

رابطه بین تیپ شخصیتی D و مولفه‌های آن با سلامت عمومی در دانشجویان

The relationship between type D personality and its components and general health among students

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۱۱/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۱/۲۸

Masoudnia, E. Ph.D. ✉

ابراهیم مسعودنیا ✉

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine the difference between students with type D personality and non type D personality in regard to general health.

Method: This study was conducted using survey design and cross-sectional method. Data were collected from 248 students of Yazd University, from seven educational groups. These students were selected via random sampling. The instruments for gathering data were standardized scales: Type D Personality Questionnaire (TDPQ) and General Health Questionnaire (GHQ).

Results: The results showed a significant difference between students with type D personality and non-type D personality in regard to general health, and in regard to components of general health: somatic symptoms, anxiety/ insomnia, social dysfunction, and severe depression. Hierarchical multiple regression analysis showed that the negative affectivity and social inhibition explained for 7.3% of the variance in general health.

Conclusion: Type D personality is a powerful construct in explanation and prediction of students' general health. Therefore, results of this study can be used to reinforce students' general health through interventionist activities.

Keywords: Type D Personality, Negative Affectivity, Social Inhibition, General Health

چکیده

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف تعیین تفاوت میان دانشجویان با و بدون تیپ شخصیتی D از نظر سلامت عمومی انجام شد.

روش: این مطالعه در قالب یک طرح پیمایشی و به صورت مقطعی در مورد ۲۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه یزد انجام شد. این دانشجویان با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب از هفت گروه آموزشی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه تیپ شخصیتی (TDPQ) بود.

یافته‌ها: تفاوت معناداری میان پاسخگویان با تیپ شخصیتی D و دانشجویان با تیپ شخصیتی غیر D از نظر سلامت عمومی به‌طور کلی و از نظر مولفه‌های علائم جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید وجود داشت. تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی نشان داد که مولفه‌های هیجان‌پذیری منفی و بازداری اجتماعی از سازه تیپ شخصیتی D، 3/7 درصد از واریانس متغیر سلامت عمومی را تبیین می‌کند.

نتیجه‌گیری: تیپ شخصیتی D، سازه‌ای بسیار نیرومند در تبیین و پیش‌بینی سلامت عمومی دانشجویان است. لذا می‌توان از نتایج این پژوهش به‌منظور اقدامات مداخله‌ای برای تقویت سلامت عمومی افراد استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: تیپ شخصیتی D، هیجان‌پذیری منفی، بازداری اجتماعی، سلامت عمومی

اگرچه مطالعات بیشماری، نقش عوامل خطر آفرین روانی- اجتماعی و رفتاری را در سبب‌شناسی اختلال‌های مختلف جسمانی و روانی نشان داده‌اند [۱-۶]، اما مطالعات اندکی درباره تأثیر شخصیت تیپ D به‌عنوان یک ریسک فاکتور برای اختلال‌های فیزیکی و روانی در جهان و به‌ویژه در ایران انجام شده است. شخصیت که به سازمان پیچیده‌ای از تمایلات و ویژگی‌ها اشاره دارد، با برآیندهای مهم زندگی، از جمله تندرستی و بیماری می‌تواند در رابطه باشد [۷]. تیپ‌های مختلفی از شخصیت با توجه به اثرات آن بر تندرستی تاکنون مشخص گردیده‌اند. یکی از مشهورترین تیپ‌های شخصیتی که تاکنون به‌عنوان یک عامل خطر زای بیماری مورد مطالعه قرار گرفته است، تیپ شخصیتی A است که با ویژگی‌هایی نظیر رقابتی‌بودن، بی‌حوصلگی، هوشیاری، سبک کلامی سریع و همدلانه، تحریک‌پذیری، بدبینی و خصومت مشخص می‌گردد [۱-۶]. اما اخیراً یک سازه شخصیتی جدید یعنی تیپ D یا شخصیت درمانده مطرح گردید. این سازه نخستین بار در مطالعه دینولت، سیس و براتسارت، در مطالعه‌ای بر روی بیماران انفارکتوس میوکارد (MI) مطرح گردید. آنها دریافتند که نرخ مرگ‌ومیر بیماران با انفارکتوس میوکارد که دارای تیپ شخصیتی D بودند بسیار بالاتر (۳۹ درصد) از بیماران با سایر انواع شخصیت (۵ درصد) بود [۸]. در یک مطالعه طولی دیگر به فاصله ۶ تا ۱۰ سال، محققان دریافتند که بیماران قلبی عروقی (CHD) با تیپ شخصیتی D در مقایسه با بیماران غیر تیپ شخصیتی D، چهار برابر خطر مرگ‌ومیر بالاتر داشتند [۹]. تیپ شخصیتی D با دو مولفه تمایل فزاینده به تجربه هیجان‌های منفی (هیجان‌پذیری منفی) و بازداری اجتماعی این هیجان‌های مشخص می‌شوند. هیجان‌پذیری منفی به تمایل فرد به تجربه هیجان‌های منفی از جمله خلق افسرده، اضطراب، خشم، احساس خصومت اشاره دارد [۱۰، ۱۱]. افرادی که نمره بالایی در زمینه هیجان‌پذیری منفی می‌گیرند، صرفاً ناراحت یا بیقرار نیستند بلکه آنها دیدگاه منفی درباره خود دارند، علائم جسمانی بیشتری را گزارش می‌کنند، تمایل به توجه به محرک‌های نامطلوب و مضر دارند، در عملکردهای اجتماعی روزمره با اختلال مواجه‌اند و به دنیا با نشانه‌های ناآرامی و اغتشاش قریب‌الوقوع می‌نگرند [۶، ۱۲]. از سوی دیگر، بازداری عاطفی، به اجتناب از خطرات بالقوه که متضمن تعاملات اجتماعی نظیر عدم تایید یا عدم پاداش از سوی دیگران است تعریف شده است [۱۳]. افرادی که نمره بالایی در زمینه بازداری اجتماعی دریافت می‌کنند، در هنگام تعامل با دیگران، مکرراً احساس درخود فرورفتگی، تنش، ناراحتی و ناامنی می‌کنند [۱۴، ۱۵].

