

رابطه تیپ D شخصیت و همکاری درمانی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا با تأکید بر نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجانی

شیمای تمنایی فر^۱، اعظم السادات خدادادی^۲، علی رضا قنایی^۳

^۱ دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، بیمارستان روانپزشکی روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۲ کارشناسی ارشد، روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد کاشان، اصفهان، ایران.

^۳ کارشناسی ارشد، روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد کاشان، اصفهان، ایران.

نام نویسنده مسئول:

اعظم السادات خدادادی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۱۱

چکیده

پژوهش با هدف بررسی رابطه تیپ D شخصیت و همکاری درمانی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا با تأکید بر نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجانی انجام گردید. طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به فشار خون بالا مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی و مراکز درمانی شهرستان کاشان بود. بر این اساس ۱۶۲ بیمار مبتلا به فشار خون بالا بر اساس فرمول پیشنهادی تاباخنیک و فیدل و به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه های تیپ شخصیتی D دونلت (۲۰۰۵)، پیروی از درمان ماریسکی (۱۹۹۲) و تنظیم شناختی هیجان گرنفسکی (۲۰۰۱) بود. از روش آماری ضریب همبستگی و تحلیل مسیر به کمک SPSS و AMOS استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجانی توانسته نقش میانجی گری بر رابطه تیپ شخصیتی D با همکاری درمانی، در بیماران مبتلا به فشار خون بالا ایفا نماید ($p < 0/05$) همچنین نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجانی در رابطه دو مولفه تیپ شخصیتی D با همکاری درمانی نیز نقش میانجی ایفا می کند ($p < 0/05$). نتایج ضریب همبستگی نشان داد بین عواطف منفی و بازداری اجتماعی با همکاری درمانی، راهبردهای تنظیم هیجانی و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان رابطه منفی و معنادار و با راهبردهای منفی تنظیم هیجان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($p < 0/05$).

واژگان کلیدی: تنظیم هیجان، تیپ D شخصیت، همکاری درمانی.

مقدمه

فشار خون بالا افراد افراد را به تصلب شرائین، حملات قلبی و سکتة مستعد می‌سازد و به سبب نارسایی کلیوی که ایجاد می‌کند، باعث مرگ انسان‌ها می‌شود و به همین خاطر به آن قاتل خاموش گفته می‌شود (ترخان و همکاران، ۱۳۹۱). بیماری فشار خون یک بیماری چند بعدی است که علل و عوامل مختلفی می‌تواند در بروز و تشدید آن موثر باشد. عواملی از جمله عوامل ژنتیکی، محیطی، روانی و اجتماعی در ایجاد فشار خون بالا نقش بسزایی دارند. (دریسلر و همکاران^۱، ۲۰۰۷). متأسفانه دانشمندان هنوز نتوانسته‌اند به علت واقعی این بیماری پی ببرند و از سوی دیگر درمان قطعی نیز برای این بیماری وجود ندارد. این دو موضوع در حال حاضر باعث شده تا این بیماران با مشکلات روانی عمده‌ای از جمله استرس و اضطراب شدید مواجه شوند که بر بهزیستی آنان تاثیر گذار می‌باشد (فرج زاده، کاهنی و سعادت جو، ۱۳۸۴).

همکاری درمانی موضوعی است که از دیرباز در ارتباط میان بیمار و متخصصان بالینی مطرح بوده و عدم پایبندی همواره یک مشکل مهم و چند وجهی در حوزه سلامت محسوب شده است. (ارین^۲، ۲۰۰۲؛ به نقل از علیدوست قهفرخی و همکاران، ۱۳۹۴). مطالعات مختلف عوامل متعددی را بر پیروی از دستورات مراقبتی موثر دانسته‌اند؛ از جمله این عوامل می‌توان به سن، جنس، ویژگی‌های شخصیتی و بیماری‌های زمینه‌ای فرد بیمار اشاره نمود (شیروانیان، ۱۳۸۹). یکی از مهمترین عوامل در پیروی از درمان داشتن درک درست از بیماری، پیامدها و طول مدت بیماری است (کلانتری و همکاران، ۱۳۹۰). بنابراین اگر بیماری باورهای غلطی درباره بیماری داشته باشد، ممکن است راهبردهای سازگاری ناهنجاری را اتخاذ کند و چنین راهبردهایی می‌تواند اثرات مضر بر سلامت روانی و ابعاد زندگی فرد داشته باشد. همکاری ضعیف در درمان، هم برای بیماران و هم برای سیستم‌های ارائه کننده مراقبت‌های مرتبط با سلامت، زنگ خطر محسوب می‌شود؛ زیرا از منظر بالینی، عدم پایبندی به درمان^۳ سبب کاهش اثرات مفید درمانی، علائم و نشانه‌ها، افزایش عوارض و افزایش میزان بستری و یا حتی مرگ گردد (البرزی منش، کیمیگر، رشیدخانی و صدرینی، ۱۳۹۰).

