

# رابطه دین داری، شوخ طبعی و تیپ شخصیت D با سلامت عمومی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

امینه غدیری، قاسم عسکری زاده<sup>\*</sup>، مسعود باقری

گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۲۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۶/۳۱

## چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری‌های قلب و عروق شایع‌ترین علت مرگ و از کار افتادگی در سراسر دنیا می‌باشند. این در حالی است که این بیماری اثر قابل توجهی بر کاهش سلامت عمومی بیماران دارد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین دین‌داری، سبک‌های شوخ طبعی و تیپ شخصیت D با سلامت عمومی در بیماران قلبی انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران قلبی مراجعه کننده به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های مخصوص این افراد در شهرستان یزد در سال ۱۳۹۵ بود. نمونه پژوهش شامل ۲۱۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی بود که پس از داشتن معیاری‌های ورود به مطالعه به روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس جدول کرجسای و مورگان انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش شامل پرسشنامه ۲۴ گویه‌ای دین داری سراج زاده، پرسشنامه ۳۲ گویه‌ای شوخ طبعی مارتین (HSQ-R)، پرسشنامه تیپ شخصیت D دنولت (DS-14) و پرسشنامه ۲۸ گویه‌ای سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل مسیر در چهارچوب مدل معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** بین دین‌داری عاطفی با سلامت عمومی رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ( $\beta=0.08; p<0.05$ )، در حالی که سایر مولفه‌های دین‌داری شامل دین داری اعتقادی، دین داری پیامدی و دین داری مناسکی رابطه معنی‌داری با سلامت عمومی نشان ندادند ( $p>0.05$ ). سبک شوخ طبعی پیوند دهنده نیز رابطه مثبت و معنی‌داری با سلامت عمومی نشان داد ( $\beta=0.18; p<0.05$ )، در حالی که سایر سبک‌های شوخ طبعی شامل شوخ طبعی خود افزایی، شوخ طبعی پرخاشگرانه و شوخ طبعی خودخواهانه رابطه معنی‌داری با سلامت عمومی نشان ندادند ( $p<0.05$ ). در نهایت هر دو مولفه تیپ شخصیت D شامل بازداری اجتماعی ( $\beta=-0.20; p<0.01$ )، و عاطفه منفی ( $\beta=-0.28; p<0.01$ )، رابطه منفی و معنی‌داری با سلامت عمومی نشان دادند ( $p<0.01$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این پژوهش دین داری عاطفی، سبک شوخ طبعی پیوند دهنده و تیپ شخصیت D از فاکتورهای خطر مهم و تأثیرگذار در سلامت عمومی بیماران قلبی هستند. بنابراین با شناخت این عوامل می‌توان این بیماران را جهت انجام اقدامات پیشگیرانه و کمک در درمان شناسایی کرد.

**واژه‌های کلیدی:** دین داری، سبک‌های شوخ طبعی، تیپ شخصیت D، سلامت عمومی، بیماران قلبی

\* نویسنده مسئول: قاسم عسکری زاده، کرمان، دانشگاه شهید باهنر، گروه روانشناسی

Email: Gh.askarizade2000@gmail.com

## مقدمه

نارسایی قلبی یک نوع نارسایی در عروق کرونر قلب است، که منجر به اختلال در جریان خون رگهای قلب شده و این توقف جریان خون باعث اختلال در عمل عضله قلب می‌شود(۱). آمارها نشان می‌دهد این بیماری، علت عمده ناتوانی و مرگ در کشورهای مختلف جهان است(۲)، و به ازاء هر هزار نفر ۱۰۰ نفر در سن بالای ۶۵ سال دچار آن هستند(۳). در ایالات متحده ۱۲/۲ در یکصد میلیون نفر به این بیماری مبتلا هستند، و در کشورهای در حال توسعه نیز به یکی از شایع‌ترین علل مرگ تبدیل شده است(۴). این بیماری همراه با اختلال در سلامت بوده و در دراز مدت باعث ایجاد محدودیت در زندگی شده و باعث کاهش بقاء بیمار می‌گردد(۵).

