگویی خلقی عموماً نمرات بالایی را در سرکوب هیجان‌های منفی به‌دست می‌آورند، به بیان دیگر ناگویی خلقی عدم ابراز هیجان‌ها به دلیل نارسایی در توانایی پردازش و تنظیم هیجان‌ها یا بازداری هیجانی است و از این‌رو ناگویی خلقی ساختاری است که با سرکوب هیجانی ارتباط دارد (۳۷-۳۶). نتایج به‌دست آمده با دیگر مطالعات همسو است. برای مثال در پژوهش خود نشان دادند که سرکوب هیجانی با ناگویی خلقی دارای همبستگی مثبت معنادار است (۲۰،۲۵،۲۶،۳۷،۳۸). می توان پیش‌بینی کرد که مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار نقش مهمی در توسعه ناگویی خلقی دارند به این صورت که به شخص کمک می‌کند در شناسایی، تشخیص

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7660]

و بیان هیجان‌ها ناتوان باشد (۳۹). به عبارتی ناگویی خلقی به ناتوانی فرد برای تنظیم هیجان اشاره دارد و این افراد تحت تاثیر عواطف منفی گسترده، گریز از اجتماع و روابط عاطفی ضعیف با افراد دیگر قرار می‌گیرند (۳۰). در تبیین زیرمقیاس‌های ناگویی خلقی، مطالعه حاضر با نتیجه پژوهش پارکر و همکاران (۲۴) ناهمسو است، در مطالعه حاضر نمره کل ناگویی خلقی تنها با زیرمقیاس دشواری در توصیف احساسات رابطه داشت و در پژوهش پارکر ناگویی خلقی با سه زیرمقیاس آن همبستگی داشت، می‌توان گفت که فرد دچار ناگویی خلقی در شناسایی احساساتش ناتوان است و در تمایز میان احساسات و حس‌های بدنی دچار مشکل است، در سرکوبی، علیرغم اینکه این مشکلات وجود ندارد اما فرد در بیان عواطف و اینکه آن‌ها را در قالب کلمه بیان کند دچار مسئله است و این شباهت زیادی به مولفه مشکل در توصیف احساسات دارد و فرد از این راه هیجان‌های منفی را سرکوب می‌کند و بیان نکردن عمدی هیجان‌های قوی می‌تواند باعث پیدایش اثرات منفی روان‌شناختی و تشدید بیماری جسمی شود (۲۰) دیگر نتایج این پژوهش، ارتباط بین تیپ شخصیتی D را با سرکوب هیجانی معنادار نشان داد. این بدین معناست که افراد با تیپ شخصیتی D، سطح بالایی از هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند و همین هیجان‌های منفی افراد را مستعد استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک از جمله سرکوبی می‌کند و تجربه پایین هیجان‌های مثبت می‌تواند مانع استفاده فرد از مکانیسم‌های دفاعی پخته شود (۳۴). به عبارتی می‌توان گفت مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک مصداق هیجانات منفی هستند و تجربه هیجان‌های منفی به فرد در استفاده از دفاع‌های نابالغ کمک