Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 5/ No. 1/ Spring 2018
Page: 18-28

Investigation the relationship of type D personality and it's sub-scales with depression in female students of senior high school grade at Shahin shahr

Nemat Allah Yarollahi[1*], Mahtab Rahimi[2], Aram Khabaz Shirazi[3]
1- M.A in clinical psychology, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
n.yaralahi@yahoo.com
2- M.A student of clinical psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.
3- Ph.D. student of psychology, Azad Islamic University of Khorasgan, Isfahan, Iran

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.3.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.18]

Abstract

Introduction: Depression is one of the most prevalent and disabling problems in adolescence. Researches have shown that personality traits can predict mood changes over the time, and some personality traits are more susceptible to mental disorder compare to the others.

Aim: The aim of the current study was investigation of the relationship between type D personality and it's sub-scales (Negative Affect and Social Inhibition) with depression in female students of senior high school grade.

Method: This is a cross-sectional descriptive study. The statistical population of the study was all of female students of senior high school grade studying in an academic year (2016-2017) at Shahin Shahr. The number of 126 students were selected via multi-stage cluster sampling method.

Tool: Tools that are used in this study were Denollet type D personality questionnaire, and Beck-II depression Inventory. The data was analyzed by using Pearson correlation coefficient and stepwise multiple regression analyze with SPSS-23 software.

Results: Pearson correlation coefficient showed that there is a significant relationship between type D personality and it's sub-scales with depression in female students ($p< 0.001$). The results of regression analysis also showed that between the two components of type D personality, negative affect was good predictor of depression ($P<0.001$).

Conclusion: According to the results and the importance of adolescence, its necessary to consider Effective and suitable strategies in order to reduce negative affect, and enhance healthy social relations in families, Social and educational environments.

Keywords: Type D personality, Negative affect, Social inhibition, Depression, Female students

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال پنجم، شماره 1، بهار 1397
صفحات: 28-18

بررسی رابطه تیپ شخصیتی D و ابعاد آن با افسردگی در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان شاهین‌شهر

نعمت‌اله یارالهی[*1]، مهتاب رحیمی[2]، آرام خباز شیرازی[2]

1- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (مولف مسئول)

n.yaralahi@yahoo.com؛ تلفن تماس: 09168774515

2-دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

3- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات نوجوانان است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عوامل شخصیتی می‌توانند تغییرات خلقی را در طول زمان پیش‌بینی کنند و برخی تیپ‌های شخصیتی نسبت به ابتلا به اختلالات روانی از سایر تیپ‌ها مستعدتر هستند.

هدف: هدف از این پژوهش، بررسی رابطه میان تیپ شخصیتی D و ابعاد آن با افسردگی در دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم بود.

روش: پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی است. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان شاهین‌شهر در سال 96-95 بود که از بین آن‌ها 126 نفر از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند.

ابزار: ابزار پژوهش پرسشنامه تیپ شخصیتی D دنولت با دو بعد عواطف منفی (NA) و بازداری اجتماعی (SI) و پرسشنامه افسردگی بک-II بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه روش گام‌به‌گام با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین تیپ شخصیتی D و هریک از ابعاد آن (NA و SI) با افسردگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($P<0/001$). هم‌چنین، نتایج تحلیل رگرسیون مشخص کرد که از میان مؤلفه‌های تیپ شخصیتی D، عواطف منفی می‌تواند افسردگی را به‌طور معناداری پیش‌بینی نماید ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و اهمیت دوره نوجوانی، لازم است راهبردهایی مؤثر و متناسب با ویژگی‌های شخصیتی افراد جهت کاهش عواطف منفی و تقویت روابط اجتماعی سالم در محیط‌های خانوادگی، اجتماعی و آموزشی آنان در نظر گرفته شود.

کلید واژه‌ها: تیپ شخصیت D، هیجانات منفی، بازداری اجتماعی، افسردگی، دانش‌آموزان دختر

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.3.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.18]