نیمی از کسانی که پس از ابتلا به این بیماری زنده می‌مانند به علت سطح سلامت عمومی پایین از کار بیکار شده و بیشترین هزینه درمانی را بر جامعه تحمیل می‌نمایند(۶). وضعیت سلامت عمومی بیماران قلبی در ابتدای بروز سکته با افراد سالم اختلاف دارد(۷) و بروز بیماری و تداوم آن نیز موجب تشدید اختلال در وضعیت سلامت عمومی فرد می‌گردد(۸). از سویی بهبود سلامت عمومی می‌تواند در کاهش استرس و عوامل خطر و افزایش رضایت‌مندی این بیماران نقش داشته باشد(۹)، لذا توجه به منابع روانشناختی تأمین‌کننده سلامت عمومی این افراد حایز اهمیت است.

در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده از یکی از عواملی که می‌تواند به افراد کمک کند تا بتوانند سلامت روان خود را حفظ کنند، معنویت و دین‌داری است(۱۰). دین‌داری عبارت است از التزام فرد به دین مورد قبول خویش که این التزام به افراد کمک می‌کند هیجانات منفی خود را کاهش داده، از تنش و اضطراب خود بکاهند، بهتر بتوانند مشکلات زندگی را مدیریت کنند و از راهبردهای مناسبی در جهت کاهش استرس و افسردگی استفاده کنند(۱۱). نتایج مطالعه‌ها حاکی از آن است که مادی‌گرایی، باعث به خطر افتادن سلامت روانی افراد می‌شود، بنابراین، معنویت و دین‌داری برای جمعیت قابل توجهی از مردم جهان مهم شده و حتی در جوامع صنعتی نیز گرایش به آن فزونی یافته است(۱۲). گرچه کمتر به نقش دین داری در تأمین سلامت عمومی بیماران قلبی توجه نشده است؛ مطالعه‌ها نشان می‌دهد رویکرد مذهبی، معنوی و در کل دین‌داری باعث افزایش رضایت از زندگی(۱۳)، شادکامی(۱۵ و ۱۴)، عزت نفس(۱۴)، سازگاری هیجانی(۱۶)، کیفیت زندگی(۱۷)، سلامت عمومی(۱۸) و همچنین کاهش افسردگی(۱۹) است.

یکی از دیگر عواملی که در ارتباط با ارتقاء سلامت عمومی دارای اهمیت فراوان است، شوخ طبعی است. شوخ طبعی به عنوان یک مکانیزم دفاعی توسعه یافته تعریف شده که به افراد کمک می‌کند تا با عوامل فشارزای بیرونی از طریق اهمیت دادن به جنبه‌های طنزآمیز و سرگرم کننده مقابله کنند(۲۰). شوخ طبعی به تفاوت‌های عاداتی افراد در همه رفتارها، تجارب،

عواطف، نگرش‌ها و توانایی‌هایی در ارتباط با سرگرمی، خندیدن، شوخی کردن و نظایر نیز اطلاق می‌گردد (۲۱). افراد شوخ طبع مهارت‌های مدیریت استرس خوبی را نشان می‌دهند، قادر به ارزیابی، ابراز و مدیریت هیجان‌ها هستند و در تعاملات اجتماعی موفق‌ترند (۲۲). شوخ طبعی به عنوان یک عامل حمایت کننده و پیش‌بینی کننده متغیرهای سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی، همبستگی منفی با افسردگی، اضطراب و استرس دارد (۲۳). افرادی که از سطوح بالای شوخ طبعی برخوردارند، تمایل به لذت بردن از رویدادها و تجربه‌های روزمره زندگی دارند (۲۴)، افراد شوخ طبع، اسنادهای خاصی دارند که به آنها کمک می‌کند به شیوه سرگرم کننده‌ای با مشکل‌ها و رویدادهای ناگوار زندگی برخورد کنند تا تجربه‌های کمتر استرس‌آوری داشته باشند (۲۵) و بهزیستی و سلامت روانشناختی خویش را بهبود بخشند (۲۶). تیپ شخصیت D یکی سازه روانشناختی اثرگذار در حوزه سلامت عمومی، خصوصاً در بیماران قلبی است، زیرا از یک سو به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های پیش‌آگهی این بیماری است (۲۸ و ۲۷)، و از سوی دارای ارتباط منفی با سلامت عمومی دارد (۲۹)، علاوه بر این تیپ شخصیتی D پیش‌بینی کننده وضعیت سلامت روانی و جسمانی بیماران قلبی نیز است (۳۰).