می‌کند. نتایج به‌دست آمده با دیگران مطالعات همسو است برای مثال در پژوهش خود نشان دادند که سرکوب هیجانی با تیپ شخصیتی D دارای همبستگی مثبت و معنادار است (۱۸-۱۷). رفتار افراد با تیپ شخصیت D ممکن است به یک مشکل در بیان تجربیات هیجانی خود به دیگران مرتبط باشد و اگر چنین باشد، تیپ شخصیت D یک تمایل پایدار برای مقابله با هیجان‌ها بر اساس بدکارکردی عاطفی است (۳۰) در تبیین زیرمقیاس‌های تیپ شخصیتی D با سرکوب هیجانی و نداشتن ارتباط عاطفه منفی با سرکوبی که همسو با تحقیق اسواندوتیر (۱۹) و ناهمسو با تحقیق حسنی و همکاران (۱۸) است می‌توان گفت که در سرکوب، فرد عواطف منفی کم‌تری را تجربه می‌کند که از فرایند دفاعی ناخودآگاه ناشی می‌شود و هیجان‌های منفی از حیطه آگاهی خارج هستند، اما در عاطفه منفی سطح بالایی از احساسات ناخوشایند به صورت آگاهانه تجربه می‌شود (۴۰) به این صورت که فرد هم می‌تواند گستره وسیعی از عواطف منفی مانند خشم، خصومت، افسردگی، اضطراب را تجربه کند و هم در ابراز این عواطف مشکلی نداشته باشد، می‌توان این چنین توضیح داد که فردی با تشخیص این نوع تیپ شخصیتی می‌تواند فقط در یک خرده مقیاس این مولفه، دچار مشکل شود و نمره بالایی کسب کند. دیگر نتایج پژوهش نشان داد که ناگویی خلقی و تیپ شخصیتی D سرکوب هیجانی را پیش‌بینی نمی‌کنند اما زیرمقیاس بازداری اجتماعی از تیپ شخصیتی D قدرت پیش‌بینی سرکوبی را داشت. این نتیجه در راستای پژوهش نصیرزاده و کراسکیان بود (۱۷). هم راستای این پژوهش، همانطور که نصیرزاده و کراسکیان در مطالعه خود نشان دادند در افراد با سبک دلبستگی ناایمن، سبک دفاعی رشد یافته و سبک دفاعی نوروتیک از جمله سرکوبی می‌توانند بازداری اجتماعی را پیش‌بینی‌کنند. در تبیین ارتباط بازداری اجتماعی با سرکوب هیجانی می‌توان گفت که یکی از ویژگی‌های اصلی بازداری اجتماعی تمایل به بازداری بیان احساسات و هیجانات است که به دلیل ترس ازعدم پذیرش و واکنش‌های منفی دیگران ناشی شود، اثر متقابل بازداری اجتماعی با سرکوب هیجانی (که نتیجه نشان ندادن هیجان‌های منفی است) باعث ارتباط تیپ شخصیت D با پیامدهای ناسازگار قلبی می‌شود، که از این طریق واکنش قلبی عروقی، عدم رعایت درمان و مشارکت کمتر در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را افزایش می‌دهد (۱۹). به بیان دیگر سبک مقابله‌ای سرکوبی تعاملات اجتماعی را کاهش می‌دهد و ممکن است در بلندمدت تاثیر منفی بر عملکرد شخص داشته باشد (۱۲). این نتیجه مغایر با نتیجه پژوهش هلمز و همکاران بود

