Original Article

Comparing alexithymia and emotional expressiveness in patients with coronary heart disease and healthy people

Mahdavi E*, Manshaee Gh

Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Islamic Azad University of Isfahan Khorasghan, I. R. Iran.

Received May 23, 2015; Accepted June 2, 2016

Abstract:

Background: Previous studies have reported the high rate of alexithymia in medical and psychological disorders along with the role of emotional expressiveness practices in terms of different aspects of health. The aim of this study was to compare the alexithymia and emotional expressiveness in patients with coronary heart disease and healthy people.

Materials and Methods: In this ex post facto research the participants (n=35) with coronary heart disease (CHD) referred to Chamran and Sina Heart Center in Isfahan (2014) and healthy individuals (n=35) selected based on available sampling method were compared. Toronto Alexithymia Scale (TAS) and Emotional Expressiveness Scale (EEQ) were used to evaluate the participants.

Results: The results were indicated a difference in alexithymia and emotional expressiveness in patients with CHD compared to those of the healthy ones ($P<0.05$). Patients with CHD were significantly different from healthy individuals in terms of two out of three aspects of Alexithymia: difficulty in describing feelings and identifying feelings ($P<0.05$). The two groups were also significantly different from each other with respect to positive emotion expression and intimacy expression, considered to be two of three aspects of emotional expressiveness ($P<0.05$).

Conclusion: Alexithymia and emotional expressiveness are important in better understanding of the psychopathology of patients with CHD. Therefore, it appears necessary to pay attention to this item as a factor influencing the treatment process of such patients.

Keywords: Alexithymia, Emotional expressiveness, Coronary heart disease

* **Corresponding Author.**
Email: elnaz_mahdavi86@yahoo.com
Tel: 0098 315 242 0966
Fax: 0098 315 242 1366

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, August, 2016; Vol. 20, No 3, Pages 260-266

Please cite this article as: Mahdavi E, Manshaee Gh. Comparing alexithymia and emotional expressiveness in patients with coronary heart disease and healthy people. ***Feyz*** 2016; 20(3): 260-6.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

مقایسه ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب و افراد سالم

الناز مهدوی[1*]، غلامرضا منشئی[2]

خلاصه:

سابقه و هدف: پژوهش‌های پیشین میزان بالای ناگویی خلقی در بیماری‌های پزشکی و روانشناختی و نقش شیوه‌های ابرازگری هیجانی در ابعاد مختلف سلامت را گزارش کرده‌اند. هدف از این پژوهش بررسی مقایسه ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به نارسائی عروق کرونر قلب و افراد سالم می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش علّی- مقایسه‌ای ۳۵ نفر بیمار مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های سینا و چمران شهر اصفهان (سال ۱۳۹۳) و ۳۵ نفر فرد سالم به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از دو پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (TAS) و ابرازگری هیجانی (EEQ) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار بین ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب و افراد سالم بود ($P<۰/۰۵$). از سه بعد ناگویی خلقی، بین دو بعد دشواری در توصیف احساسات و دشواری در شناسایی احساسات در بیماران و افراد سالم تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P<۰/۰۵$). هم‌چنین، از سه بعد ابرازگری هیجانی بین دو بعد ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت بین دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در درک بهتر آسیب شناسی روانی بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب نقش دارد. بنابراین، توجه به آن به‌عنوان یک عامل مؤثر در فرآیند درمان این بیماران ضروری به‌نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: ناگویی خلقی، ابرازگری هیجانی، بیماری عروق کرونر قلب

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیستم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۵، صفحات ۲۶۶-۲۶۰

مقدمه

امروزه، بیماری‌های عروق کرونری قلب یک مشکل بهداشتی و یکی از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان به‌شمار می‌رود [۱]. در سال ۱۳۸۶، این بیماری اولین علت مرگ‌ومیر در افراد بالای ۳۵ سال در ایران بوده است [۲]. این بیماری نه‌تنها سلامتی بیماران، که ارتباطات اجتماعی، الگوی زندگی، فضای خانوادگی، شغل و سطح درآمد آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیماری کرونری قلب تأثیرات آسیب شناختی زیادی بر ابعاد گوناگونی از سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی دارد [۳]. عوامل جسمی مشخصی نظیر سن، وراثت، سابقه خانوادگی، اختلال در چربی خون، فشارخون بالا، سطح کلسترول بالای خون، دیابت و چاقی جزو عوامل سبب‌ساز این بیماری هستند.