محققان نشان دادند که تیپ شخصیتی D به‌طور کلی یک عامل خطر آفرین برای برآیندهای نامطلوب تندرستی، کیفیت زندگی

مرتبط با تندرستی و اشکال مختلف ناراحتی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس پس از ضربه است [۱۶، ۱۴، ۱۷]. تیپ شخصیتی D با خطر فزاینده بیماری، افسردگی، بیگانگی اجتماعی و اختلال در عملکردهای اجتماعی روزمره [۸]، خشم و اضطراب [۱۸]، بدبینی [۱۹]، ضعف یا کاهش قدرت حیاتی [۲۰]، توسعه سرطان در مردان با اختلال قلبی و عروقی [۱۹]، نرخ‌های بالاتر مرگ‌ومیر و میزان بالاتر انفارکتوس میوکارد [۸]، مستقل از عوامل خطر آفرین پزشکی حیاتی در رابطه است.

برخی از مطالعات نیز نشان دادند که تیپ شخصیتی D از طریق متغیرهای دیگر منجر به کاهش سلامتی می‌شود. برای مثال، تیپ شخصیتی D ممکن است با رژیم غذایی ضعیف و فقدان ورزش در رابطه باشد. رژیم غذایی نامناسب و عدم فعالیت بدنی با هیپرتانسیون (فشار خون) و بیماری‌های قلبی و عروقی در رابطه است [۲۱، ۲۲]. مطالعه دیگر نشان می‌دهد که افراد تیپ D، سطوح بالاتر بیگانگی اجتماعی را تجربه می‌کنند [۹]. هر چه فرد از نظر اجتماعی بیشتر در خود فرورفته باشد، به همان اندازه کاهش محیط حمایتی را تجربه می‌کند و رابطه معکوسی بین حمایت اجتماعی و تندرستی ضعیف و مرگ‌ومیر نشان داده شده است [۲۳].

محققان دیگر، به‌نقش تیپ شخصیتی D در آزادسازی و پخش کورتیزول اشاره کردند. از نظر این محققان، موقعیت‌هایی که متضمن ترس، اضطراب، درماندگی و فقدان کنترل است، منجر به آزادسازی و پخش کورتیزول می‌گردد [۲۴-۲۶]. در یک مطالعه، رابطه میان هیجان‌پذیری منفی، هیجان‌پذیری مثبت و کورتیزول در پاسخ به عوامل استرس‌زای محیطی نشان داده شد [۲۷]. هیجان‌پذیری منفی با سطوح بالای کورتیزول و هیجان‌پذیری مثبت با سطوح پایین کورتیزول در رابطه بود. افزایش کورتیزول ممکن است عامل میانجی در رابطه بین تیپ شخصیتی D و خطر فزاینده برای بسیاری از بیماری‌های جسمانی و روانی باشد. برای مثال، کورتیزول مانع از هورمون رشد و محورهای غده جنسی شود و کاهش هورمون رشد، خطر نسبتاً بالا برای بسیاری از اختلال‌ها و از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی زودرس در بزرگسالان است [۲۸، ۲۹].