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7660]

(۲۰) که نشان دادند سرکوب هیجانی پیش‌بینی‌کننده ناگویی خلقی می‌باشد و نبود ارتباط را اینگونه می‌توان تبیین کرد که اگرچه ممکن است سرکوب هیجانی و ناگویی خلقی شبیه به نظر برسد، اما سرکوبی به عنوان عدم تمایل به آشکار کردن احساسات و هیجانات به دیگران تعریف می شود بنابراین، ماهیت مفهومی این دو ساختار متفاوت است و سرکوبی یک عدم تمایل به ابراز هیجانات در نظر گرفته می‌شود، در حالی‌که ناگویی خلقی در شناسایی و تمایز هیجان‌های مختلف و ادغام آن‌ها در ساختارهای شناختی مشکل دارد بنابراین می‌توان انتظار هم‌چنین پیش‌بینی را داشت.

نتیجه‌گیری

این پژوهش به پیش‌بینی سرکوب هیجانی بر اساس ناگویی خلقی و تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی عروقی پرداخت. یافته‌ها نشان داد که ناگویی خلقی و زیرمقیاس دشواری در بیان احساسات و تیپ شخصیت D و زیرمقیاس بازداری اجتماعی با سرکوب هیجانی در بیماران قلبی-عروقی دارای همبستگی مثبت است، با این وجود نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که ناگویی خلقی و تیپ شخصیتی D اثر بسیار پایینی در میزان واریانس سرکوب هیجانی دارند و این متغیرها نمی‌توانند سرکوب هیجانی را پیش‌بینی‌کنند. می‌توان نتیجه گرفت که ناگویی خلقی، تیپ شخصیتی D و سرکوب هیجانی از عوامل زمینه‌ساز در ایجاد و تشدید بیماری قلبی‌عروقی هستند. از این‌رو لازم است این عوامل در مدیریت و درمان این بیماران مورد توجه قرار گیرند. هم‌چنین بر اساس نتایج به‌دست آمده پیشنهاد می‌شود که آموزش مهارت‌های هیجانی، شناخت فرد نسبت به احساسات و عواطف خود و دیگران، پذیرش احساسات خوشایند و ناخوشایند، افزایش دامنه واژگان و یادگیری کلمات بیشتر برای بیان احساسات و تشخیص علت بروز هیجانات، مدیریت هیجان‌های منفی و ابراز صحیح آن‌ها در موقعیت مناسب، برای بیماران تدارک دیده شود. همین‌طور به‌دلیل نقش مهم شخصیت و هیجان‌ها در سلامت روان و جسم باید به بیماران در زمینه شناسایی و برچسب زدن به احساسات آموزش داد. باید توجه داشت که این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است که در تعمیم نتایج به‌دست آمده باید احتیاط عمل کرد. پرسش‌نامه‌ها تنها دریک بیمارستان کرج و در بخش‌های ICU و CCU توزیع شده لذا پیشنهاد می‌شود که انجام پژوهش در چندین بیمارستان و روش نمونه‌گیری تصادفی و محدوده جغرافیایی وسیع انجام گیرد و عوامل مداخله‌گر همچون وضعیت اقتصادی و میزان تحصیلات بیماران قلبی مورد بررسی قرار گیرد.که در مورد تعمیم داده‌ها مشکل کم‌تری وجود داشته باشد.

سپاس‌گزاری

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد هانیه الهی‌مهر در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه خوارزمی تهران است. بدین‌وسیله از مرکز آموزشی درمانی مستقل شهید رجایی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی کرج و بیمارانی که در این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

حامی مالی: ندارد

تعارض در منافع: وجود ندارد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7660]

References:

1-Stewart J, Manmathan G, Wilkinson P. Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Review of Contemporary ***Guidance*** and Literature. JRSM Cardiovascular 2017; 6: 2048004016687211

2-Yoshizaki, Takahiro, Junko Ishihara, Ayaka Kotemori, Junpei Yamamoto, Yoshihiro Kokubo, Isao Saito, Hiroshi Yatsuya. ***Association of Vegetable, Fruit, and Okinawan Vegetable Consumption with Incident Stroke and Coronary Heart Disease***. J Epidemiology 2020; 30(1): 37-45.

3-Aluja, Anton, Olga Malas, Ignacio Lucas, Fernando Worner, and Ramon Bascompte. ***Assessment of the Type D personality distress in coronary heart disease patients and healthy subjects in Spain***. Personality and Individual Differences 2019; 142: 301-9.

4-Vallée A, Petruescu L, Kretz S, Safar ME, Blacher J. ***Added Value of Aortic Pulse Wave Velocity Index in a Predictive Diagnosis Decision Tree of Coronary Heart Disease***. American J hypertension 2019; 32(4): 375-83.

5-Khamis RY, Ammari T, Mikhail GW. ***Gender Differences in Coronary Heart Disease.*** Heart 2016; 102: 1142-9.

6-Schroder KE, Schwarzer R. ***Habitual Self-Control and the Management of Health Behavior among Heart Patients***. Soc Sci Med 2005; 60(4): 859-75

7-Alizadehgoradel J, Tabansadeghi MR, Sadeghi B, Ezzati D. ***Relationship between Quality of Life and Type-D Personality with Coronary Heart Disease: Role of Gender Factor.*** J Health and Care 2013; 15(1): 34-26. [Persian]

8-Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AE, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. ***Estimation of Ten-Year Risk of Fatal Cardiovascular Disease in Europe: The SCORE Project***. Eur Heart 2003; 24(11): 987-1003

9- Graham Ian, Dan Atar, Knut Borch-Johnsen, Gudrun Boysen, Gunilla Burell, Renata Cifkova, Jean Dallongeville, et al. ***European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: Executive Summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by Representatives of Nine Societies and by Invited Experts).*** European heart journal 2007; 28(19): 2375-414.

10-Kubzansky LD, Kawachi I. ***Anxiety and Coronary Heart Disease: A Synthesis of Epidemiological, Psychological, and Experimental Evidence***. Ann Behave Med 1998; 20(2): 47-58.

11-Baudic S, Jayr C, Albi-Feldzer A, Fermanian J, Masselin-Dubois A, Bouhassira D, Attal N. ***Effect of Alexithymia and Emotional Repression on Postsurgical Pain in Women with Breast Canceprospectiv Longitudinal 12-Month Study***. J Pain 2016; 17(1): 90-100.