اخیرا تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که عوامل فوق به‌تنهایی نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز بیماری ندارند، بلکه برخی از متغیرهای شخصیتی، رفتاری و روان شناختی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم، زمینه مساعدی برای ابتلای افراد به این بیماری و کاهش کیفیت زندگی مبتلایان ایجاد می‌کنند [۴]. در قرن هفدهم میلادی Harvey بیان کرد که «هر تأثیری بر ذهن که حاکی از درد، رضایت، لذت، بیم و یا امید باشد، با تحریک قلب همراه است». پیش از او نیز ابن سینا عنوان می‌کند که واکنش‌های روانی با واکنش‌های قلبی - عروقی ارتباط دارند [۵]. ناگویی خلقی ساختار چندبعدی است و متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، تمایز بین احساسات و هیجان فیزیکی مرتبط با انگیختگی عاطفی، قدرت تجسم محدود و دشواری در توصیف احساسات می‌باشد [۶]. برخی از پژوهش‌های انجام شده، ناگویی خلقی را به‌عنوان صفت شخصیتی ثابت (Stable personality trait) که نشان-دهنده ناتوانی در پردازش شناختی هیجانات است، معرفی کرده‌اند. برعکس، برخی دیگر از مطالعات انجام شده ثبات ناگویی خلقی را مورد تردید قرار داده، آن را به‌عنوان یک علامت وابسته به حالت (State-dependent) معرفی نموده‌اند. این مطالعات بر ثانویه بودن ناگویی خلقی تأکید دارند [۷]. با توجه به نقایص شناختی و عاطفی، چنین فرض می‌شود که ناگویی خلقی می‌تواند با شاخص-

[1] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

[2] استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

* نشانی نویسنده مسئول:

اصفهان، مبارکه، خیابان شهید نیکبخت، کوچه بهار

تلفن: ۰۳۱۵۲۴۲۰۹۶۶ دورنویس: ۰۳۱۵۲۴۲۱۳۶۶

پست الکترونیک: elnaz_mahdavi86@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۲ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۵/۳/۱۳