در هر صورت، چه فرض اثرات مستقیم و چه فرض اثرات غیرمستقیم تیپ شخصیتی D بر تندرستی را بپذیریم، آنچه که از یافته‌های مطالعات متعدد برمی‌آید این است که افراد با تیپ شخصیتی D، در مقایسه با سایر انواع شخصیتی، در معرض خطر فزاینده شکل‌گیری و رشد اختلالات جسمانی و روانی قرار دارند [۱۴، ۱۱، ۱۳، ۱۵] و محققان، این نوع شخصیت را به‌عنوان یکی از عوامل آسیب‌شناختی در نظر گرفته‌اند که ممکن است بر تندرستی و طول عمر اثر بگذارد و نیازمند درمان روانشناختی و دارویی است [۳۰].

هرچند مطالعات معدودی در کشورهای دیگر، رابطه شخصیت تیپ D با احتمال بروز اختلال‌های جسمانی و روانی را مورد بررسی قرار دادند اما در ایران تاکنون پژوهشی درباره رابطه این نوع شخصیت با سلامت و بیماری انجام نشده است. پژوهش‌های پیشین درباره سلامت عمومی در ایران، بر نقش متغیرهایی مانند هوش هیجانی [۳۱]، الگوهای فرزندپروری [۳۲]، بی‌خوابی [۳۳]، سبک زندگی [۳۴]، ابعاد شخصیت [۳۵]، باورهای فراشناختی [۳۶]، و نظایر آن تأکید داشتند.

این مطالعه با هدف تبیین تفاوت میان دانشجویان با تیپ شخصیتی D و غیر تیپ شخصیتی D از نظر سلامت عمومی انجام شده است.

روش

مطالعه حاضر، براساس یک طرح پیمایشی و به‌صورت مقطعی و بر روی ۲۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه یزد از هفت گروه آموزشی: علوم انسانی، ادبیات، علوم پایه، ریاضیات و آمار، فنی و مهندسی، منابع طبیعی و هنر و معماری انجام شد. برای اینکه زیر گروه‌ها به تناسب نسبت‌شان در کل، در نمونه هم قرار بگیرند از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب استفاده شد. پس از استخراج داده‌ها، پاسخگویان براساس نمره‌شان بر روی مقیاس تیپ شخصیتی D طبقه‌بندی شدند. این دو طبقه سپس از نظر سلامت عمومی و مولفه‌های آن یعنی، علائم جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی مورد مقایسه قرار گرفتند.

در پژوهش حاضر از ابزار زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید: **مقیاس تیپ شخصیتی D**: برای سنجش تیپ شخصیتی دانشجویان از مقیاس تیپ شخصیتی D (Type D Personality Scale: TDPS) [۱۹] استفاده گردید. این مقیاس مشتمل بر ۱۶ آیتم بود که ۸ آیتم آن هیجان‌پذیری منفی (تمایل به تجربه هیجانات منفی) و ۸ آیتم دیگر نیز بازداری اجتماعی (تمایل به عدم ابراز هیجانات در تعاملات اجتماعی) را می‌سنجید. همه آیتم‌ها بر اساس یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت (غلط، نسبتاً غلط، بی‌نظر، نسبتاً درست و درست) درجه‌بندی شدند. سازنده مقیاس، ضریب اعتبار مقیاس را با استفاده از روش بازآزمایی، ۰/۷۸ برای هیجان‌پذیری منفی و ۰/۸۷ برای بازداری اجتماعی گزارش کرد. در مطالعه دینولت و دیگران [۱۶] نیز ضریب همسانی درونی آیتم‌های هیجان‌پذیری منفی را برابر با ۰/۸۹ و برای بازداری اجتماعی ۰/۸۲ گزارش شد. این مقیاس، ابتدا توسط محقق به فارسی برگردانده شد. به‌منظور بررسی ساختار عاملی این پرسشنامه، از روش تحلیل مولفه‌های اصلی بر روی ۱۶ ماده پرسشنامه، در مورد ۲۴۸ نفر از دانشجویان استفاده شد. در نتیجه این تحلیل، دو عامل با عناوین هیجان‌پذیری منفی و بازداری اجتماعی استخراج شدند. مقدار KMO، نشانگر

متناسب‌بودن حجم نمونه برای اجرای تحلیل مولفه‌های اصلی و آزمون بارتلت نیز نشانگر درست بودن تفکیک عامل‌ها بود. ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ محاسبه گردید. همچنین ضریب اعتبار و همسانی درونی (با استفاده از روش آلفای کرونباخ) آیتم‌های مولفه هیجان‌پذیری منفی و بازداری اجتماعی از سازه تیپ شخصیتی D به‌ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۷۳ محاسبه گردید. دانشجویانی که نمرات بالایی هم در مورد هیجان‌پذیری منفی و هم بازداری اجتماعی دریافت کردند (بالاتر از نمره برش ۱۲ بر روی هر دو خرده‌مقیاس) [۱۹] به‌عنوان دانشجویان با تیپ شخصیتی D طبقه‌بندی شدند.