شخصیت مجموعه‌ای از ویژگی‌های جسمی و ذهنی را با هم ترکیب می‌کند که بر نحوه‌ای که فرد می‌بیند، می‌اندیشد، عمل می‌کند و احساس می‌کند، دلالت دارد (شرمهورن^۴ و همکاران، ترجمه ایران نژاد، بابایی و سبحان الهی، ۱۳۸۶). مفهوم تیپ شخصیتی **D** بیانگر تعامل صفات ویژه‌ای است که ممکن است روی سلامتی اثرات زیان باری داشته باشد. این افراد با تیپ شخصیتی **D**، عواطف منفی بالا و بازداری اجتماعی بیشتری را نشان می‌دهند (سلطانی شال، آقامحمدیان شهرباف و کارشکی، ۱۳۹۳). این افراد برای جلوگیری از طرد شدن، از در میان گذاشتن احساسات منفی خود با دیگران اجتناب می‌کنند. بنابراین این امر موجب می‌شود که آنها از مقادیر عظیمی از استرس رنج ببرند که باعث می‌شود آنها مستعد بیماری‌های قلبی یا فشار خون باشند (آرمون^۵، ۲۰۱۴). در درمان فشارخون، علاوه بر درمان‌هایی دارویی، از روش‌های غیر دارویی استفاده می‌شود. یکی از مهم ترین درمان‌های غیر دارویی تکنیک آرام سازی است. روانشناسان بر این عقیده‌اند که تحریکات استرس زا در محیط زندگی بیماران ممکن است عاملی در جهت رشد نگهداری فشارخون بالا باشد (شریف، ۲۰۰۸). تنظیم هیجان^۶ دلالت دارد بر به کار گماشتن افکار و رفتارهایی که در هیجان‌های آدمی تأثیر می‌گذارند. تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود (گروس و جان^۷، ۲۰۰۳).

گراس، تنظیم هیجان را عاملی در نظر می‌گیرد که در سرتاسر فرایند تولید یک هیجان رخ می‌دهد. وی افراد مختلف را در به‌کارگیری تدابیر تنظیم هیجان به دو گروه عمده تقسیم می‌کند: افرادی که بر حوادث قبل از رخ دادن یک هیجان تمرکز می‌کنند و افرادی که بر پاسخ‌های هیجانی متمرکز می‌شوند (رضوان، بهرامی و عابدی، ۱۳۹۰).

1.- Dresseler et al.

2 . Erien

3- Adherence to Treatment

4- Shermhon

5- Armon

6 - Emotional regulation

7 - Gross & John

آنچه در فرایند بیماری های منسوب به تنش بیش از خود یا فشار خون بالا اهمیت دارد، نوع واکنش و مقابله فرد در برابر آن است. افراد با ویژگی های فردی و منحصر به فرد خود در برابر بیماری ها واکنش های مختلفی نشان می دهند. افراد با تیپ شخصیت D و ویژگی های منحصر به فرد خود بیشتر در معرض بیماری های قلبی و فشارخون بالا هستند. واقعیت این است که فشار خون بالا فی نفسه سلامت فرد را نشانه نمی گیرد اما در صورت بی توجهی، امکان دارد که به مغز، قلب و کلیه ها آسیب رسانده و فرد را از یک موجود فعال و مستقل به موجودی تبدیل کند که برای تداوم زندگی محتاج دیگران می شود.

فکری، عیسی زادگان، میکاییلی منبع (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به فشار خون اساسی و افراد غیر مبتلا دریافتند که بیماران با فشار خون اساسی نمره های بیشتری در مولفه های خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، نشخوارگری، فاجعه‌نمایی و نمره های کمتری در تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت در مقایسه با افراد سالم دارند. همچنین در مولفه های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی و ناگویی هیجانی بین دو گروه تفاوت معنادار مشاهده شد. و صالح زاده (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه ناگویی هیجانی و تیپ شخصیتی D با میانجی‌گری استرس ادراک شده بر میزان فشار خون بیماران قلبی دریافتند که تیپ شخصیتی D و ناگویی هیجانی با میانجی‌گری استرس ادراک شده می‌توانند سبب افزایش فشار خون شوند. همچنین بخشایش و دهقانی (۱۳۹۲)، باقری و عزیز پور (۱۳۹۳)، رنجبر و همکاران (۱۳۹۱)، بکائیان (۱۳۹۱)، مازوتی، سباستینی و مارچتی^۸ (۲۰۱۲)، فارچئون و همکاران^۹ (۲۰۱۲) نیز در پژوهش های خود به نتایج مشابه دست یافته اند. اپیفانیو و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان تیپ D شخصیتی و ناگویی هیجانی؛ ویژگی‌های مشترک علی رغم دو ساختار مختلف، دریافتند که عواطف منفی بشدت با مشکلات مربوط به شناسایی احساسات و مشکلات در توصیف احساسات بسیار ارتباط دارد، در حالی که بازداری اجتماعی به شدت با مشکلات در توصیف احساسات ارتباط دارد.

روش تحقیق

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری کلیه افراد مبتلا به بیماری فشار خون بالا که به بیمارستان شهید بهشتی کاشان و یا مراکز درمانی و بهداشتی شهرستان مراجعه نموده و یا به دلیل فشار خون بالا بستری شده و تحت درمان بودند، می‌باشد. به منظور تعیین حجم نمونه، با توجه به این که روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود؛ از فرمول پیشنهادی تاباخنیک و فیدل (۲۰۰۷) استفاده شد. بر اساس فرمول پیشنهادی آنان در مطالعات همبستگی از فرمول $N \geq 50 + 8M$ ، جهت تعیین حداقل حجم نمونه استفاده شد. در این مطالعه ۳ متغیر و خرده متغیر پیش بین (پرسشنامه تیپ شخصیتی D با دو مولفه و یک نمره) و پرسشنامه تنظیم هیجان (با ۹ مولفه و دو راهبرد کلی) وجود داشت که طبق فرمول فوق، حجم نمونه محاسبه شده برابر با ۱۶۲ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری دردسترس بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش برای بیماران شامل: (۱) تشخیص ابتلا به فشار خون بالا با تایید پزشک یا پرونده پزشکی (۲) دامنه سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال (۳) حداقل سواد خواندن و نوشتن (۴) رضایت و حضور داوطلبانه برای شرکت در پژوهش بود. همچنین افرادی که دارای شرایط حاد که بعلت شرایط جسمی یا روانی بنا به تشخیص پزشک متخصص قادر به تکمیل پرسشنامه‌ها نبودند، در نمونه‌ی پژوهش قرار نگرفتند.