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

های سلامت، به‌طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به‌طور خاص رابطه داشته باشد. عوامل خطر روانی-اجتماعی بیماری عروق کرونر قلب شامل افسردگی، اضطراب، استرس و ناگویی خلقی [۸]، باعث کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت [۱۱-۹] و عوامل محافظ مانند حمایت اجتماعی می‌شود [۱۳،۱۲]. پژوهشگران دریافته‌اند ناگویی خلقی با تعدادی از مشکلات جسمانی مانند مسائل مرتبط با فشارخون اولیه، بیماری التهابی مثانه، ابعاد مربوط به درد، ناراحتی قلبی و انواع دیابت ارتباط دارد [۱۴]. مطالعات دیگر نیز حاکی از بالا بودن ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به نارسائی عروق کرونر قلب می‌باشد [۱۶،۱۵]. تحقیقات جدید نشان‌دهنده تأثیر مسایل روانی و شخصیتی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب است. از جمله ویژگی-های شخصیتی و علائم روانی مؤثر در این بیماران، مکانیسم‌های دفاعی و ناگویی خلقی می‌باشد [۱۸،۱۷]. هم‌چنین، پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس در ایشان بر اساس ناگویی خلقی و مکانیسم‌های دفاعی امکان پذیر است [۱۹]. در برخی از پژوهش‌ها ناگویی خلقی را با ناتوانی در ارزیابی و ابراز هیجان در ارتباط دانسته‌اند. اگرچه هیجان‌ها اساس زیست شناختی دارند، اما افراد قادرند بر هیجان‌ها و ابراز آنها تسلط داشته باشند. نظم دهی هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که به‌منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به‌کار می‌رود. امروزه یکی از ابعاد مهم سلامت انسان سلامت هیجانی او در نظر گرفته می‌شود. Adlin در تعریف سلامت هیجانی بیان می‌کند که «سلامت هیجانی به درک هیجان‌ها و توانایی مقابله با مسائلی که از زندگی روزمره نشأت گرفته‌اند، نیاز دارد». به نظر او فرد دارای سلامت هیجانی قادر است حالت شوخ طبعی خود را حفظ کند، احساس‌های خود را تشخیص دهد و به‌طور مناسبی آنها را ابراز کند [۲۰]. پژوهش‌های انجام شده در این زمینه بر اهمیت نقش ابراز هیجان بر سلامت و بیماری افراد تأکید دارند و سه شیوه ابراز هیجان را متمایز می‌کند. برخی افراد هیجان‌های‌شان را آزادانه و بدون نگرانی از پیامدهای آن ابراز می-کنند. این افراد دارای شیوه ابراز هیجان از نوع ابرازگری هیجانی هستند. برخی دیگر گرایش به بازداری در ابراز پاسخ‌های هیجانی خود دارند. این افراد دارای شیوه‌های ابراز هیجان از نوع بازداری هیجانی (Emotional inhibition) هستند و در نهایت افرادی که در ابراز هیجان خود نوعی دوسوگرایی نشان می‌دهند. این افراد ممکن است ابرازگر یا غیر ابرازگر باشند، ولی در مورد شیوه ابراز هیجان خود متعارض هستند. King و Emmons معتقدند که ابرازگری هیجانی در ذات خود کلید سلامت نیست؛ بلکه آنچه که شخص در مورد رفتارهای ابرازگر خود احساس می‌کند، به‌طور بالقوه ویژگی‌های زیانبخش فقدان ابراز را تعیین می‌کند. آنها به-منظور بررسی نقش ابرازگری هیجانی در سلامت، ابرازگری را در سه بعد ابراز هیجان مثبت، ابراز هیجان منفی و ابراز صمیمت (Intimacy) مطرح کرده‌اند [۲۱]. پژوهش‌های زیادی اهمیت سبک‌های ابراز هیجانی در ابعاد مختلف سلامت را مورد تایید قرار داده‌اند. بین سبک‌های ابراز هیجان و چند بیماری جسمانی، مانند سرطان [۲۲] و گرفتگی عروق کرونر ارتباط وجود دارد [۲۳]. یکی از جنبه‌های متمایز کننده بیماری عروق کرونر قلب از سایر بیماری‌ها، قابل پیشگیری بودن آن است. امروزه شناخت و کنترل عوامل خطرساز بیماری قلبی در افراد غیرمبتلا (پیشگیری اولیه) مورد توجه است [۲۴]. بنابراین، با توجه به آمار بالای مرگ‌ومیر این بیماران، هزینه‌های سنگین در غالب انجام اعمال جراحی، سایر برنامه‌های درمانی و تأثیر ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در بیماری‌های پزشکی و روانشناختی، مسئله اصلی مورد پژوهش این است که آیا بین ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به نارسائی عروق کرونر قلب و افراد سالم تفاوت وجود دارد یا خیر؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع علّی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری گروه بیمار کلیه مراجعان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب بودند که طی دو ماه مهر و آبان سال ۱۳۹۳ به بیمارستان‌های تخصصی قلب سینا و شهید چمران شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. معیار-های ورودی نمونه گروه بیمار عبارت بودند از: همکاری بیمار جهت شرکت در پژوهش، ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب به تشخیص پزشک متخصص قلب و عروق، داشتن حداقل تحصیلات سیکل. و معیارهای خروج برای هر دو گروه عبارت بودند از: سابقه بیماری روانپزشکی، ابتلا به بیماری‌های جسمانی شدید (از قبیل سرطان، اختلالات گوارشی و...) و اعتیاد به مواد مخدر. جامعه آماری افراد سالم شامل زنان و مردان ساکن شهر اصفهان بودند. نمونه شامل دو گروه افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب و افراد سالم با حجم ۳۵ نفر در هر گروه بود. افراد گروه سالم به منظور رد سابقه روانپزشکی و مبتلا نبودن به بیماری عروق کرونر قلب، بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V-TR)، مصاحبه بالینی و تشخیص پزشک متخصص قلب و عروق انتخاب گردیدند. افراد هر دو گروه از طریق مشارکت داوطلبانه و به روش نمونه‌گیری در دسترس مورد ارزیابی قرار گرفتند. طرح پژوهش تا جایی که برای آزمودنی‌ها قابل درک بوده است، توضیح داده شد. هم‌چنین، حقوق شرکت