مقدمه

نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگ‌سالی و از مهم‌ترین مراحل رشد و تکامل انسان است که با تلاش جهت رسیدن به اهداف در ارتباط با انتظارات فرهنگی و جهش‌های رشد اجتماعی، عاطفی و جسمانی مشخص می‌شود (ریاسی و همکاران، 1391). رشد شخصیتی و شناختی نوجوان به‌صورت تغییرات در نحوه تفکر، به‌صورت انتزاعی، مفهومی و آینده‌نگر شدن است و بسیاری از نوجوانان در این دوره خلاقیت قابل‌ملاحظه‌ای از خود نشان می‌دهند. طی این دوره، تغییرات فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی صورت می‌گیرد (رستم زاده و خلیل زاده، 1386). نوجوان به‌تدریج ارزش‌های گوناگونی را از منابع متفاوت وارد نظام اعتقادی خود می‌کند و این نظام اعتقادی برای تطابق با واقعیت‌های زندگی جدید باید انعطاف‌پذیری، تغییر و تکامل داشته باشد. وقتی نوجوان احساس استقلال می‌کند و خانواده پختگی و بالندگی در حال ظهور نوجوان را تشویق و حمایت می‌کند، او برای این سؤالات که (من کیستم؟ به کجا می‌روم؟) پاسخی درخور می‌یابد. تکلیف عمده نوجوانان در این دوره، کسب هویت و نوعی احساس اطمینان از خویشتن است (پلیزکا[1] و همکاران، 2000). برخی نظریه‌پردازان دوره نوجوانی را پرتنش و توأم با شور و هیجان می‌دانند. افراد در دوران نوجوانی دستخوش دگرگونی‌های چشمگیری می‌شوند که معمولاً نوسان‌های پرشور عاطفی به دنبال دارد که نوجوان را با احساسات متناقض و تحریکات فیزیولوژیکی و غیره روبرو می‌سازد. استانلی هال، پدر روان‌شناسی بلوغ، برای بیان این دگرگونی‌ها مفهوم "طوفان و فشار[2]" را به کار برده است. هم‌چنین، او از این دوران به عنوان "تولد دوباره" یاد می‌کند، زیرا در این مرحله تکامل یافته ترین خصوصیات انسانی ظاهر می‌شود (احدی و جمهری، 1394).

مسئله بیماری روانی در آسیب‌شناسی نوجوانی حائز اهمیت زیادی است؛ چراکه ویژگی‌های رشدی دوره نوجوانی می‌تواند زمینه‌ساز بروز انواع اختلالات رفتاری، سوءمصرف مواد و بیماری‌های روانی باشد. در سال‌های اخیر مشاهده شده است که شمار زیادی از نوجوانان از مشکلات عاطفی و روانی رنج می‌برند (سپهر منش و همکاران، 1387). مطالعه‌ای که در سال 2007 در زمینه سلامت روان نوجوانان تهرانی صورت گرفت نشان داد که 34/1 درصد دختران و 23/7 درصد از پسران بر اساس پرسشنامه GHQ-12 مشکوک به اختلال بودند (امامی و همکاران، 2007). نکته بسیار مهم این‌که بسیاری از آسیب‌های روانی در دوران بزرگ‌سالی نیز، درواقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است و تحقیقات نشان داده‌اند که شروع بیماری روانی در 50 درصد بزرگ‌سالان در دوران نوجوانی بوده است (بفلر[3]، 2008).

یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات جوانان و نوجوانان افسردگی است (رستم‌زاده و خلیل زاده، 1386). افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم‌های بیولوژیک همراه است (کاپلان، 2007). ابتلا به افسردگی می‌تواند موجب خودکشی، اعتیاد، کاهش اعتمادبه‌نفس و نتایج حاصل از آن، افت تحصیلی و درمجموع، اختلال در عملکردهای شغلی، خانوادگی و اجتماعی شود که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم

1- Pliszka
2- Storm and Srtess
3- Belfer

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.3.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.18]

هزینه‌های هنگفتی را به جامعه تحمیل می‌نماید (دروس، هاف و روزنهک[1]، 2000).

احتمال ابتلا به افسردگی از سنین کودکی تا کهن‌سالی وجود دارد، اما در اغلب اوقات شروع علائم در نوجوانی و اوایل جوانی است (نسپر[2] و همکاران، 1997). میزان شیوع این اختلال در زنان 1.5 تا 3 برابر بیشتر از مردان است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[3] (APA)، 2013). بر اساس مطالعه ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، افسردگی سومین مشکل سلامتی کشور است. در پژوهشی که به بررسی نظام‌مند مطالعات انجام شده (مجموعاً 56 مقاله) در زمینه افسردگی در ایران پرداخت، یافته‌ها نشان داد شیوع افسردگی در جمعیت‌های مختلف ایرانی از 5/69 تا 73 درصد متغیر بود. علاوه بر این، نتایج نشان داد میزان افسردگی در زنان و دختران حدود 1/7 برابر بیشتر از مردان؛ و در جمعیت روستایی و شهرهای کوچک به نسبت شهرهای بزرگ بیشتر بود (منتظری و همکاران، 1392).

از سوی دیگر، مطالعات قبلی نشان داده‌اند که عوامل شخصیتی می‌توانند تغییرات خلقی را در طول زمان پیش‌بینی کنند. نوع تیپ شخصیتی افراد با یکدیگر متفاوت است و برخی تیپ‌های شخصیتی نسبت به ابتلا به اختلالات روانی از سایر تیپ‌ها، مستعدتر هستند (باقریان سرارودی، 1388).