معرفی پرسشنامه ها:

پرسشنامه تیپ شخصیتی D: سازه تیپ را می‌توان با استفاده از پرسشنامه کوتاه DS-14 اندازه گیری قرار داد. این پرسشنامه توسط دونلت (۲۰۰۵) ساخته شد که دارای دو زیر مقیاس ۷ آیتمی است که به ترتیب عواطف منفی و بازداری اجتماعی را ارزیابی می‌کند. هر سوال بر اساس مقیاس طیف لیکرت از صفر (غلط) تا چهار (صحیح) درجه بندی شده است. جونگ و

⁸ - Mazzotti, Sebastiani & Marchetti

⁹- Farchion

¹⁰ - Epifanio & et.al

همکاران، (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۸ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۶ و ضریب اعتبار همزمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A، ۰/۶۳ گزارش نموده اند. بخشایش و دهقانی (۱۳۹۱) نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۸ بدست آورده اند.

پرسشنامه پیروی از درمان: این پرسشنامه به منظور ارزیابی پیروی از درمان از پرسشنامه‌ی پیروی ماریسکی (۱۹۹۲) که شامل ۹ سوال ۵ گزینه‌ای می‌باشد، طراحی شد. در تحقیقات مختلف روایی و پایایی مناسبی از این پرسشنامه گزارش شده است. (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۲).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-P): پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی یک پرسشنامه خودسنجی ۳۶ سوالی است. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط گرنفسکی، کریچ و اسپین هاوون^{۱۱} طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۹ مولفه می باشد که ۵ مولفه آن (راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه) راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و ۴ مولفه آن (راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه آمیز پنداری) راهبردهای منفی تنظیم هیجان را نشان می دهند. پاسخ های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) جمع آوری می گردد. سازندگان این پرسشنامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه کرده اند. اعتبار و روایی بدست آمده از پرسشنامه در جمعیت ایرانی از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های سرزنش خود ۰/۷۷، مقابله و پذیرش ۰/۷۰، مثبت اندیشی ۰/۷۶، سرزنش دیگران ۰/۶۴ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۰ محاسبه شد (امین آبادی، خداپناهی و دهقانی، ۱۳۹۰).

یافته ها

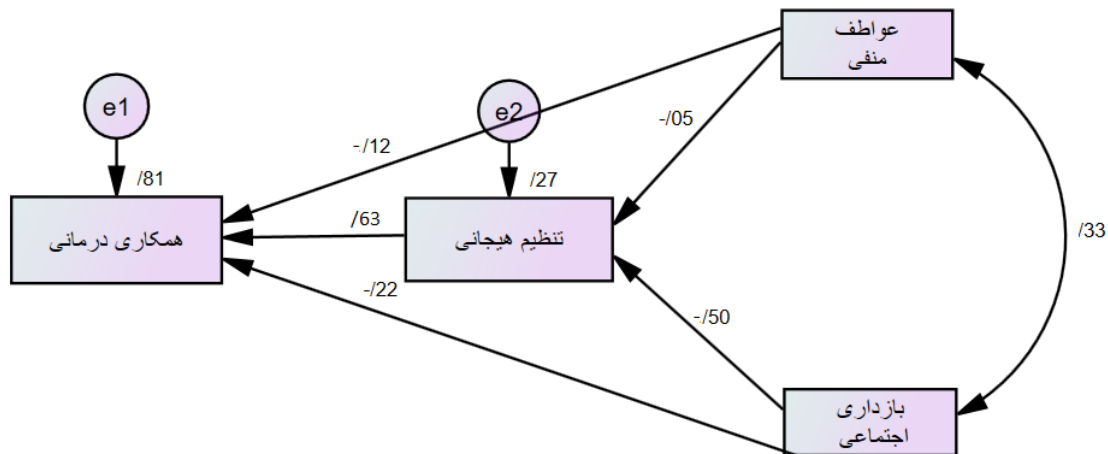
در این بخش به بررسی فرضیه های پژوهش با استفاده از آزمون های بررسی پیش فرض ها و ضریب همبستگی و تحلیل مسیر پرداخته شده است.

جدول ۱: شاخص های برازندگی مدل اندازه گیری پیشنهاد شده نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجانی در رابطه تیپ شخصیتی D و همکاری درمانی

شاخص های برازندگی مدل اندازه گیری	GFI	AGFI	TLI	IFI	NFI	CFI	RMSEA
مدل پیشنهادی	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۹	۱/۰۰	۰/۰۷

با توجه به جدول ۱ شاخص های برازندگی مدل مفروض در حد مطلوب و خوبی قرار دارند که این حاکی از برازش خوب مدل است. این مدل با مقدار کای اسکور برابر ۴/۴۸ و درجه آزادی ۴ در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار نمی باشد. بدین ترتیب مدل پیشنهادی با مدل مطلوب برازش دارد و نشان دهنده نقش میانجی گری راهبردهای تنظیم هیجانی در رابطه تیپ شخصیتی D و همکاری درمانی است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی اصلی تحقیق مبنی بر نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجانی در رابطه تیپ شخصیتی D و همکاری درمانی بیماران مبتلا به فشار خون بالا تایید شد.