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

کنندگان در پژوهش از حیث محرمانه و محفوظ ماندن اطلاعات و صدمه وارد نشدن به آنها حفاظت گردید.

ابزار سنجش

پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (Twenty-item Toronto alexithymia scale): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط Taylor ساخته شده است و در سال ۱۹۹۴ توسط Bagby و همکاران تجدید نظر گردید. یک پرسشنامه خودسنجی و ۲۰ سؤالی است که برای ارزیابی ناگویی خلقی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای سه بعد دشواری در تشخیص احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر برون مدار (۸ ماده) می‌باشد. سؤال‌ها برحسب معیار ۵ نقطه‌ای لیکرت از کاملا موافقم (۵) تا کاملا مخالفم (۱) نمره‌گذاری می‌شوند. سوال‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نمره‌گذاری معکوس دارند [۲۵]. اعتبار این پرسشنامه برحسب آلفای کرونباخ در نمونه سالم ایرانی برای کل مقیاس ۲۰ -TAS برابر ۰/۷۹ و برای DIF و DDF و EOT به‌ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱و۰/۶۶ گزارش گردیده و اعتبار کل مقیاس ۲۰ -TAS و ابعاد DIF و DDF و EOT در نمونه بالینی ایرانی با استفاده از روش بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۶۵ به‌دست آمده است [۲۶]. اعتبار کل مقیاس در افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو، با استفاده از روش دو نیمه کردن و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ به‌دست آمده و روایی مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است [۲۷]. در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۰/۶۹۶ برای کل پرسشنامه ناگویی خلقی به‌دست آمد.

پرسشنامه ابرازگری هیجانی (Emotional expressiveness questionnaire) King & Emmons: به‌منظور بررسی اهمیت نقش ابراز هیجان در سلامت، این پرسشنامه را طراحی کرده‌اند. پرسشنامه ابرازگری هیجانی سه زیرمقیاس و ۱۶ ماده دارد. سه زیرمقیاس آن عبارتند از: ابراز هیجان مثبت (۷ ماده)، ابراز صمیمیت (۵ ماده) و ابراز هیجان منفی (۴ ماده). روش نمره گذاری آن به شیوه لیکرت است که به پاسخ «کاملا موافق» نمره ۵ و به پاسخ «کاملا مخالف» نمره ۱ تعلق می‌گیرد. نمره بالاتر بیان‌گر ابرازگری هیجانی بالاتر است [۱۱]. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شده و مقدار آن برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به‌ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ به‌دست آمده است. پایایی آن نیز با استفاده از روش باز آزمایی به‌ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ محاسبه شده است [۱۲]. در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۰/۶۶۳ برای کل پرسشنامه ابرازگری هیجانی به‌دست آمد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از شاخص‌های آماری نظیر میانگین، انحراف معیار و آزمون t مستقل استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۹ انجام گرفت.