در سال‌های اخیر یک سازه شخصیت جدید تحت عنوان سنخ شخصیت D مطرح شده است. اساس نظری این سنخ شخصیت حاصل یک بررسی روی بیماران قلبی در بلژیک بود که در آن نقش ویژگی‌های شخصیت در پیامدهای بیماری قلبی مورد مطالعه قرار گرفت و نشان داده شد که این تیپ شخصیتی با بیماری قلبی مرتبط است. برای مثال، با انجام یک پژوهش بر روی 384 بیمار قلبی، مشخص شد که یک‌سوم آنان نمرات بالایی را در تیپ شخصیتی D کسب کردند. این بیماران را 8 سال تحت نظر داشتند؛ در پایان مشاهده کردند که 27 درصد آن‌ها بر اثر سکته قلبی فوت کردند، ولی از گروهی که فاقد این تیپ بودند فقط 7 درصد با مرگ ناشی از سکته قلبی روبه‌رو شدند (دنولت، 1998؛ به نقل از احمد پور مبارکه و همکاران، 1386).

نقش آسیب‌زایی این تیپ شخصیتی در ابعاد روان‌شناختی و فیزیولوژیکی مبتنی بر دو ویژگی کلی و ثابت شخصیتی است که عبارت‌اند از عواطف منفی و بازداری اجتماعی (دنولت، 2005). منظور از عواطف منفی، تمایل فرد به تجربه احساسات منفی در اوقات و موقعیت‌های مختلف است؛ درحالی‌که بازداری اجتماعی به تمایل فرد به اجتناب از ابراز این هیجانات منفی در تعاملات اجتماعی اشاره دارد. نمره بالای فرد در هر دو ویژگی مذکور معرف وی به‌عنوان فردی با سنخ شخصیت D است. ازنقطه‌نظر بالینی افراد دارای تیپ شخصیتی D مستعد نگرانی، تنش، احساس ناشادی و نگاه تیره و منفی به زندگی هستند. آن‌ها به‌سادگی عصبانی می‌شوند و در کل احساسات مثبت کمتری را تجربه می‌کنند. این افراد درعین‌حال که به‌سادگی دچار احساسات منفی می‌شوند، به دلیل ترس از طرد یا بی‌ارزش شدن از بیان هیجانات خویش در تعامل با دیگران اجتناب می‌ورزند و به‌عبارت‌دیگر، احساسات خود را در درون خود می‌ریزند. به‌طورکلی این افراد پیوندهای کمتری را با دیگران برقرار می‌کنند و هنگام بودن با غریبه‌ها احساس ناراحتی می‌کنند و بنابراین، بیشتر هم منزوی هستند (پدرسن[4] و دنولت، 2003). شیوع این تیپ شخصیتی در جمعیت عمومی بین 13 تا

1- Druss, Hoff & Rosenheck
2- Knesper
3- American Psychiatric Association (APA)
4- Pedersen

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.3.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.18]

32/5 درصد و در بیماران قلبی- عروقی بین 26 تا 53 درصد گزارش‌شده است (کوپر[1] و همکاران، 2007؛ کندراس[2] و همکاران، 2006).

تیپ شخصیت D به‌عنوان یک عامل خطر مرتبط با افزایش آشفتگی‌های روان‌شناختی، علائم فرسودگی، مسائل بهداشتی و پیامدهای بالینی ناگوار (باوجود درمان مناسب) معرفی شده است (دنولت، 2005) و می‌تواند با انواعی از مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی شامل علائم افسردگی، اضطراب (اسپیندلر[3] و همکاران، 2009)، اختلال استرس پس از سانحه (پدرسن و همکاران، 2004)، خشم، تنش مزمن، بدبینی و اعتمادبه‌نفس پایین (پدرسن و دنولت، 2003)، کیفیت پایین زندگی و سطح پایین بهزیستی روانی (پله[4] و همکاران، 2010) ارتباط داشته باشد. شواهد پژوهشی نشان داده است که تیپ شخصیت D، افسردگی را تا 5 سال بعد در یک گروه آمیخته از بیماران قلبی پیش‌بینی می‌کند (پدرسن، میدل و لارسن[5]، 2002).