¹¹- Granefski, Karraij & Spinhoven



شکل ۱ مدل برازش شده نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجانی در رابطه مولفه‌های تیپ شخصیتی D و همکاری درمانی

با توجه به شکل شماره ۱ و مدل ساختاری پیشنهادی برازش شده بیان می‌شود که ضریب کواریانس مولفه‌های عواطف منفی با بازداری اجتماعی برابر با ۰/۳۳ بود. ضرایب رگرسیون عواطف منفی به تنظیم هیجانی و همکاری درمانی به ترتیب برابر با ۰/۰۵ و ۰/۱۲ و ضرایب رگرسیون بازداری اجتماعی به تنظیم هیجانی و همکاری درمانی به ترتیب برابر با ۰/۵۰ و ۰/۲۲ گزارش شده است. تمامی این ضرایب به جز ضریب عواطف منفی به تنظیم هیجانی در سطح $P < 0.01$ معنادار است.

جدول ۲. ضرایب کل، مستقیم و غیر مستقیم استاندارد شده نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجانی در رابطه تیپ شخصیتی D و همکاری درمانی

مسیرهای رگرسیونی	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم
تنظیم هیجانی- همکاری درمانی	۰/۶۳	۰/۶۳	۰/۰
تیپ شخصیتی D- تنظیم هیجانی	-۰/۴۰	-۰/۴۰	۰/۰
تیپ شخصیتی D- همکاری درمانی	۰/۲۵	-۰/۱۱	۰/۳۶

مندرجات جدول ۲ نشان داد بین تنظیم هیجانی به همکاری درمانی تنها مسیر مستقیم با ضریب ۰/۶۳ وجود دارد. بین تیپ شخصیتی D به تنظیم هیجانی مسیر مستقیمی به ضریب -۰/۴۰ وجود داشته است. همچنین ضریب کلی تیپ شخصیتی D به همکاری درمانی ۰/۲۵ بود که از این ضرایب -۰/۱۱ سهم مسیر مستقیم بوده است و مسیر غیر مستقیم آن برابر با ۰/۳۶ بود. با توجه به نتایج به دست آمده بیان می‌شود که راهبردهای تنظیم هیجانی توانسته است نقش میانجی خوبی بر رابطه بین تیپ شخصیتی D و همکاری درمانی ایفا نماید.

جدول ۳. ضرایب کل، مستقیم و غیر مستقیم استاندارد شده نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجانی در رابطه تیپ شخصیتی D و همکاری درمانی

مسیرهای رگرسیونی	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم
تنظیم هیجانی- همکاری درمانی	۰/۶۳	۰/۶۳	۰/۰
عواطف منفی- تنظیم هیجانی	-۰/۰۵	-۰/۰۵	۰/۰
عواطف منفی- همکاری درمانی	۰/۰۷	۰/۱۲	-۰/۰۵
بازداری اجتماعی- تنظیم هیجانی	۰/۵۰	۰/۵۰	۰/۰
بازداری اجتماعی- همکاری درمانی	۰/۲۸	-۰/۲۲	۰/۵۰

مندرجات جدول ۳ نشان داد که اثر کلی عواطف منفی به همکاری درمانی برابر با ۰/۰۷ بوده است که از این بین ضریب مستقیم این میر برابر با ۰/۱۲ و ضریب غیر مستقیم عواطف منفی به همکاری درمانی با نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجانی برابر با ۰/۰۵- گزارش شده است. همچنین اثر کلی بازداری اجتماعی به همکاری درمانی برابر با ۰/۲۸ بوده است که از این بین ضریب مستقیم این مسیر برابر با ۰/۲۲- و ضریب غیر مستقیم بازداری اجتماعی به همکاری درمانی با نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجانی برابر با ۰/۵۰ بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده بیان می‌شود که راهبردهای تنظیم هیجانی توانسته است نقش میانجی خوبی بر رابطه بین مولفه‌های تیپ شخصیتی D و همکاری درمانی ایفا نماید.

جدول ۴. ضرایب همبستگی مولفه‌های تیپ شخصیتی D و همکاری درمانی

مقیاس	همکاری درمانی	تیپ شخصیتی D	عواطف منفی	بازداری اجتماعی
همکاری درمانی	۱/۰۰			
تیپ شخصیتی D	-۰/۲۵**	۱/۰۰		
عواطف منفی	-۰/۱۵*	۰/۴۶**	۱/۰۰	
بازداری اجتماعی	-۰/۲۶**	۰/۸۲**	۰/۳۲**	۱/۰۰

با توجه به جدول ۴ همکاری درمانی با تیپ شخصیتی D رابطه منفی معناداری با ضریب -۰/۲۵ در سطح $P < ۰/۰۱$ داشته است. همچنین همکاری درمانی با عواطف منفی و بازداری اجتماعی به ترتیب همبستگی با ضرایب -۰/۱۵ و -۰/۲۶ داشته است. این بدین معناست که با بالا بودن تیپ شخصیتی D و مولفه‌های عواطف منفی و بازداری اجتماعی در بین بیماران مبتلا به فشار خون بالا، همکاری درمانی در بین افراد پایین خواهد بود.