نتایج

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد رابطه معنی‌داری بین متغیرهای ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی به‌همراه خرده مقیاس‌های‌شان با متغیرهای دموگرافیک جنسیت، سن و سطح تحصیلات وجود ندارد؛ به‌عبارت دیگر متغیرهای دموگرافیک نمی‌توانند به‌عنوان متغیرهای مخدوش‌کننده در نتایج کار تحقیق اثرگزار باشند. همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌گردد، توزیع داده‌های متغیر ناگویی خلقی به همراه خرده مقیاس‌های‌اش در هر دو گروه دارای توزیعی نرمال است؛ سطح معنی‌داری آزمون کلموگروف-اسمیرنف در هر دو گروه افراد بیش از خطای آزمون (۰/۰۱) می‌باشد. بنابراین، شرط استفاده از آزمون t مستقل برای مقایسه بین دو گروه افراد سالم و بیمار از نظر ناگویی خلقی و خرده مقیاس‌های آنها وجود دارد. نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بین نمرات ناگویی خلقی، دشواری در تشخیص احساسات و دشواری در توصیف احساسات افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و افراد سالم تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P<۰/۰۵$). بررسی میانگین‌ها برای متغیر ناگویی خلقی نیز نشان می‌دهد سطوح بالای ناگویی خلقی در گروه بیماران قلبی بیش از افراد سالم مشاهده می‌شود. هم‌چنین، بیشتر بودن میانگین نمره‌های دشواری در تشخیص و توصیف احساسات در گروه افراد بیمار نسبت به گروه سالم نشان می‌دهد بیماران مبتلا به عروق کرونر قلبی در توصیف و تشخیص احساسات‌شان بیشتر از افراد سالم با مشکل مواجه هستند. طبق مندرجات جدول ۲ مشهود است که تفکر برون مدار افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و افراد سالم تفاوت معنی‌دار ندارد ($P>۰/۰۵$). همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌گردد در سطح خطای یک درصد، توزیع داده‌های متغیر ابراز‌گری هیجانی به همراه خرده مقیاس‌های آن در هر دو گروه دارای توزیعی نرمال است. نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین نمرات ابرازگری هیجانی، ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و افراد سالم تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P<۰/۰۵$). بررسی میانگین‌ها برای این سه متغیر نشان می‌دهد سطوح بالای ابرازگری هیجانی، ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت در گروه افراد سالم بیش از بیماران قلبی مشاهده می‌شود؛ زیرا میانگین در هر یک از این سه متغیر برای افراد سالم

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

بیش از افراد بیمار به‌دست آمده است. طبق مندرجات جدول شماره ۳ مشهود است بین میزان ابراز هیجان منفی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و افراد سالم تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($P>$ ۰/۰۵).

جدول شماره ۱- رابطه متغیرهای ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی با متغیرهای دموگرافیک در افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	جنسیت	سن	تحصیلات
	سطح معنی‌داری		
ناگویی خلقی	۰/۱۶۶	۰/۰۶۱	۰/۲۸۹
دشواری در تشخیص احساسات	۰/۰۵۱	۰/۰۹۴	۰/۰۵۲
دشواری در توصیف احساسات	۰/۹۴۹	۰/۱۰	۰/۶۶۸
تفکر برون‌مدار	۰/۴۰۲	۰/۶۶	۰/۶۸۶
ابرازگری هیجانی	۰/۲۹۸	۰/۹۰۹	۰/۹۹۷
ابراز هیجان مثبت	۰/۳۶۵	۰/۴۵۹	۰/۶۵۴
ابراز صمیمیت	۰/۱۵۶	۰/۶۱۸	۰/۱۷۵
ابراز هیجان منفی	۰/۰۶۸	۰/۴۰۱	۰/۳۰۷

جدول شماره ۲- مقایسه نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه ناگویی خلقی و خرده مقیاس‌های آن بین دو گروه افراد بیمار و سالم

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری آزمون کلموگروف-اسمیرنف	آماره آزمون t	سطح معنی‌داری آزمون t
ناگویی خلقی	بیمار	۳/۱۰۳	۰/۴۷	۰/۸۹۷	۶/۱۰۹	۰/۰۰۱
	سالم	۲/۳۵۷	۰/۵۵	۰/۴۱۵		
دشواری در تشخیص احساسات	بیمار	۳/۳۷۴	۱/۰۹	۰/۵۱۰	۵/۵۴۷	۰/۰۰۱
	سالم	۱/۹۹۱	۰/۹۹	۰/۲۳۱		
دشواری در توصیف احساسات	بیمار	۳/۱۴۲	۰/۸۷	۰/۵۰۶	۵/۷۰۲	۰/۰۰۱
	سالم	۲/۰۸۰	۰/۶۸	۰/۴۳۷		
تفکر برون‌مدار	بیمار	۲/۸۱۰	۰/۳۵	۰/۷۲۳	۰/۰۷۵	۰/۹۴۱
	سالم	۲/۸۰۲	۰/۵۱	۰/۶۸۶		