مقیاس سلامت عمومی: برای سنجش سلامت عمومی دانشجویان، از پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) [۳۱] استفاده شد. گویه‌های این پرسشنامه در قالب یک طیف چهار درجه‌ای (به‌هیچ‌وجه، نه‌بیش‌ازحد معمول، تقریباً بیش‌ازحد معمول و بیش‌ازحد معمول) درجه‌بندی شدند. نمره بالاتر در این مقیاس نشانگر عدم سلامت عمومی بود. ضریب بازآزمایی پرسشنامه سلامت عمومی در مطالعه یعقوبی [۳۲] برابر با ۰/۵۵ و ضریب بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۴۷ به‌دست آمده بود. متوسط حساسیت پرسشنامه برابر با ۰/۸۴ و متوسط ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ بود. همچنین ضریب آلفای برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ محاسبه گردید. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ و برای مولفه‌های اضطراب و بیخوابی، علائم جسمانی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۴؛ ۰/۷۴ و ۰/۷۱ محاسبه گردید. شایان ذکر است که براساس نمره‌گذاری مقیاس سلامت عمومی [۳۱] نمره بالاتر در مقیاس سلامت عمومی نشانگر عدم سلامت عمومی است.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند. از آزمون t، برای مقایسه و تعیین تفاوت بین پاسخگویان از نظر سلامت عمومی با توجه به نوع شخصیت استفاده شد. از رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی، به‌منظور سهم هر یک از متغیرهای منتخب واردشده در مدل، در تبیین واریانس سلامت عمومی استفاده گردید.

یافته‌ها

از ۲۴۸ دانشجوی مورد مطالعه، ۵۲/۸ درصد زن و ۴۷/۲ درصد، مرد بودند. همچنین ۴۴ درصد دارای شخصیت تیپ D و ۵۶ درصد دارای شخصیت غیر تیپ D بودند. میانگین سنی آنها برابر با ۲۱/۳۴ سال با انحراف معیار ۱/۹۷ بود. از نظر وضعیت تاهل، ۱۰/۴ درصد، متاهل و ۸۹/۶ درصد آنها مجرد بودند. نتایج با استفاده از آزمون t، تفاوت معناداری را بین دانشجویان با تیپ

شخصیتی D و غیر تیپ شخصیتی D از نظر مولفه‌های علائم جسمانی ($p < 0.001$)، اضطراب و بیخوابی ($p < 0.001$)، نارسایی در عملکرد اجتماعی ($p < 0.001$) و افسردگی شدید ($p < 0.001$) نشان داد (جدول ۱).

شخصیتی D و غیر تیپ شخصیتی D از نظر سلامت عمومی به‌طور کلی ($p < 0.001$) نشان داد. به‌علاوه نتایج، تفاوت معناداری بین دانشجویان با تیپ شخصیتی D و غیر تیپ

جدول ۱- مقایسه پاسخگویان با تیپ شخصیتی D و غیر تیپ شخصیتی D از نظر سلامت عمومی و مولفه‌های آن

سطح معناداری	t	غیر تیپ شخصیتی D (n= ۱۳۹) sd±m	تیپ شخصیتی D (n= ۱۰۹) sd±m	سلامت عمومی
۰/۰۰۰۱	۴/۲۲	۲/۳±۰/۶۹	۲/۶۹±۰/۸۱	علائم جسمانی
۰/۰۰۰۱	۳/۵۶	۳/۴±۰/۸۱	۲/۷۳±۰/۸۴	اضطراب و بیخوابی
۰/۰۰۰۱	۴/۷۶	۲/۹±۰/۴۸	۳/۲±۰/۴۵	بدکاری اجتماعی
۰/۰۰۲	۳/۰۵	۲/۸±۰/۶۸	۳/۲±۰/۶۸	افسردگی شدید
۰/۰۰۰۱	۳/۵۴	۲/۶±۰/۴۶	۲/۸±۰/۵۳	کل

منفی وارد مدل شد. این متغیر توانست ۸/۴ درصد از واریانس سلامت عمومی را تبیین نماید ($Adj.R^2 = 0.084$)؛ $p < 0.001$ و $F=22/23$ ، در مجموع مدل توانست ۸/۷ درصد از واریانس سلامت عمومی را تبیین نماید. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه ($F=12/22$ و $P < 0.001$) نیز نشان داد که مدل رگرسیون معنادار است.