جدول ۵. ضرایب همبستگی مولفه‌های تیپ شخصیتی D و راهبردهای تنظیم هیجانی

مقیاس	تیپ شخصیتی D	عواطف منفی	بازداری اجتماعی	راهبردهای تنظیم هیجانی	راهبردهای مثبت	راهبردهای منفی
تیپ شخصیتی D	۱/۰۰					
عواطف منفی	۰/۴۶**	۱/۰۰				
بازداری اجتماعی	۰/۸۲**	۰/۳۲**	۱/۰۰			
راهبردهای تنظیم هیجانی	-۰/۴۰**	-۰/۲۱**	-۰/۳۱**	۱/۰۰		
راهبردهای مثبت	-۰/۱۳*	۰/۰۳	۰/۱۰*	۰/۶۲**	۱/۰۰	
راهبردهای منفی	۰/۲۲**	۰/۱۴*	۰/۱۹**	-۰/۵۳**	-۰/۴۹**	۱/۰۰

** $P < ۰/۰۱$

* $P < ۰/۰۵$

با توجه به جدول ۵. تیپ شخصیتی D با راهبردهای تنظیم هیجانی رابطه منفی معناداری با ضریب -۰/۴۰ در سطح $P < ۰/۰۱$ داشته است. این بدین معناست که با بالا بودن تیپ شخصیتی D در بین افراد، نمرات راهبردهای تنظیم هیجانی در آن‌ها پایین خواهد بود و بالعکس. تیپ شخصیتی D با مولفه‌های راهبرد مثبت و منفی به ترتیب ضریب همبستگی -۰/۱۳ و ۰/۲۲ داشته است. همچنین راهبردهای تنظیم هیجانی رابطه منفی معناداری با ضرایب همبستگی -۰/۲۱ و -۰/۳۱ با مولفه‌های عواطف منفی و بازداری اجتماعی داشته است.

جدول ۶. ضرایب همبستگی راهبردهای تنظیم هیجانی و همکاری درمانی

مقیاس	همکاری درمانی	راهبردهای تنظیم هیجانی	راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی	راهبردهای منفی تنظیم هیجانی
همکار درمانی	۱/۰۰			
راهبردهای تنظیم هیجانی	۰/۵۳**	۱/۰۰		
راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی	۰/۳۱**	۰/۶۲**	۱/۰۰	
راهبردهای منفی تنظیم هیجانی	-۰/۲۳**	-۰/۵۳**	-۰/۴۹**	۱/۰۰
$P < ۰/۰۵$ *				$P < ۰/۰۱$ **

با توجه به جدول ۶. همکاری درمانی با راهبردهای تنظیم هیجانی رابطه مثبت معناداری با ضریب ۰/۵۳ در سطح $P < ۰/۰۱$ داشته است. همچنین همکاری درمانی با راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجانی به ترتیب همبستگی با ضرایب ۰/۳۱ و -۰/۲۳ داشته است. این بدین معناست که با بالا راهبردهای تنظیم هیجانی و راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی در بین بیماران مبتلا به فشار خون بالا، همکاری درمانی در بین افراد نیز بالا خواهد بود و بالعکس. همچنین با بالا بودن راهبردهای منفی تنظیم هیجانی در افراد، نمرات همکاری درمانی در افراد پایین خواهد بود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش های حاضر نشان داد بین تنظیم هیجانی به همکاری درمانی تنها مسیر مستقیم با ضریب ۰/۶۳ وجود دارد. بین تیپ شخصیتی D به تنظیم هیجانی مسیر مستقیمی به ضریب ۰/۴۰ وجود داشته است. همچنین ضریب کلی تیپ شخصیتی D به همکاری درمانی ۰/۲۵ بود که از این ضرایب ۰/۱۱- سهم مسیر مستقیم بوده است و مسیر غیر مستقیم آن برابر ۰/۳۶ بود. با توجه به نتایج به دست آمده بیان می شود که راهبردهای تنظیم هیجانی توانسته است نقش میانجی خوبی بر رابطه بین تیپ شخصیتی D و همکاری درمانی ایفا نماید. اگر چه پژوهشی که دقیقاً منطبق با یافته پژوهش حاضر باشد یافت نشد اما یافته های پژوهش حاضر با یافته های سلطانی شال و همکاران (۱۳۹۳) و سالموبیگو- بلوچر و کری (۲۰۱۸) همسو می باشد. شخصیت یکی از عواملی است که ممکن است انواع سبکهای مقابله با استرس و استراتژی های مورد استفاده در تنظیم هیجان را تحت تاثیر قرار دهد. مطالعات در این زمینه نشان داده است که افراد با تیپ شخصیتی D تمایل به استفاده از سبکهای مقابله ای منفعل و ناسازگارانه اجتنابی دارند که مرتبط با درجات بالاتری از استرس ادراک شده و علائم فرسودگی است (پولام و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۹). تعدادی از محققان به نقش مهم الگوهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی در ابتلا به افسردگی، اضطراب و بیماری های روان تنی اشاره نموده اند. بر مبنای این نظریات علائم و نشانه های افسردگی پیامد نقص فرد در تنظیم هیجانات خود به شیوه سازگار و صحیح می باشد (مومنی، ۱۳۹۵). بنابراین با توجه به آنچه که گفته شد به نظر می رسد که افرادی که تیپ شخصیتی D دارند به تجربه هیجانات منفی از قبیل خلق افسرده، اضطراب، خشم و احساسات خصمانه همراه با بازداری این هیجانات هنگام اجتناب از تماسهای اجتماعی گرایش دارند و عوامل شخصیتی با تاثیر بر سطح فشار روانی، اضطراب، پرخاشگری و تعارضهای بین فردی می توانند در سبب شناسی اختلالات مربوط به فشار خون بالا نقش عمده داشته باشند.