تیپ D از واژه شخصیت پریشان گرفته شده است که اولین بار به وسیله دنولت ارایه شد (۳۱)، و به عنوان تمایل پایدار به تجربه عواطف منفی و

بازداری اجتماعی تعریف شده است. عواطف منفی با تمایل پایدار به تجربه هیجانات منفی مشخص می‌شود و بازداری اجتماعی به خودداری از افشا کردن احساسات و عقاید در تعامل به منظور پرهیز از عدم تأیید شدن به وسیله دیگران اشاره دارد (۳۲). این در حالی است که به نقش این سازه پس از ابتلا به بیماری و همچنین در نظر گرفتن نقش آن در کنار سازه‌های دیگری همچون دین داری و شوخ طبعی توجه نشده است.

با توجه به این که بیماری قلبی با ایجاد عوامل تنش‌زای جسمی و روانی موجب احساس بی‌ارزشی و کاهش اعتماد به نفس در بیمار می‌شود (۳۴ و ۳۳)، همچنین به علت طول مدت و شدت بیماری، سلامت روان این بیماران، دست خوش تغییرات فراوانی می‌گردد (۳۵)، و از سویی وضعیت سلامت عمومی اشخاص با بیماری‌ها رابطه دارند (۳۶)، توجه هم‌زمان به سازه‌های روانشناختی تأمین کننده سلامت عمومی این افراد حایز اهمیت است. از آنجایی که تضمین سطح مناسب سلامت عمومی در جمعیت‌های عادی در گرو مسایلی مانند دین داری، شوخ طبعی و تیپ شخصیت D قرار دارد، لذا تعیین نقش متغیرهای حاضر می‌تواند گام ارزنده‌ای در شناسایی تعیین کننده‌های سلامت عمومی این بیماران و راهکاری برای درمان‌گران این حیطة باشد. از این رو هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه دین‌داری، سبک‌های شوخ طبعی و شخصیت D با سلامت عمومی بیماران قلبی بود.

## روش بررسی

روش این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است و در سال ۱۳۹۵ بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شهرستان یزد انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ ایرانی و ساکن شهر یزد بودن، عدم مصرف دارو به علت اختلالات روانپزشکی عمده، تشخیص قطعی بیماری قلب به وسیله متخصص قلب بر اساس پرونده این افراد در مراکز که مراجعه شده بود، دارا بودن شرایط طبی عمومی مناسب و گذشت حداقل یک سال از بروز بیماری بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران قلبی مراجعه کننده به مراکز مخصوص این بیماران شامل بیمارستان و کلینک بود. با توجه به این که بر اساس آمارهای موجود میانگین مراجعه به این مراکز ماهانه ۴۶۰ نفر بود بر اساس جدول کرجسای و مورگان تعداد ۲۱۰ نفر بیمار مبتلا به نارسایی قلبی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

پیش از جمع‌آوری داده‌ها به بیماران آگاهی داده شد که اطلاعات آنها نزد پژوهشگر محفوظ خواهد ماند و به صورت گروهی تجزیه و تحلیل خواهد شد. همچنین این اطمینان به بیماران داده شد که همکاری یا عدم همکاری آنها در فرآیند درمان‌ها در کلینیک یا بیمارستان هیچ نقشی نخواهد داشت و شرکت در این مطالعه حق انتخاب دارند. علاوه بر این از بیماران رضایت آگاهانه نیز گرفته شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده فرم مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه‌های ۲۴ گویه‌ای دین‌داری سراج زاده،

پرسشنامه ۳۲ گویه ای شوخ طبعی مارتین (HSQ-R40)، فرم کوتاه ۱۴ سوالی پرسشنامه تیپ شخصیت D دنولت (DS-14) و پرسشنامه ۲۸ گویه‌ای سلامت عمومی (GHQ-28) انجام شد.