بنابراین، با توجه به شواهد پژوهشی موجود در مورد تأثیر منفی تیپ شخصیت D بر پیش‌آگهی بیماری‌ها، درک بهتر سازوکارهایی که می‌توانند رابطه بین این تیپ شخصیتی و پیامدهای آن را بر سلامت فرد توضیح دهند، مهم است. با توجه به ویژگی‌های گفته‌شده در مورد افسردگی و تیپ شخصیت D، به نظر می‌رسد که میان آن‌ها ارتباط وجود داشته باشد. علاوه بر این، ازآنجایی‌که رابطه میان این دو متغیر در میان افراد نوجوانان ایرانی مورد پژوهش قرار نگرفته است؛ و با توجه به این‌که نوجوانان به‌عنوان متصدیان آینده جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند و بررسی مشکلات آنان و اقدام برای رفع آن‌ها انعکاس بسیار مثبتی بر کارکرد جامعه خواهد گذاشت، ضروری به نظر می‌رسد که ارتباط بین افسردگی و تیپ شخصیت D در این قشر مورد بررسی قرار گیرد. کوشش در دستیابی به یافته‌هایی در این حیطه می‌تواند امکان درنظرگرفتن راهبردهایی را برای مراکز آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی به‌منظور برخوردی صحیح و متناسب با ویژگی‌های شخصیتی این افراد به همراه داشته باشد.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان شاهین‌شهر بوده که در سال تحصیلی 96-95 مشغول به تحصیل بودند. از این میان، تعداد 126 نفر از دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان شاهین‌شهر به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب گردیدند؛ به‌این‌ترتیب که ابتدا از بین هر یک از مناطق مختلف شهرستان یک مدرسه به شیوه تصادفی انتخاب و سپس از میان هرکدام از آنان چند کلاس به‌طور تصادفی انتخاب شده و پرسشنامه‌های پژوهش در میان آن‌ها اجرا گردید. به منظور گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده گردید:

الف: پرسشنامه تیپ شخصیت D: این مقیاس در سال 2005 توسط دنولت تدوین شده است، شامل 14 آیتم بوده و مؤلفه‌های عاطفه منفی (NA)[6] و بازداری اجتماعی (SI)[7] را می‌سنجد. سؤالات بر اساس یک طیف لیکرت 5 درجه‌ای به‌صورت "کاملاً غلط"، "تقریباً غلط"، "بینابین" و "تقریباً صحیح" و "کاملاً صحیح" نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس به ترتیب 14 و 56 است (13).

1- Kupper
2- Conraads
3- Spindler
4- Pelle
5- Middel , & Larsen

6- negative affect
7- social inhibition

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.3.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.18]

ضریب پایایی با استفاده از باز آزمایی برای عاطفه منفی 0/87 و بازداری اجتماعی معادل 0.82 گزارش‌شده است (هسن[1] و همکاران، 2005). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در مطالعات داخلی نیز مناسب و مطلوب گزارش شده است (ایل‌بیگی، ابوالقاسمی و رستمی، 1393).

ب: پرسشنامه افسردگی بک-II (BDI-II)[2]: نسخه اولیه این پرسشنامه (BDI-I) توسط آرون بک در دهه 1960 و به‌منظور سنجش و ارزیابی بود یا نبود افسردگی و نیز شدت آن در بزرگ‌سالان و نوجوانان بالای 13 سال تهیه شد. پرسشنامه افسردگی بک- I درسال 1971 مورد تجدیدنظر و نهایتاً در سال 1979 نسخه جدید آن انتشار یافت. طی سال‌های اخیر، BDI پذیرفته ترین ابزار شناسایی شدت افسردگی در بیمارانی بوده که تشخیص افسردگی بالینی را دریافت داشته‌اند. هر چند BDI برای تعیین احتمال افسردگی در جمعیت بهنجار نیز کاربرد دارد. این پرسشنامه دارای 21 عبارت سؤالی است که هر پرسش آن چهار گزینه (0-1-2-3) دارد. آزمودنی‌ها با انتخاب گزینه‌ای که با احساسشان در آن هفته متناسب‌تر است، به سؤالات پاسخ می‌دهند. 15 عبارت پرسشنامه مربوط به علائم روان‌شناختی و 6 عبارت دیگر مربوط به علائم جسمانی است. نمره کل افسردگی از طریق جمع‌آوری نمرات به‌دست‌آمده از تمام عبارت‌ها محاسبه می‌شود و دامنه آن بین 0 تا 63 متغیر است. در این پرسشنامه نمره 9-0 نشانه نبود افسردگی، نمره 16-10 نشانه افسردگی ضعیف و نمره 29-17 نشانه افسردگی متوسط است و نمرات بالاتر از 30 گویای افسردگی شدید است (دابسون و محمدخانی، 1386). مطالعات روان‌سنجی انجام شده بر روی بک- II نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. بک، استیر و براون[3] (1996) ثبات درونی این ابزار را 0.92 تا 0.73 با میانگین 0.86 و ضریب آلفا برای گروه بیمار 0.86 و غیر بیمار 0.81 گزارش کرده‌اند. دابسون و محمدخانی (1386) نیز ضریب آلفای 0.92 برای بیماران سرپایی و 0.93 برای دانشجویان و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته را 0.93 به دست آوردند.