همچنین نشان داد بین دو مولفه تیپ شخصیتی D (عواطف منفی و بازداری اجتماعی) و همکاری درمانی بیماران مبتلا به فشار خون بالا با توجه به نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجانی رابطه معناداری وجود دارد گرچه نقص در تنظیم هیجان در طیف وسیعی از اختلالات روان شناختی اثرگذار است؛ اما این ویژگی به عنوان خصیصه ای برجسته در بافت اختلالات شخصیتی و خلقی شناخته شده و منجر به بیش برآورد تهدید، برآوردی تقلیل یافته از منابع مقابله و پاسخ های هیجانی همراه با تنش در مواجهه با استرس زاهای محیطی می شود. همچنین بازداری اجتماعی یکی دیگر از مولفه های تیپ شخصیتی D است که با تمایل

پایدار به بازداری تجربیات هیجانی و رفتاری در تعاملات اجتماعی مشخص شود. افراد دارای بازداری اجتماعی بالا بیشتر تمایل دارند که از طریق کنترل بیش از حد خود بیانگری (عدم ابراز و تصریح عقاید و خصوصیات خود) از واکنش منفی دیگران جلوگیری کنند. این امر در زمینه درک بیماری و همکاری درمانی نیز تاثیر گذار است. به نظر می‌رسد که استفاده از راهبردهای سازگار نظم جویی هیجان به بیماران مبتلا به فشار خون کمک می‌کند تا با تغییر در باورهای غیرمنطقی و اصلاح تحریفات شناختی از درماندگی بیرون بیایند

از دیگر یافته‌های پژوهش بیان می‌کند که همکاری درمانی با تیپ شخصیتی **D** رابطه منفی معناداری با ضریب $-0/25$ در سطح $P < 0/01$ داشته است. همچنین همکاری درمانی با عواطف منفی و بازداری اجتماعی به ترتیب همبستگی با ضرایب $-0/15$ و $-0/26$ داشته است. که با یافته‌های رنجبر و همکاران (۱۳۹۱) و گودمن و همکاران (۲۰۰۵) همسو می‌باشد. تیپ شخصیتی **D** ممکن است به عنوان یک ریسک یا عامل سایکوپاتولوژی سوء تعبیر شود. با این وجود، تیپ شخصیتی **D** علائم بیشتری از افسردگی و اضطراب را در مقایسه با افراد غیر تیپ **D** تجربه می‌کنند. همچنین آنها به طور معناداری عواطف منفی بیشتر و عواطف مثبت کمتری را گزارش می‌کنند. به نظر می‌رسد که در این نوع از تیپ شخصیتی فرد سعی در ایجاد تغییرات شناختی و دور شدن از واقعیت فشارآور دارد و با فاصله گرفتن از مشکل اقدام به اجتناب کرده و برای دریافت حمایت عاطفی نیز هیچگونه تلاش و کوششی به عمل نمی‌آورد. این رفتارهای اجتنابی ممکن است به شکل روی آوردن به یک فعالیت جدید و درگیر شدن با آن و تلاش برای اجتناب از همکاری درمانی یا ادامه روند پیگیری درمانی همراه باشد.

همچنین نشان داد که تیپ شخصیتی **D** با راهبردهای تنظیم هیجانی رابطه منفی معناداری با ضریب $-0/40$ در سطح $P < 0/01$ داشته است. افرادی که به صورت مداوم هیجانات خود را سرکوب کرده و از آن اجتناب می‌کنند، در معرض خطر افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات روانی قرار دارند (مظلوم و یعقوبی، ۱۳۹۵). نتایج تحقیق بخشایش و دهقان (۱۳۹۲) نشان داد که بین تیپ شخصیتی **D** و راهبردهای مقابله با استرس هیجان مدار رابطه معناداری وجود دارد. همچنین نتایج تحقیق بکلز و نیکلز (۲۰۰۰) به نقل از بخشایش و دهقان، (۱۳۹۲) نیز نشان داد که افراد با تیپ شخصیتی **D** در مقایسه با افراد غیر تیپ **D** به طور بیشتری از استراتژی‌های هیجانی ناسازگار استفاده می‌کنند.

علاوه بر این نشان داد که همکاری درمانی با راهبردهای تنظیم هیجانی رابطه مثبت معناداری با ضریب $0/53$ در سطح $P < 0/01$ داشته است. همچنین همکاری درمانی با راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجانی به ترتیب همبستگی با ضرایب $0/31$ و $-0/23$ داشته است. و با یافته‌های طاهری فرد و ابوالقاسمی (۱۳۹۶) جزایری (۱۳۹۳)، بکائیان (۱۳۹۱) و مازوتی و همکاران (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. بدیهی است بیمارانی که قادر به پذیرش و استفاده از راهبردهایی همچون ارزیابی مجدد و برنامه ریزی احتمالی جهت انجام اقداماتی برای بهبود بیماری خود هستند، درک واضح و روشنی از بیماری خویش داشته و توانایی پذیرش و کنار آمدن با واقعیت را خواهند داشت و قادر به سازگاری با بیماری از طریق کنترل فشار خون و پیگیری روند درمانی هستند.