جدول شماره ۳- مقایسه نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه ابرازگری هیجانی و خرده مقیاس‌های آن بین دو گروه افراد بیمار و سالم

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری آزمون کلموگروف-اسمیرنف	آماره آزمون t	سطح معنی‌داری آزمون t
ابرازگری هیجانی	بیمار	۳/۱۶	۰/۴۹	۰/۸۹۴	-۲/۲۶۸	۰/۰۲۷
	سالم	۳/۴۳	۰/۴۸	۰/۷۸۶		
ابراز هیجان مثبت	بیمار	۲/۷۲۶	۰/۶۴	۰/۸۲۲	-۲/۹۰۳	۰/۰۰۵
	سالم	۳/۱۶۳	۰/۶۱	۰/۸۱۲		
ابراز صمیمیت	بیمار	۳/۳۲۱	۰/۸۱	۰/۷۷۴	-۳/۹۴۸	۰/۰۰۱
	سالم	۴/۰۴۱	۰/۶۹	۰/۴۳۳		
ابراز هیجان منفی	بیمار	۳/۶۷۸	۱/۰۱	۰/۰۸۱	۱/۷۳۳	۰/۰۸۸
	سالم	۳/۲۸۶	۰/۸۶	۰/۱۱۸		

بحث

یافته‌های به‌دست آمده در این پژوهش نشان داد که ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به نارسائی عروق کرونر قلب و ابرازگری هیجانی در افراد سالم بیشتر است. نتایج حاصله که فرضیه اول پژوهش را تأیید می‌کند، با پژوهش‌های مشابه هم-خوانی دارد [۱۴،۸]. رابطه بین ناگویی خلقی با سلامت عمومی پایین به اثبات رسیده است [۷]. هم‌چنین، بین سبک‌های ابراز هیجان و چند بیماری جسمانی از قبیل گرفتگی عروق کرونر ارتباط وجود دارد [۱۴]. یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد دو مؤلفه ناگویی خلقی (دشواری در توصیف احساسات، و دشواری