لازم به ذکر است تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون (بررسی رابطه میان تیپ شخصیتی D و ابعاد آن با افسردگی) و تحلیل رگرسیون چندگانه روش گام‌به‌گام (برای پیش بینی افسردگی با استفاده از متغیرهای پیش بین) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 23 انجام شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهرستان شاهین‌شهر انجام گرفت. میانگین سنی نمونه پژوهش برابر 16.4 و انحراف معیار آن 0.65 بود. از این میان، تعداد 40 نفر (32 درصد) در رشته علوم انسانی، 55 نفر (43 درصد) در رشته علوم تجربی و 31 نفر (25 درصد) نیز در رشته ریاضی و فیزیک مشغول به تحصیل بودند.

برای بررسی رابطه بین شخصیت D و هر یک از مؤلفه‌های آن (عواطف منفی، بازداری اجتماعی) با افسردگی، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول 1). با توجه به جدول 1، بین متغیرهای تیپ شخصیت D و افسردگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($p<0/01$). به‌عبارت‌دیگر با افزایش تیپ شخصیت D، نمرات افسردگی نیز به‌صورت معنادار افزایش می‌یابد. هم‌چنین، بین خرده مقیاس‌های

1- Hasen
2- Beck Depression Inventory (BDI-II)
3- Steer, & Brown

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.3.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.18]

عواطف منفی و بازداری اجتماعی با افسردگی رابطه مثبت و معناداری (به ترتیب r=+0.59، P<0.01؛ و r=+0.31، P<0/01) وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، با افزایش نمرات مربوط به عواطف منفی و بازداری اجتماعی، نمرات افسردگی هم به‌صورت معنادار افزایش می‌یابد.

جدول 1: ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات کلی و ابعاد تیپ شخصیت D و افسردگی

متغیر / متغیر	افسردگی	عواطف منفی	بازداری اجتماعی	شخصیت D
افسردگی	1			
عواطف منفی	0.49**	1		
بازداری اجتماعی	0.31**	0.59**	1	
شخصیت D	0.47**	0.93**	0.84**	1

علامت ** نشان دهنده معناداری در سطح 0.01 است

به منظور تعیین سهم هر یک از مؤلفه‌های عواطف منفی و بازداری اجتماعی (پیش‌بین) در پیش‌بینی افسردگی دانش آموزان (ملاک)، متغیرهای یاد شده وارد معادله رگرسیون گام‌به‌گام شدند (جدول 2). با توجه به نتایج جدول 2 و معنادار بودن نسبت F، مؤلفه عواطف منفی یگانه پیش‌بینی کنندهٔ نمرات افسردگی است که 26 درصد واریانس متغیر وابسته (افسردگی) را تعیین می‌کند؛ و متغیر بازداری اجتماعی قادر به پیش‌بینی افسردگی نبود.

جدول 2: نتایج تحلیل رگرسون چندمتغیری گام به گام مربوط به افسردگی، تیپ شخصیتی D، عواطف منفی و بازداری اجتماعی

متغیر ملاک	شاخص‌های آماری / متغیرهای پیش‌بین	R	R^2	F	سطح معناداری	ضرایب رگرسیون استاندارد (β)	t	سطح معناداری
افسردگی	عواطف منفی	0/49	0/24	40/08	0/001	0/49	6/33	0/001
	بازداری اجتماعی					0/02	0/21	0/83

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه میان تیپ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن با افسردگی در دانش آموزان دختر مقطع متوسطه دوم بود. همان‌طور که ملاحظه شد، یافته‌ها نشان داد که تیپ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن (هیجان منفی و بازداری اجتماعی) با افسردگی رابطه مثبت و معناداری دارند. هم‌چنین، نتایج نمایان ساخت که عواطف منفی حدود 26 درصد از واریانس مربوط به نمرات افسردگی را تبیین می‌کند؛ به‌این‌ترتیب، دانش آموزان دارای تیپ شخصیتی D، یعنی کسانی که هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند و از روابط و فعالیت‌های اجتماعی اجتناب می‌ورزند، بیشتر احتمال دارد که به افسردگی مبتلا بوده و یا در معرض آن قرار داشته باشند.