از آن جایی که نمونه این پژوهش را بیماران مبتلا به فشار خون بالا تشکیل داده‌اند، می‌بایست در تعمیم نتایج پژوهش به بیماران مبتلا به سایر بیماری‌ها همانند بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های گوارشی، احتیاط نمود و عدم کنترل کافی بر متغیرهای اقتصادی و شغلی که بر نحوه همکاری درمانی و پیگیری روند درمان تاثیر گذار است، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. پیشنهاد می‌شود موضوع پژوهش بر روی سایر بیماری‌های جسمانی که ممکن است عوامل شخصیتی در همکاری درمانی آن موثر باشد (مانند بیماری‌های قلبی و عروقی و بیماری‌های گوارشی)، اجرا نمود. همچنین از آنجایی که فشار خون بالا بر تمام جنبه‌های زندگی فرد تاثیر می‌گذارد، پیشنهاد می‌گردد که حمایت عاطفی و اجتماعی اطرافیان و خانواده بویژه همسر بیمار، بعنوان یک متغیر میانجی در رابطه بین تنظیم هیجان و همکاری درمانی در نظر گرفته شود. و پیشنهاد می‌گردد که با برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی مربوط به تنظیم هیجان و راهکارهای مقابله با استرس در کلینک‌ها و مراکز تخصصی بهداشتی و درمانی، به افزایش ادراک شناختی و روانی از بیماری، کاهش اختلالات خلقی و اضطرابی بیماران مبتلا به فشار خون بالا و افزایش رفتارهای سازگارانه و همکاری درمانی کمک نمود.

منابع و مراجع

- [۱] احمدی سارا. (۱۳۹۴). تعیین سهم عواطف مثبت و منفی و ویژگیهای شخصیتی در شدت علائم سندروم رودهی تحریکپذیر، اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، دبیرخانه دائمی کنفرانس.
- [۲] امین آبادی زهرا، دهقانی محسن، خداپناهی محمدکریم (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی و اعتباریابی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی، مجله علوم رفتاری، ۵ (۴): ۳۶۵-۳۷۱.
- [۳] باقری مرضیه، عزیز پور لیلیا. (۱۳۹۴). بررسی مقایسه ای تنظیم شناختی- هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون با افراد سالم شهر ایلام، دومین کنفرانس بین المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی، استانبول، موسسه مدیران ایده پرداز پایتخت ویرا.
- [۴] بخشایش علیرضا، دهقانی فهیمه. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین تیپ شخصیتی D، سبک های مقابله و سلامت عمومی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۹ (۱)، ۴۳-۵۲.
- [۵] البرزی منش مینا، کیمیاگر مسعود، رشیدخانی بهرام، عاطفی صدیرینی سحر. (۱۳۹۰). ارتباط اضافه وزن و چاقی با برخی مؤلفه های شیوه زندگی و پیگیری درمان در دختران دانش آموز پایه سوم تا پنجم دبستان منطقه ۶ آموزش و پرورش شهر تهران. علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران، ۶ (۳): ۷۵-۸۴.
- [۶] برقی ایرانی زیبا، علی اکبری دهکردی مهناز، زارع حسین، علی پور احمد (۱۳۹۳). رابطه علی ادراک بیماری، پیروی دارویی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به پارکینسون. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۰ (۱)، ۵۱-۶۰.
- [۷] بکائیان مهدیه. (۱۳۹۱). بررسی ویژگی های شخصیتی، عملکرد حافظه و ویژگی های جمعیت شناختی به عنوان پیش بین های پیروی از درمان در بیماران قلبی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه شیراز.
- [۸] ترخان مرتضی، صفاری نیا مجید، خوش خلق پروانه. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی مصون سازی در مقابل استرس بر فشار خون سیستمولیک و دیاستولیک و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشار خون بالا. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۹ (۱): ۲۵-۴۲.
- [۹] جزایری زهره. (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش مدیریت استرس و ترغیب خودگویی مثبت، تعدیل عواطف منفی، افزایش عواطف مثبت، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی درد زنان مبتلا به سرطان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.
- [۱۰] رضوان شیوا، بهرامی فاطمه، عابدی محمدرضا. (۱۳۸۶) تاثیر تنظیم هیجان بر شادکامی و نشخوار فکری دانشجویان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۲ (۳): ۲۵۱-۲۵۷.
- [۱۱] رنجبر فرخ، احدی حسن، تقدیسی محمدحسین، صرامی، غلامرضا. (۱۳۹۴). رابطه تیپ شخصیت و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری فشار خون. *در کنفرانس بین المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی*.
- [۱۲] سلطانی شال رضا، آقامحمدیان شعراف حمیدرضا، کارشکی حسین. (۱۳۹۳). نقش تیپ شخصیتی D و هوش هیجانی با میانجی گری استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله ای در کیفیت زندگی بیماران قلبی. *دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۷ (۷)، ۴۴۹-۴۵۹.
- [۱۳] شرمه وران جان، هانت جیمز، ازبورن. ریچارد. (۱۳۸۶). مدیریت رفتار سازمانی. ترجمه مهدی ایران نژاد پاریزی، محمد علی بابایی زکیلی محمد علی صبحان الهی. تهران: انتشارات مرکز تحقیقات و آموزش مدیریت.
- [۱۴] شیروانیان الهه. (۱۳۸۹). بررسی ادراک از بیماری، افسردگی، اضطراب، شیوه های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان پیش بین های پیروی از درمان و کیفیت زندگی مربوط به سلامت در بیماران همودیالیز شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید چمران اهواز.