نتایج رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی (جدول ۲)، سهم دو متغیر بازدارنده اجتماعی (مرحله اول) و متغیر هیجان‌پذیری منفی را در پیش‌بینی و تبیین واریانس سلامت عمومی نشان داد. نتایج نشان داد که متغیر بازدارنده اجتماعی در مرحله اول، هیچ سهمی در تبیین واریانس سلامت عمومی نداشت ($R^2 = -0.03$)؛ $F=0.190$ و $P > 0.05$. در مرحله دوم، متغیر هیجان‌پذیری

جدول ۲- رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه متغیر سلامت عمومی

مرحله	متغیر	β	T	سطح معناداری	ΔR^2	ΔR^2 تنظیم شده	F تغییر یافته	سطح معناداری
۱	بازدارنده اجتماعی	۰/۰۲۸	۰/۴۳۶	N.S	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۱۹۰	N.S
۲	هیجان‌پذیری منفی	۰/۳۱۹	۴/۹۲۲	۰/۰۰۰***	۰/۰۹۱	۰/۰۸۴	۲۴/۲۳	۰/۰۰۰۱***

معنادار نیست: N.S، $P < 0.001$ ***

$$\text{Total } R^2 = 0.092, \text{ Adj. } R^2 = 0.087, F_{(2,243)} = 12/22, P < 0.001$$

می‌کردند. این نتیجه، با یافته‌های پدرسن و دینولت [۱۴]؛ دینولت و دیگران [۱۶]؛ آکواریوس و دیگران [۱۷] هماهنگ است. آنها در مطالعه خود دریافته بودند که تیپ شخصیتی D به‌طور کلی یک عامل خطرآفرین در زمینه برآیندهای نامطلوب تندرستی، کیفیت زندگی مرتبط با تندرستی و اشکال مختلف ناراحتی جسمانی و روانی است. نتایج این مطالعه همچنین یافته‌های دینولت [۶]؛ واتسون و کلارک [۱۰]؛ واتسون و پنیبکر [۱۱]؛ آسندورف [۱۳]؛ هابارا و دیگران [۱۵]؛ دینولت و دیگران [۸] و برکمن و سیم [۲۳] را مورد تایید قرار داد. این محققان دریافته بودند که افراد با تیپ شخصیتی D، در مقایسه با سایر انواع شخصیتی، بیشتر در معرض خطر فزاینده شکل‌گیری و رشد اختلالات جسمانی و روانی قرار می‌گیرند.

از سوی دیگر، نتایج مطالعه حاضر، تفاوت معناداری را بین دانشجویان با تیپ شخصیتی D و غیر تیپ D در زمینه هر یک از مولفه‌های سازه سلامت عمومی نشان داد. الف) تفاوت

بحث

مطالعه حاضر، با هدف تعیین تفاوت بین دانشجویان با تیپ شخصیتی D و غیر تیپ شخصیتی D از نظر سلامت عمومی انجام شد. فرض اساسی این مطالعه با توجه به یافته‌های مطالعات پیشین این بود که رابطه مثبتی بین تیپ شخصیتی D و تجربه برآیندهای منفی سلامت وجود دارد و افراد با تیپ شخصیتی D و غیر تیپ شخصیتی D تفاوت معناداری با یکدیگر از نظر سلامت عمومی دارند. مطالعه حاضر تفاوت معناداری را بین دانشجویان با تیپ شخصیتی D و غیر تیپ شخصیتی D از نظر میانگین نمره‌شان بر روی مقیاس سلامت عمومی نشان داد. میانگین نمره دانشجویان با تیپ شخصیتی D در سلامت عمومی بسیار بالاتر از دانشجویان با شخصیت غیر تیپ D بود. به بیان دیگر، دانشجویان با تیپ شخصیتی D بیشتر از دانشجویان با سایر تیپ‌های شخصیتی، در معرض خطرات اختلالات جسمانی و روانی قرار داشتند و بیشتر از آنها، برآیندهای نامطلوب سلامت را تجربه

تیبین دیگر آن است که افراد تیپ D، احتمالاً سطوح بالاتر بیگانگی اجتماعی را تجربه می کنند [۹]. این تبیین نشان می دهد که افرادی که در خود فرورفته اند، حمایت اجتماعی اندکی کسب کرده که خود باعث تضعیف سلامتی آنها می شود [۲۳].

تبیین سوم، به نقش شخصیت تیپ D در آزادسازی و پخش کورتیزول تأکید دارد. این تبیین معتقد است که، موقعیت هایی که متضمن ترس، اضطراب، درماندگی و فقدان کنترل است، منجر به آزادسازی و پخش کورتیزول شده [۲۶-۲۴] و افزایش کورتیزول ممکن است عامل میانجی در رابطه بین شخصیت تیپ D و خطر فزاینده بسیاری از بیماری های جسمانی و روانی باشد. برای مثال، کورتیزول مانع از هورمون رشد و محورهای غده جنسی شود و کاهش هورمون رشد، خطر نسبتاً بالا برای بسیاری از اختلال ها و از جمله بیماری های قلبی و عروقی زودرس در بزرگسالان است [۲۸، ۲۹].