این نتیجه با یافته‌های پژوهش اربابی (1392) هم‌خوانی دارد که رابطه میان افسردگی، اضطراب و

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.3.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.18]

استرس با تیپ شخصیتی D را در افراد معتاد و غیر معتاد بررسی نموده بود و به این نتیجه رسید که بین تیپ شخصیتی D با افسردگی، اضطراب و استرس در افراد معتاد و غیر معتاد رابطه مثبت و معناداری داشت. همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش بخشایش و دهقانی (1392) هم‌خوانی دارد که رابطه تیپ شخصیتی D با سبک‌های مقابله و سلامت عمومی را بر روی دانشجویان بررسی کردند و نتیجه گرفتند که افراد با تیپ شخصیتی D نسبت به افراد با تیپ غیر D سلامت عمومی پایین‌تری دارند و بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. ازاین‌رو، به نظر می‌رسد تیپ D می‌تواند تأثیر مهمی بر سطح سلامت عمومی و به‌کارگیری نوع سبک‌های مقابله داشته باشد. علاوه بر این، اسدی و همکاران (1392) در پژوهشی با عنوان رابطه تیپ شخصیت D و فشار روانی ادراک‌شده در دانشجویان دریافتند که افراد دارای تیپ شخصیت D سطوح بالای فشار روانی را تجربه می‌کنند و هردو بعد هیجانات منفی و بازداری اجتماعی با فشار روانی ادراک‌شده بالاتری همراه است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که به دلیل آن که افراد با تیپ شخصیتی D به تجربهٔ هیجانات منفی از قبیل غمگینی، اضطراب، خشم، احساسات خصمانه همراه با بازداری این هیجانات هنگام اجتناب از تماس‌های اجتماعی گرایش دارند تا هیجانات مثبت، بنابراین احتمالاً بیشتر دچار مشکلات عاطفی از قبیل نگرانی و افسردگی و بیماری‌های روان‌تنی می‌شوند (دی فرویت[1] و دنولت، 2002) که این امر خود می‌تواند بر روی خلق‌وخو و ارتباطات اجتماعی فرد اثر گذاشته و شرایط را برای ابتلا به بیماری‌های خلقی نظیر افسردگی مهیا سازد. این افراد به‌جای تفکر مثبت احتمالاً خود را درگیر مسائل منفی و نامطلوب می‌سازند که نتیجه آن داشتن نگرش منفی نسبت به خود و دیگران است (پدرسون و همکاران، 2004). از سوی دیگر، افراد دارای تیپ شخصیتی D دید منفی نسبت به خود دارند و جهان را سرشار از مشکلات قریب‌الوقوع تصور می‌کنند. این افراد در تعاملات اجتماعی احساس نا امنی و تنش می‌کنند، از این رو ممکن است رفتارهای دیگران را به طور منفی‌تری تفسیر کنند، هم‌چنین تمایل دارند تا به طور منفی‌تری در برابر دیگران واکنش نشان دهند. بنابراین افراد دارای تیپ D به ویژه آن‌هایی که بازداری اجتماعی بالایی دارند –و در نتیجه منزوی‌ترند- خیلی راحت به دیگران اطمینان خاطر پیدا نمی‌کنند و حمایت و پاداش‌های اجتماعی کمتری را دریافت می‌کنند (دنولت، 2005؛ پل[2] و همکاران، 2012). پژوهش‌ها نشان داده‌اند یک رابطه دو سویه بین افسردگی و تعامل اجتماعی برقرار است و افسردگی از کمبود حمایت اجتماعی به وجود می‌آید (کندلر[3] و همکاران، 2005). حمایت اجتماعی به عنوان عامل مهمی در غلبه بر تنش زاها مطرح‌شده است که می‌تواند رابطه بین استرس- بیماری را تعدیل کند و تأثیرات منفی فشار روانی را به طور چشمگیری کاهش دهد. در کل عوامل اجتماعی می‌تواند تأثیر شایانی در عود دوره‌های افسردگی و ایجاد آن در افراد مستعد دارد (روشن چسلی، 1394). ارتباطات نزدیک و حمایت اجتماعی را که خانواده، دوستان، همکاران و جامعه فراهم می‌کنند، ارتباط مثبتی با بهبود عملکرد در محیط کار، مقابله بهتر با مشکلات زندگی، سازگاری عمومی، کاهش درماندگی و بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی دارد (اسدی و همکاران، 1392).