12-Gross JJ, Levenson RW. ***Hiding Feelings: The Acute Effects of Inhibiting Negative and Positive Emotion.*** J Abnorm Psychology 1997; 106(1): 95-103.

13-Garssen B. ***Repression: Finding Our Way in the Maze of Concepts***. J Behav Med 2007; 30(6): 471-81.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7660]

14-Davidson KW. ***Suppression and Repression to Discrepant Self-Other Ratings: Relations with Thought Control and Cardiovascular Reactivity***. J pers 1993; 61(4): 669-91.

15-Sanderman R, Ranchor AV. ***The Predictor Status of Personality Variables: Etiological Significance and their Role in the Course of Disease.*** European J Personality 1997; 11(5): 359-82.

16-Lambertus F, Christoph HL, Kurt F, Stefanie H, Martin H, Jana J, et al. ***Prevalence of Mental Disorders among Depressed Coronary Patients with and without Type D Personality***. Results of the multi-center SPIRR-CAD trial. General hospital psychiatry 2018; 50: 69-75.

17-Nasirzadeh S, Keraskian A. ***Comparing the Relationship between Early Maladaptive Schemas, Defense Mechanisms and Type D Personality among Individuals with Secure and Insecure Attachment Style.*** J Fundamentals of Mental Health 2017; 19(2): 96-104. [Persian]

18-Hasani J, Bemani Yazdi B. ***The Relationship between Emotional Expression Styles and Type D Personality.*** Medical Science 2015; 25(2): 141-50. [Persian]

19-Svansdottir E, van den Broek KC, Karlsson HD, Daniel T. ***Olason, Hordur Thorgilsson, And Johan Denollet. The Distressed (Type D) and Five-Factor Models of Personality in Young, Healthy Adults and their Association with Emotional Inhibition and Distress.*** Personality and Individual Differences 2013; 55(2): 123-8.

20-Helmes E, McNeill PD, Holden RR, Jackson CH. ***The Construct of Alexithymia: Associations with Defense Mechanisms.*** J Clinical Psychology 2008; 64(3): 318-31.

21-Spencer CJ, Boughner EN. Alexithymia. ***The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Personality Processes and Individual Differences*** 2020; 19-23.

22-Martino G, Caputo A, Vicario CM, Catalano A, Schwarz P, Quattropani MC. ***The Relationship between Alexithymia and Type 2 Diabetes: A Systematic Review.*** Front Psychol 2020; 2: 1-10.

23-Wu JR, Moser DK. ***Type D Personality Predicts Poor Medication Adherence in Patients with Heart Failure in the USA.*** Inter J Behav Med 2014; 21(5): 833-42.

24-Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. ***Alexithymia: Relationship with Ego Defense and Coping Styles.*** Comprehensive Psychiatry 1998; 39(2): 91-8.

25-Kubzansky LD, Kawachi I. ***Going to the Heart of the Matter: Do Negative Emotions Cause Coronary Heart Disease?*** J psychosomatic Res 2000; 48(4-5): 323-37.

26-Shahgholian M, Moradi A, Kafe M. ***Relationship of Alexithymia with Emotional Expression Styles and General Health among University Students***. Iranian J Psychiatry and Clinical Psychology 2007; 13(3): 238-48. [Persian]

27-Helmers KF, Mente A. ***Alexithymia and Health Behaviors in Healthy Male Volunteers***. J Psychosomatic Research 1999; 47(6): 635-45.

28-Stewart J, Manmathan G, Wilkinson P. ***Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Review of Contemporary Guidance and Literature***. JRSM Cardiovasc Dis 2017; 6: 2048004016687211.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7660]

29-Hooman HA**.** ***Analysis of Multivariate Data in Behavioral Research***. Tehran: Peyke Farhang Publication; 2006; 300-50.[Persian]

30-Epifanio MS, Ingoglia S, Alfano P, Lo Coco G, La Grutta S. ***Type D Personality and Alexithymia: Common Characteristics of Two Different Constructs. Implications for Research and Clinical Practice.*** Front psychol 2018; 9: 106.