به طور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد که تیپ شخصیتی D (هیجان پذیری منفی و بازداری اجتماعی) یک عامل خطر آفرین برای سلامتی افراد به شمار می رود و بر سلامت عمومی افراد بسیار موثر است. لذا کاربردهای عملی یافته های مطالعه حاضر در حوزه سلامت و پزشکی می تواند بسیار حائز اهمیت باشد. با پذیرش برآیندهای منفی تیپ شخصیتی D بر سلامت افراد، جستجوی راهکارها و مکانیسم های کمک به افراد با تیپ شخصیتی D به منظور کاهش تجربه عوارض منفی این نوع شخصیت، ضروری به نظر می رسد. مطالعات مختلف، درمان های رفتاری- شناختی، آموزش مهارت های اجتماعی، حمایت هیجانی، روان درمانی میان فردی، تنفس دیافراگمی، آرام سازی پیشرونده عضلات، آموزش خودبه خودی، تصویرپردازی هدایت شده، اشکال مختلف مکاشفه یا ذهن ورزی، هیپنوتیزم، ورزش و یا سایر درمان هایی که ممکن است استرس را در شخص کاهش دهد و توانایی فرد را در اجتماعی شدن بهبود ببخشد پیشنهاد کرده اند. برخی از مطالعات، برای مثال، نشان دادند که ورزش منظم ممکن است به کاهش اضطراب و افسردگی، سهولت بیشتر در کنترل استرس های روزانه، خواب راحت و طولانی تر، بهبود عملکرد جنسی، بهبود در توازن گلوکز و پارامترهای لیپید (چربی ها) و غیره منجر شود [۳۳، ۳۴].

تحقیق حاضر با محدودیت هایی نیز مواجه بوده است. یکی از محدودیت های مطالعه حاضر، به ابزار سنجش متغیرها و به ویژه تیپ شخصیتی D مربوط می شد. از آنجا که سنجش تیپ شخصیتی D غالباً بر ابزارهای خودسنجی مبتنی است تکمیل پرسشنامه تیپ شخصیتی D تا حد زیادی تحت تاثیر علائق افراد به معرفی خود یا خودنمایی و استراتژی های مدیریت برداشت قرار می گیرد [۳۵]. براین اساس، همان گونه که جوینسون نشان داده است، نمرات افراد در شرایط مختلف بر روی مقیاس ها بسیار

معناداری میان میانگین نمره دانشجویان با تیپ شخصیتی D و غیر تیپ D در مورد مولفه اضطراب و بیخوابی وجود داشت. دانشجویان با تیپ شخصیتی D، اضطراب و بیخوابی بیشتری در مقایسه با دانشجویان با شخصیت غیر تیپ D تجربه می کردند. محققانی نظیر واتسون و کلارک [۱۰]؛ واتسون و پنیبکر [۱۱]؛ دینولت و براتسارت [۱۸]؛ پدرسن و دینولت [۱۴]؛ دینولت و دیگران [۱۶]؛ و آکواریوس و دیگران [۱۷] نیز تجربه بالاتر افراد با تیپ شخصیتی D را از نظر تجربه اضطراب و بی خوابی نشان داده بودند. ب) تفاوت معناداری بین دانشجویان با تیپ شخصیتی D و غیر تیپ D از نظر گزارش علائم بیماری جسمانی وجود داشت. این دانشجویان، علائمی نظیر احساس خستگی و مریض احوالی، سردرد، احساس فشار در سر، نیاز به داروی تقویت کننده را بیش از دانشجویان غیر تیپ D گزارش کردند. محققانی مثل دینولت [۶] و دینولت و وان هک [۱۲] نیز ابراز علائم مذکور را توسط افراد با تیپ شخصیتی D و افرادی که نمره بالایی در زمینه هیجان پذیری منفی گرفته بودند در مطالعه خود گزارش کردند. پ) تفاوت معناداری بین دانشجویان با تیپ شخصیتی D و غیر تیپ D در زمینه نارسایی در عملکرد اجتماعی وجود داشت ($p < 0.01$). افراد با تیپ شخصیتی D بیش از افراد با شخصیت غیر تیپ D، ویژگی هایی نظیر: احساس نادرستی کارهای انجام شده، عدم رضایت از کارهای انجام شده، احساس فقدان نقش مهم در کارها، عدم قدرت در تصمیم گیری را گزارش کردند. این نتیجه، یافته های دینولت [۶]؛ دینولت و وان هک [۱۲] و دینولت و دیگران [۸] را مورد تایید قرار داده است. آنها نیز در مطالعات خود نشان داده بودند که افراد با تیپ شخصیتی D در مقایسه با سایر انواع شخصیت، اختلال بیشتری را در عملکردهای اجتماعی و روزانه خود تجربه می کنند. ت) و بالاخره، تفاوت معناداری بین دانشجویان با تیپ شخصیتی D و دانشجویان با غیر تیپ D از نظر افسردگی شدید وجود داشت ($p < 0.001$). افراد با تیپ شخصیتی D بیش از افراد با غیر تیپ D، نشانه های افسردگی نظیر: احساس ناامیدی، احساس بی ارزش بودن زندگی، احساس عصبی بودن و خطور کردن فکر خودکشی در ذهن آنان را گزارش کردند. محققانی مثل واتسون و کلارک [۱۰]؛ واتسون و پنیبکر [۱۱]؛ دینولت و براتسارت [۱۸]؛ پدرسن و دینولت [۱۴]؛ دینولت و دیگران [۸]؛ آکواریوس و دیگران [۱۷] و هابارا و دیگران [۱۵] نیز نشان داده بودند که تیپ شخصیتی D یک عامل خطر آفرین برای افسردگی است.