1- De Fruyt

2- Pell

3- Kendler

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.3.6]
[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.18]

با وجود موارد گفته شده در بالا، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی هم دارد. این پژوهش بر روی نمونه‌ای از افراد نوجوان و با جنسیت مشخص انجام شده است؛ و به این ترتیب، تعمیم یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی و افراد با جنسیت مذکر باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به این که پژوهش حاضر از نوع همبستگی است، امکان استنباط روابط علی وجود ندارد. علاوه براین، ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌های خود گزارش دهی بوده که امکان سوگیری و تحریف واقعیات وجود دارد. ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود به‌منظور کسب دیدگاه جامع‌تر و امکان مقایسه نتایج، پژوهش‌های بیشتری با دیگر گروه‌های سنی و بر روی جنسیت مخالف و نیز افراد سالم و افراد دارای اختلالات و بیماری‌های متفاوت انجام گیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که در صورت امکان پژوهش به‌صورت آزمایشی و با استفاده از ابزارهای عینی مثل مصاحبه اجرا شود.

نتیجه‌گیری

تیپ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن (هیجان منفی و بازداری اجتماعی) با افسردگی رابطه مثبت و معناداری دارند و مؤلفه عواطف منفی حدود 26 درصد از واریانس مربوط به نمرات افسردگی را تبیین می‌کند؛ به این‌ترتیب، دانش‌آموزان دارای تیپ شخصیتی D، یعنی کسانی که هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند و از روابط و فعالیت‌های اجتماعی اجتناب می‌ورزند، بیشتر احتمال دارد که به افسردگی مبتلا بوده و یا در معرض آن قرار داشته باشند. به‌این‌ترتیب، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و ازآنجایی‌که توجه به سلامت روان‌شناختی نوجوانان به‌عنوان آینده‌سازان جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، لازم است راهبردهایی مؤثر و متناسب با ویژگی‌های شخصیتی افراد جهت کاهش عواطف منفی/ افزایش عواطف مثبت و تقویت روابط اجتماعی سالم در محیط‌های خانوادگی، اجتماعی و آموزشی آنان در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از دبیرستان‌های شهرستان شاهین‌شهر و همه دانش‌آموزانی که با گشاده‌رویی در پژوهش حاضر شرکت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

References

Ahadi, H., Jamhari,F. (2016). Growth psychology (adolescence, adulthood). 7th edition, Tehran: Ayandeh *publication.* (Persian)

Ahmadpour, M. A., Ahadi, H., Mazaheri, M. A., & Nafisi, Gh. (2007). Building and validation a scale to measure the type D personality and its relationship with coronary heart disease. *Knowledge and Research in applied Psychology (Khorasgan)*, (32), 37-60. (Persian)

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5). Translated by Rezaee. F. and other (2015). Tehran: *Arjmand publication*. (Persian)

Arbabi, S. (2013). Relationship between D-type personality type with depression, anxiety and stress in addicted and non-addicted people in Zahedan city. *University of Sistan and Baluchestan, Master's thesis*. (Persian)

Asadi, M. S., Bakhsipour, R., & Poursharifi, H. (2013). Relationship between type D personality and its dimensions with perceived stress in students of Tabriz University. *Knowledge and Research in applied Psychology (Khorasgan), 14* (2), 91-98. (Persian)

Bagherian Sararoodi, R. (2009). Type D personality .*Researches of behavior sciences*. 7 (1). 76-87. (Persian)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.3.6]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.18]

Bakhshayesh, A., & Dehghani, F. (2013). Investigating the relationship between type D personality, coping styles and general health. *Clinical Psychology and Personality*, 20 (9). (Persian)

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *San Antonio, TX: Psychological Corporation*.

Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(3), 226-236.

Cavanagh, S. J., & Snape, J. (1997). Educational sources of stress in midwifery students. *Nurse Education Today*, *17*(2), 128-134.

Conraads, V. M., Denollet, J., De Clerck, L. S., Stevens, W. J., Bridts, C., & Vrints, C. J. (2006). Type D personality is associated with increased levels of tumour necrosis factor (TNF)-α and TNF-α receptors in chronic heart failure. *International journal of cardiology*, *113*(1), 34-38.

Dabson, K. S., & Mohammad Khani, P. (2007). Psychometric characteristics of Beck depression inventory–II in patients with major depressive disorder. *Rehabilitation, 8 (29), 80-86*. (Persian)

De Fruyt, F., & Denollet, J. (2002). Type D personality: A five-factor model perspective. *Psychology and Health*, *17*(5), 671-683.

Denollet, J. (1998). Personality and risk of cancer in men with coronary heart disease. *Psychological Medicine*, 28,991−995.

Denollet, J. (2000). Type D personality: a potential risk factor refined. *Journal of psychosomatic research*, *49*(4), 255-266.

Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic medicine*, *67*(1), 89-97.

Druss, B. G., Hoff, R. A., & Rosenheck, R. A. (2000). Underuse of antidepressants in major depression: prevalence and correlates in a national sample of young adults. *The Journal of clinical psychiatry*.