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

در شناسایی احساسات)، در بیماران مبتلا به نارسائی عروق کرونر قلب بالاتر از افراد غیر بیمار است، اما برای مؤلفه دیگر ناگویی خلقی (تفکر برون مدار) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه ملاحظه نشد. افراد مبتلا به ناگویی خلقی به‌علت ناتوانی در تشخیص احساسات توانایی بیان هیجانات را ندارند. چنین نیست که این افراد هیچ‌گاه احساس نمی‌کنند، بلکه نمی‌توانند دقیقا احساس خود را بشناسند و از این‌رو نمی‌توانند آنها را ابراز کنند. در هر حال وقتی فردی نتواند احساسات منفی خود را به درستی شناسایی کند، در تخلیه و خنثی کردن عواطف خویش دچار مشکل می‌شود و به‌دلیل ناتوانی در مدیریت و تنظیم احساسات منفی، این عواطف مشکل‌ساز و ناتوان‌کننده تشدید می‌گردند. ابراز احساسات یکی از مهارت‌های زندگی است و وقتی افراد نتوانند مشکلات‌شان را بیان کرده و نیازهای خود را برآورده سازند، این ناتوانی گاهی به‌صورت علایم جسمی و یا علایم روان‌پریشی نشان داده می‌شود [۷]. به‌علاوه، نتایج این پژوهش حاکی از بالا بودن دو مؤلفه ابراز‌گری هیجانی (ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت) در افراد سالم نسبت به بیماران مبتلا به نارسائی عروق کرونر قلب بود. پایین بودن ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت در افراد، ناشی از برقراری ارتباط بین فردی ضعیف با دیگران و مشکلات بین فردی مانند سردی/دوری گزینی و عدم ابرازگری هیجانی در عملکرد اجتماعی است که این امر می‌تواند به کاهش سلامت روانی آنها منجر شود. بین مؤلفه دیگر ابرازگری هیجانی (ابراز هیجان منفی) در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب و افراد سالم تفاوت معنی‌داری دیده نشد. بررسی محققان نشان می‌دهد عدم ابراز هیجانات منفی با خشم، رنجش و پرخاشگری همراه خواهد بود و سرکوبی هیجانات منفی ثانویه نیز خود منجر به بروز اختلالات جسمی، روان‌تنی می‌گردد [۲۸]. با توجه به عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین ابراز هیجان منفی دو گروه، احتمالا سرکوب هیجانات منفی و نقش عوامل دیگری در راستای استتار تمایلات در جهت ابراز هیجان منفی بیماران نقش داشته است. این پژوهش صرفا روی بیماران مبتلا به نارسائی عروق کرونر قلب که به بیمارستان‌های سینا و شهید چمران مراجعه کرده بودند صورت گرفته است، بنابراین در تعمیم نتایج به کل بیماران عروق کرونر قلب باید دقت کافی مبذول شود. از این‌رو با توجه به نتایج به‌دست آمده پیشنهاد می‌شود متغیرهای این پژوهش بین بیمارانی که در مرحله درمانی آنژیوگرافی، بالون و بای‌پس هستند اجرا گردد. هم‌چنین، آموزش سبک‌های صحیح ابراز هیجان و بیان عواطف خود به افراد و استفاده از روش‌های درمانی هم‌چون درمان جدید متمرکز بر هیجان که ناگویی خلقی را به‌عنوان یک مورد مهم در نظر می‌گیرد به‌عنوان مکمل شیوه دارو درمانی توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان دهنده نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در درک و فهم بهتر آسیب شناسی روانی بیماران عروق کرونر قلب است. بنابراین ارزیابی و توجه به آن به‌عنوان یک عامل مؤثر در فرآیند درمان این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند، هم‌چنین از همکاری آقای دکتر محسن میرمحمد صادقی (فوق تخصص جراحی قلب و عروق)، نهایت تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

References:

[1] Leonardi M, Raggi A, Pagani M, Carella F, Soliveri P, Albanese A, et al. Relationships between disability, quality of life (QoL) and prevalence of non-motor symptoms in Parkinson's disease. ***J Parkinsonism Relat Disord*** 2012; 18(1): 35-9.

[2] HasanpourDehkordi A, Hasanpour M, Foruzandeh N, Ganji F, AsadiNoghani AA, Bakhsha F, et al. A survey on Quality of life in patients with myocardial infarction, referred to Shahrekord Hagar hospital in 2005. ***J Shahrekord Univ Med Sci*** 2005; 9(3): 78-84. [in Persian]

[3] Bajenaru O, Antochi F, Tiu C. Particular aspects in patients with coronary heart disease and vascular cognitive impairment. ***J Neurol Sci*** 2010; 299 (1-2): 49-50.

[4] Heller MM, Wong JW, Nguyen TV, Lee ES, Bhutani T, Menter A, et al. Quality-of-life instruments: Evaluation of the impact of Psoriasis on patients. ***Dermatol Clin*** 2012; 30(2): 281-91.

[5] Akbari S. The effect of group training Safety on stress in heart patients Isfahan city [Thesis]. Isfahan. University of Isfahan. 2007.

[6] Nekouei ZK, Yousefy AR, Manshaee G. Cognitive-behavioral therapy and quality of life: An experience among cardiac patients. ***J Educ Health Promot*** 2012; 1: 2.

[7] Picardi A, Toni A, Carroppo E. Stability of alexithymia and its relationship with the big five, character, and attachment style. ***Psychother Psychosom*** 2005; 74(6): 371-8.