تبیین مکانیسم های اثرگذاری شخصیت تیپ D بر سلامت عمومی بسیار پیچیده است. برخی از محققان [۲۱ و ۲۲]، بر این باورند که شخصیت تیپ D ممکن است از طریق رژیم غذایی ضعیف و فقدان ورزش بر اختلال هایی مانند هیپرتانسیون (فشارخون بالا) و بیماری های قلبی و عروقی اثر بگذارد.

disposition to experience aversive emotional states. *J Psychol Bull.* 1984;96:465-90.

11- Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *J Psychol Rev.* 1989;96:234-54.

12- Denollet J, Van Heck GL. Psychological risk factors in heart disease. What type D personality is (not) about. *J Psychosom Res.* 2001;51:465-8.

13- Asendorpf JB. Social inhibition: A general-developmental perspective. In: Traue, HC, and Pennebaker JW. eds. *Emotion, Inhibition, and Health.* Seattle WA, Hogrefe and Huber Publishers; 1993.

14- Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: A review. *Eur J Card Pre Rehab.* 2003;10:241-8.

15- Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res.* 2003;55:235-45.

16- Denollet J, Vaes J, rutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: Adverse effects of type D personality and younger age on 5 year prognosis and quality of life. *Circulation: J Am Heart Assoc.* 2000; 102:630-5.

17- Aquarius AE, Denollet J, Hamming JF, de Vries J. Role of disease status and type D personality in outcomes in patients with peripheral arterial disease. *Am J Card.* 2005;96:996-1001.

18- Denollet J, Brutsaert DL. Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation: J Am Heart Assoc.* 1998;97:167-73.

19- Denollet J. Personality and coronary heart disease: the ype-D Scale (DS16). *Annal Beh Med.* 1998;20:209-15.

20- Pedersen SS, Middel B. Increased vital exhaustion among type D patients with ischemic heart disease. *J Psychosom Res.* 2004;51:443-9.

21- Knoop KT, De Groot LC, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Menotti A, Van Staveren WA. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10 year mortality in elderly European men and women: The HALE project. *J Am Med Associat.* 2004;292:1433-9.

22- Kahn HA. The relationship of repeated coronary heart disease mortality to physical activity of work. *Am J Pub Health.* 1963;53:1058-67.

23- Berkman LF, Syme AS. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol.* 1979; 109:186-204.

24- Lundberg U. Catecholamine and cortisol excretion under psychologically different laboratory conditions. In: Usdin E, Kvetnanski R, Kopin I, eds. *Catecholamines and Stress: Recent Advances.* North Holland, Elsevier, 1980:455-60.

25- Buchanan TW, Absi M, Lovallo WR. Cortisol fluctuates with increases and decreases in negative affect. *J Psychoneuroendocrin.* 1999;24:227-41.

26- Lovallo WR, Thomas TL. Stress hormones in psychophysiological research: emotional, behavioral, and cognitive implications, (eds). *Handbook of psychophysiology.* New York, Cambridge University Press; 2000.

27- Smyth J, Ockenfels MC, Porter L, Kirschbaum C, Hellhammer DH, Stone AA. Stressors and mood measured on a momentary basis are associated with salivary cortisol secretion. *Psychoneuroendocrin.* 1998;23:353-70.

28- Erfurth EM, Bulow B, Eskilsson J, Hagmar L. High

متفاوت خواهد بود [۳۶]. بنابراین به محققان آینده پیشنهاد می‌شود که برای سنجش تیپ شخصیتی D و نیز سلامت عمومی از مقیاس‌های خودسنجی همراه با مقیاس‌های غیرمستقیم‌تر که نسبت به این اثرات کمتر آسیب‌پذیرند استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری

شخصیت تیپ D، که با دو مولفه هیجان‌پذیری منفی و بازداری اجتماعی تعریف می‌شود، یک ریسک فاکتور نیرومند برای سلامت روانی و فیزیکی به‌شمار می‌رود. دانشجویانی که به‌عنوان دارنده شخصیت تیپ D، تعریف شده بودند، علائم اختلال‌های روانی و جسمانی بیشتری، مانند اضطراب و بیخوابی، علائم بیماری‌های جسمانی، بدکاری اجتماعی و افسردگی در مقایسه با دانشجویان با شخصیت غیر تیپ D، گزارش کردند. بنابراین، به‌منظور ارتقای سلامت عمومی دانشجویان، مداخله‌های رفتاری، شناختی و اجتماعی ضروری به‌نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همه دانشجویانی که محقق را در امر جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز این مطالعه یاری رساندند و نیز از سرکار خانم فاطمه مسعودنیا به‌خاطر راهنمایی‌های ارزنده‌شان سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- 1- Heilbrun AB, Friedberg EB. Type A personality, self-control, and vulnerability to stress. *J Pers As.* 1988; 52:420-33.
- 2- Williams RB, Littman AB. Psychosocial factors: Role in cardiac risk and treatment strategies. *Card Clin.* 1996;14:97-104.
- 3- Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiat.* 1998;55:580-92.
- 4- Sher L. Effects of psychological factors on the development of cardiovascular pathology: Role of the immune system and infection. *J Med Hypo.* 1999;53:112-13.
- 5- Ursano RJ, Epstein RS, Lazar SG. Behavioral responses to illness: Personality and personality disorders, 2nd edn. Washington DC, Am Psychiat Publ; 2002.
- 6- Denollet J. Type D personality. A potential risk factor defined. *J Psychosom Res.* 2000;49:255-66.
- 7- Watson D, Clark LA, Harkness AR. Structures of personality and their relevance to psychopathology. *J Abnormal Psychol.* 1994;103:18-31.
- 8- Denollet J, Sys SU, Brutsaert DL. Personality and mortality after myocardial infarction. *J Psychosom Med.* 1995;57:582-91.
- 9- Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet.* 1996;34:417-21.
- 10- Watson D, Clark LA. Negative affectivity: The

- between personality dimensions and general health among students of Tabriz University. *J Psychol Edu St.* 2008; 9(2):47-63. [Persian]
- 36- Ashoori A, Vakili Y, Ben-Saeed S, Noei Z. Metacognitive beliefs and general health among college students. *J Fund Men Health.* 2009;11(1):15-20. [Persian]
- 37- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *J Psychol Med.* 1979; 9:139-45.
- 38- Yaghoobi N. Epidemiology of mental disorders in Someehsara urban and rural regions [Dissertation]. Tehran, Iran University of Medical Sciences and Health Services; 1995.
- 39- Naughton JP. Physical activity and coronary heart disease. In: Wilson PK, ed. *Adult Fitness and Cardiac Rehabilitation.* Baltimore, University Park Press; 1975.
- 40- Sher L. The endogenous euphoric reward system that reinforces physical training: A mechanism for mankind's survival. *J Med Hypo.* 1998;51:449-50.
- 41- Farnham SD, Greenwald AG, Banaji MR. Implicit self-esteem. In D. Abrams, MA. Hogg, *Social identity and social cognition.* Bodmin: MPG. Books Ltd. 1999.
- 42- Joinson A. Social desirability, anonymity, and internet-based questionnaires. *Behav Res Methods, Instru Comput.* 1999;31:439-445.
- incidence of cardiovascular disease and increased prevalence of cardiovascular risk factors in women with hypopituitarism not receiving growth hormone treatment: Preliminary results. *Growth Horm IGF Res.* 1999;9:21-4.
- 29- Hew FL, O'Neal D, Kamarudin N, Alford FP, Best JD. Growth hormone deficiency and cardiovascular risk. *Baill Clin Endocrin Metab.* 1998;12:199-216.
- 30- Sher L. Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *Quart J Med.* 2005;98:323-9.
- 31- Banihashmiyan K, Bahrami Ehsan H, Moazzen M. Relation between head masters' general health and emotional intelligence and job satisfaction of teachers. *J Behav Sci.* 2010;4(1):45-50. [Persian]
- 32- Bagerpur S, Bahrami-Ehsan H, Fathi-Ashtiani A, Ahmadi Kh, Ahmadi AA. Relationship between Child rearing style and mental health and academic achievement. *J Behav Sci.* 2007;1(1):34-40. [Persian]
- 33- Hojati H, Jalalmanesh S, Fesharaki M. Sleeplessness effects on the general health of hospitals nightshift nurses in Gorgan, Iran. *J Gorg Univ Med Sci.* 2009;11(3):70-5. [Persian]
- 34- Samimi R, Masrure Rodsary D, Tamadonfar M, Hosseini F. Correlation between life style and general health in university students. *Iran J N.* 2007;19(48):83-93. [Persian]
- 35- Garusi-Farshi M, Hakime H. The relationship