31-Ahmadpur Mobarakeh AR, Ahadi H, Mazahery MM, Nafisi G. ***Construction and Validation of a Scale to Measure Type D Personality and its Relationship with Coronary Heart Disease***. Knowledge and Research in Psychology 2008; 32: 37-60. [Persian]

32-Hamaideh SH. ***Alexithymia among Jordanian University Students: Its Prevalence and Correlates with Depression, Anxiety, Stress, and Demographics***. Perspect Psychiatr Care 2018; 54(2): 274-80.

33-Assogna F, Cravello L, Orfei MD, Cellupica N, Caltagirone C, Spalletta G, et al . ***Alexithymia in Parkinson's disease: A Systematic Review of the Literature***. Parkinsonism & Related Disorder 2016; 28: 1-11

34-Besharat MA. ***Relation of Alexithymia with Ego Defense Styles. Fandamentals of Mental Health*** 2008; 10(39): 181-90. [Persian]

35-Rafieinia P, Rasoulzadeh TS, Azad Falah P. ***Relationship between Emotional Expression Styles and General Health in College Students***. Journal of Psychology 2006; 10(37): 84-105. [Persian]

36-Omidi A, Ghorbani N, Forootan M, Javadi A, Kashanaki H**.** ***Relationship between Anxiety and Repression by Examination of the Mediator Role of the Integrative Self-Knowledge in Patients with Gastrointestinal Diseases***. Rooyesh-e-Ravanshenasi J 2020; 8(11): 27-34. [Persian]

37-King, Laura A, Robert A. Emmons, Scott Woodley. ***Emmons, And S. Woodley, the Structure of Inhibition.*** J Research in Personality 1992; 26(1): 85-102.

38-Kooiman CG, Spinhoven P, Trijsburg RW, Rooijmans HGM. ***Perceived Parental Attitude, Alexithymia and Defense Style in Psychiatric Outpatients.*** Psychotherapy and psychosomatics 1998. 67(2): 81-7.

39-Besharat MA, Khajavi Z. ***The Relationship between Attachment Styles and Alexithymia: Mediating Role of Defense Mechanisms.*** Asian J Psychiatry 2013; 6(6): 571-6. [Persian]

40-Denollet J, Svansdottir E, Van Den Broek KC, Karlsson HD, Olason DT, Thorgilsson H, et al. ***The Distressed (Type D) and Five-Factor Models of Personality in Young, Healthy Adults and their Association with Emotional Inhibition and Distress***. Personality and individual differences 2013; 55(2): 123-8.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7660]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 29| NO 8 | Nov 2021

Received: 12 Apr 2021
Accepted: 8 Jun 2021

Prediction of Emotional Repression based on Alexithymia and Type D Personality in Cardiovascular Patients

Hanie Elahimehr[*1], Mahnaz Shahgholian[1], Mohammad Hossein Abdollahi[1], Fariba Rajabi[2]

Original Article

Introduction: Cardiovascular disease is one of the causes of mortality in the world, which psychological factors play an important role in its occurrence and exacerbation. This study aimed to investigate the prediction of emotional repression based on alexithymia and type D personality in cardiovascular patients.

Methods: Participants were 100 patients with coronary artery disease selected through accidental sampling from the patients undergoing treatment at Rajaee Heart Hospital in Karaj City and completed TAS-20, DS14 and ECQ questionnaires. The validity and reliability of all three questionnaires have been confirmed in domestic and foreign studies. Data were analyzed using SPSS version 16 Software and Pearson correlation, Multiple regressions.

Results: The correlation results showed that there was a significant relationship between alexithymia and personality type D with emotional repression in the cardiac patients at the level of 0.05, and the results of multivariate regression results showed that alexityymia and personality type D did not predict emotional repression.

Conclusion: Alexithymia, personality type D, and emotional repression are risk factors for the development and exacerbation of cardiovascular disease.

Keywords: Cardiovascular disease, Alexithymia, Personality type D.

Citation: Elahimehr H, Shahgholian M, Abdollahi M.H, Rajabi F. **Prediction of Emotional Repression based on Alexithymia and Type D Personality in Cardiovascular Patients.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2021; 29(8): 3989-4001.

[1]Department of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

[2]Clinical Development and Research Unit, Rajaei Educational and Medical Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

***Corresponding author: Tel:** 09330992262**, email:** elahi.h70@gmail.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i8.7660]