[8] Nehra1 DK, Sharma NR, Ali G, Margoob MA, Mushtaq H, Kumar P, et al. Alexithymia and Type "A" Behavior Pattern (TABP) in Coronary Heart

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]

Diseases: A preliminary study. ***Dali Psychiatry J*** 2012; 15(2): 320-26.
[9] Khayyam-Nekouei Z, Neshatdoost H, Yousefy A, Sadeghei M, Manshaee GH. Psychological factors and coronary heart disease. ***ARYA Atheroscler*** 2013; 9(1): 102-11.
[10] Preti A, Sancassiani F, Cadoni F, Carta M G. Alexithymia Affects Pre-Hospital Delay of Patients with AcuteMyocardial Infarction: Meta-Analysis of Existing Studies. ***Clin Pract Epidemiol Ment Health*** 2013; 19(9): 69–73.
[11] Yousefy A, Nekouei ZK. Basis of Cognitive - Behavioral Trainings and its Applications in Recovery of Chronic Diseases. ***Iran J Med Education*** 2011; 10(5): 792-800. [in Persian]
[12] Khayyam Nekouei Z, Neshat Doost HT, Yousefy A, Manshaee GH, Sadeghei M. The relationship of Alexithymia with anxiety-depression-stress, quality of life, and social support in Coronary Heart Disease (A psychological model). ***J Edu Health Promot*** 2014; 3: 68.
[13] Barth J, Schneider S, Von Känel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. ***Psychosomatic Med*** 2010; 72(3): 229-38.
[14] Dubey A, Pandey R, Mishra K. Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining Alexithymia -health relationship: An overview. ***Indian J Soc Sci Res*** 2010; 7(1): 20-31.
[15] Beresnevaite M, Taylor GJ, Bagby RM. Assessing alexithymia and type a behavior in coronary heart disease patients: A multimethod approach. ***Psychother Psychosom*** 2007; 76(3): 186–92.
[16] Numata Y, Ogata Y, Oike Y, Matsumura T, Shimada K. A psychobehavioral factor, alexithymia, is related to coronary spasm. ***Jpn Circ J*** 1998; 62(6): 409-13.
[17] Hyphantis T, Goulia P, Carvalho AF. Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. ***J Psychosom Res*** 2013; 75 (4): 362–69.
[18] Komaki G. Alexithymia and somatic symptoms. Somatization and Psychosomatic Symptoms. New York: Sperliger; 2013.
[19]Mohammadpoor S, Feli M, Alimoradi A, Rahimian Boogar I. Predicting Depression, Anxiety and Stress in Patients with Coronary Heart Diseasebased on Defense Mechanisms and Alexithymia. ***Danish J Psychol Sci*** 2015; 36-44.
[20] Rafieinia P, RasoulzadehTabatabaei SK, Azad Falah P. Relationship between emotional expression styles and general health in college students. ***J Psychol*** 2006; 10(1): 84-105. [in Persian]
[21] King LA, Emmons RA. Conflicts over emotional expression: Psychological and physical correlates. ***J Personality Social Psychol*** 1990; 58(5): 864-77.
[22] Stanton AA, DanoiffBurg S, Someron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, Sworowdki FA. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. ***J Consulting Clin Psychol*** 2000; 68(5): 875-82.
[23] Roger D, Jimson B. The relationship between emotional rumination and cortisol secretion under stress. ***Personality Individual Difference*** 1998; 24(4): 531-38.
[24] Lion LA, Gruz PM, Filho FM. Evaluation of a cardiac rehabilitation program. Analysis after ten years of follow up. ***Bars Cardiol*** 1997; 68(1): 13-9.
[25] Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The Twenty-item toronto alexithymia scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. ***J Psychosomatic Res*** 1994; 38(1): 33-40.
[26] Besharat MA. Relationship between alexithymia, anxiety, depression, Psychological distress, andpsychological well-being. ***J Psychol (Tabriz University)*** 2008; 3(10): 17-40. [in Persian]
[27] Mohammad S, Study of personality characteristics of patients with ulcerative colitis and compared with healthy people [Thesis]. Tehran, Psychiatric Institute. 2001. [in Persian]
[28] Mommersteeg PM, Herr R, Bosch J, Fischer JE, Loerbroks A. Type D personality and metabolic syndrome in a 7-year prospective occupational cohort. ***J Psychosomatic Rese*** 2011; 71(5): 357-63.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-10-31]