Emami H.Ghazinour M. Rezaeishiraz H. Richter J. (2007). Mental health of adolescents in Tehran, Iran. J Adolesc health.;41(6):571-6. (Persian)

Hansen, P. E., Floderus, B., Frederiksen, K., & Johansen, C. (2005). Personality traits, health behavior, and risk for cancer. *Cancer*, *103*(5), 1082-1091.

Heaven, P. (2002). Adolescent health: The role of individual differences. *Psychology Press*.

Ilbeigy, Gh. R., Abolghasemi, A., Rostami, M. (2014). Role of HEXACO personality dimensions, D Personality Type and emotions in the quality of life of people suffering from cancer. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Siences*; 2(3): 10-21. (Persian)

Kendler, K. S., Myers, J., & Prescott, C. A. (2005). Sex differences in the relationshipbetween social support and risk for majordepression: A longitudinal study of opposite-sextwin pairs. *American Journal of Psychiatry, 162*(2),250–256

Kenny, D. T., Kenny, D., & Job, R. F. S. (Eds.). (1995). *Australia's Adolescents: A health psychology perspective*. University of New England.

Knesper D, Rtba M, Schwenk,T (1997). Primary care psychiatry. Ist ed. Pliladelphia. WB Saunders

Kupper, N., Denollet, J., De Geus, E. J., Boomsma, D. I., & Willemsen, G. (2007). Heritability of type-D personality. *Psychosomatic Medicine*, *69*(7), 675-681.

Montazeri, A., Mousavi, J., Omidvari, S., Tavousi, M., Hashemi, A., Rostami, T. (2013). Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010). *Payesh: Journal of the Iranian Institute for Health Sciences*, 567-594. (Persian)

Pedersen, S. S., & Denollet, J. (2003). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European journal of*

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.3.6]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.18]

cardiovascular prevention & rehabilitation, *10*(4), 241-248.

Pedersen, S. S., Middel, B., & Larsen, M. L. (2002). The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(6), 1171-1175.

Pedersen, S. S., van Domburg, R. T., Theuns, D. A., Jordaens, L., & Erdman, R. A. (2004). Type D personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners. *Psychosomatic medicine*, *66*(5),714-719.

Schiffer, A.A., Pedersen, S. S., Widdershoven, J. W., & Denollet, J. (2008). Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. *European journal of heart failure*, *10*(8), 802-810.

Pell, A.J., Van den Broek, K.C., & Denollet, J. (2012). *Interventions in the context of the distressed (Type D) Personality.* in: Ellen A, Dornelas, stress proof the heart: behavioral interventions for cardiac patient. (167-198). New York: springer publishing.

Pelle, A. J., Schiffer, A. A., Smith, O. R., Widdershoven, J. W., & Denollet, J. (2010). Inadequate consultation behavior modulates the relationship between Type D personality and impaired health status in chronic heart failure. *International journal of cardiology*, *142*(1), 65-71.

Pliszka, S. R., Sherman, J. O., Barrow, M. V., & Irick, S. (2000). Affective disorder in juvenile offenders: A preliminary study. *American Journal of Psychiatry*, *157*(1), 130-132.

Rahnamay N. M. (2012). Comparison of depression in students of Islamic Azad University living in Takestan, Abhar, and Bouin-Zahra dormitories (2009). *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences (JQUMS),* 16 (2), 83-86. (Persian)

Riasi, H. R., Mogharrab, M., Salehi Abarqui, M., Hassanzadeh Taheri, E., & Hassanzadeh Taheri, M. M. (2012). A comparative study of depression in gifted and normal students in Birjand city during 2008-2009 school year. *Modern Care Journal*, *9*(2), 95-103. (Persian)

Roshan, C. R. & Colleges (2016). Abnormal psychology based on DSM-5. Ebne Sina Publication, Tehran, Iran.

Rostamzadeh, Z., & Khalilzadeh, R, (2007). Prevalence and severity of depression among high school students in Urmia. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 5 (2), 12-18. (Persian)

Sadock, V. A. (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences. *Clinical Psychiatry. Translated by Farzin Rezai*. Tehran: Arjmand publication. (Persian)

Sepehrmanesh, Z., Ahmadvand, A., Yavari, P, & Saee, R. (2007). Mental Health of high school adolescents in Kashan in 2004. *Iranian Journal of Epidemiology*. 4 (2), 43-49. (Persian)

Spindler, H., Kruse, C., Zwisler, A. D., & Pedersen, S. S. (2009). Increased anxiety and depression in Danish cardiac patients with a type D personality: cross-validation of the Type D Scale (DS14). *International journal of behavioral medicine*, *16*(2), 98-107.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-16]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1397.5.1.3.6]

[DOI: 10.29252/shenakht.5.1.18]