[۱۵] صالح زاده صبا. (۱۳۹۴). بررسی رابطه ناگویی هیجانی و تیپ شخصیتی D، با میانجی‌گری استرس ادراک شده بر میزان فشار خون بیماران قلبی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد.

[۱۶] طاهری فرد مینا، ابوالقاسمی عباس. (۱۳۹۶). نقش ذهن آگاهی، تحمل آشفتگی و حافظه هیجانی در پیش بینی بازگشت و پیروی از درمان در سوء مصرف‌کنندگان مواد. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۱۱ (۴۳): ۲۱۱-۲۳۴.

[۱۷] علمردانی صومعه سجاد، قربانی فاطمه. (۱۳۹۴). رابطه الکسی تایمی و منبع کنترل با تیپ شخصیتی D در دانشجویان. اندیشه‌های نوین تربیتی، ۱۱ (۲)، ۱۴۹-۱۶۷.

[۱۸] علی دوست قهفرخی فرشته، مکوند حسینی شاهرخ، کیان ارثی فرحناز (۱۳۹۴). اثر بخشی مصاحبه انگیزشی بر پیروی از درمان بیماران همودبالیزی بیمارستان هاجر شهرکرد در سال ۱۳۹۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد؛ ۱۷ (۴): ۱۷-۲۴.

[۱۹] فرامرزی نیا الهام، بشارت محمد علی. (۱۳۸۹). بررسی رابطه اضطراب و خشم با فشار خون مزمن. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۰ (۲): ۱۳۶-۱۴۱.

[۲۰] فرج زاده زهرا، کاهنی سیما، سعادت جو سید علیرضا. (۱۳۸۵). رابطه سطح تنش با فشار خون بالا و راه‌های مقابله با آن. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۸۴؛ ۱۲ (۱ و ۲): ۹-۱۵.

[۲۱] فکری اکرم، عیسی زادگان علی، میکایلی منیع فرزانه. (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به فشار خون اساسی و افراد غیر مبتلا. روانشناسی معاصر، ۱۰ (۱): ۸۵-۹۴.

[۲۲] کلانتری حمید، باقریان سرارودی رضا، افشار حمید، خرمیان نیوشا، فروزنده نسیم، دقاق زاده حامد. (۱۳۹۱). ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۲ (۹۰): ۳۳-۴۱.

[۲۳] مظلوم مریم، یعقوبی حمید. (۱۳۹۵). نقش تنظیم هیجان و کنترل فکر در پیش‌بینی اختلال استرس پس از آسیب. روان‌شناسی بالینی، ۸ (۴)، ۱-۱۰.

[۲۴] مومنی فرشته. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر افسردگی، اضطراب و مشکلات تنظیم هیجانی دختران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴ (۱): ۶۵-۷۱.

[25] Armon, g. (2014). Type D personality and job burnout: The moderating role of physical activity Personality and Individual Differences. 58, 112-115.

[26] Borkoles E, Kaiseler M, Evans A, Ski CF, Thompson DR, Polman RCJ (2017) Type D personality, stress, coping and performance on a novel sport task. PLoS ONE 13(4): e0196692.

[27] Denollet J. DS (2005).14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. Psychosom Med; 67(1):89-97

[28] Dressler NY, Young JH, Meoni LA, Ford DE, Erlinger TP, Klag MJ. (2008). Blood pressure change and risk of hypertension associated with parental hypertension: the Johns Hopkins Precursors Study. Arch Intern Med. 2008 Mar 24;168(6):643-8.

[29] Epifanio, M. S., Ingoglia, S., Alfano, P., Lo Coco, G., & La Grutta, S. (2018). Type D Personality and Alexithymia: Common Characteristics of Two Different Constructs. Implications for Research and Clinical Practice. *Frontiers in Psychology*, 9, 106.

[30] Goodman D, Morrissey S, Graham D, Bossingham D. (2005).Qual Health Res. 2005 May;15(5):606-19.

- [31] Jonge, P., Denollet, J., Van Melle, J., Kuyper, A., Honig, A., Hschene, A., et al. (2007). Association of Type-D personality and depression with somatic health in myocardial infarction patients. *J Psychosom Res*, Vol.63, pp.477-89.
- [32] Mazzotti E, Antonini Cappellini GC, Buconovo S, Morese R, Scoppola A, Sebastiani C, Marchetti P. (2012). Treatment-related side effects and quality of life in cancer patients. *Support Care Cancer*;20(10):2553-7.
- [33] Polman, R., Borkoles, E., & Nicholls, A.R. (2009) Type D personality, stress, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support. *Br J Health Psychol*, Vol.15, pp.681-696.
- [34] Rabbani Zadeh, M., & Behzadi Pour, S. (2017). Study Type D Personality and Cognitive Strategies of Emotion Regulation as Predictors of Happiness and Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Journal of Health Education Research & Development*, 05.
- [35] Sharif F. (2008). Coping strategies with stress and its relationship to health]. *National Seminar disease from stress: Shiraz University of Medical Sciences Publication*, 8: 10-15.