پرسشنامه دین داری؛ پرسشنامه ۲۴ گویه‌ای دین داری به وسیله گلاک و استارک در سال ۱۹۹۶ برای سنجیدن نگرش‌ها و باورهای دینی و دینداری ساخته شده و به وسیله سراج زاده با دین اسلام انطباق یافته است. این پرسشنامه حاضر پس از انطباق نیز دارای ۲۴ گویه می‌باشد و در چهار بعد اعتقادی، عاطفی، پیامدی، مناسکی جهت سنجش میزان دینداری به کار می‌رود. میزان اعتبار این پرسشنامه در مطالعه‌های مختلف بر روی نمونه‌های متفاوت تعیین گردیده که حاکی از اعتبار بالای آن در ابعاد مختلف می‌باشد. در آخرین اجرای این آزمون بر روی دانشجویان آلفای کلی پرسشنامه ۸۳ درصد بوده است. این آزمون همچنین به دلیل استاندارد بودن دارای پایایی بالایی است. مقدار آلفا برای متغیرهای بُعد اعتقادی ۸۱ درصد، بُعد عاطفی ۷۵ درصد، بُعد پیامدی ۷۲ درصد و بُعد مناسکی ۸۳ درصد می‌باشد (۳۷).

پرسشنامه شوخ طبعی مارتین<sup>(۱)</sup>؛ این پرسشنامه به وسیله مارتین و همکاران ساخته شده است و دارای ۳۲ سؤال و چهار سبک شوخ طبعی می‌باشد. دو سبک شوخ طبعی پیوند دهنده و شوخ طبعی خودافزایی سبک‌های مثبت و سازگار و دو سبک شوخ طبعی پرخاشگرانه و خودکاهنده سبک‌های

1-Humor Styles Questionnaire

و ضریب آلفای کرونباخ ۰٫۹۷، ۰٫۸۸، ۰٫۹۰، ۰٫۸۷ و ۰٫۹۴ درصد را به ترتیب برای سلامت عمومی کلی و مولفه‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی آن گزارش کرده‌اند (۴۰).

جهت بررسی ارتباط بین دین‌داری، شبکه‌های شوخ‌طبعی و شخصیت D با سلامت عمومی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از روش تحلیل مسیر در چهار چوب روش مدل معادلات ساختاری استفاده شد. لازم به ذکر است این مطالعه دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه شهید باهنر کرمان است.

داده‌های با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS و AMOS و آزمون آماری تحلیل مسیر در چهار چوب مدل معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند.

#### یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۶۰ درصد از پاسخ‌گویان را زن و ۴۰ درصد از پاسخ‌گویان را مرد تشکیل دادند. میانگین سنی پاسخ‌گویان  $31/6 \pm 5/88$  سال بود. از نظر وضعیت تحصیلات ۵۳/۳ درصد از پاسخ‌گویان دیپلم، ۴/۳ درصد لیسانس و ۳۱/۹ درصد فوق‌لیسانس بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۷۱/۴ درصد از پاسخ‌گویان متأهل و ۲۸/۶ درصد مجرد بودند. شاخص‌های

منفی و ناسازگار هستند. اعتبار بازآزمایی این مقیاس در ۱۷۹ آزمودنی (۱۲۴ زن و ۵۵ مرد) برای چهار خرده مقیاس پیونددهنده، خودافزایی، پرخاشگرانه و خودکاهنده به ترتیب ۰٫۸۵، ۰٫۸۱، ۰٫۸۰ و ۰٫۸۲ درصد گزارش شده است (۳۸). خشوعی و همکاران در سنجش روایی پرسشنامه با روش همسانی، ضرایب همبستگی بین ۷۴ تا ۸۰ درصد برای ابعاد و ۹۲ درصد برای کل پرسشنامه را گزارش کردند. هم‌چنین پایایی پرسشنامه را با روش بازآزمایی و در فاصله زمانی ۲۱ روز، بین ۷۷ تا ۸۹ درصد برای ابعاد و ۸۶ درصد را برای کل پرسشنامه گزارش کردند (۳۹).

پرسشنامه تیپ شخصیتی<sup>(۱)</sup> به وسیله دی‌جونگ تدوین شده است. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و مولفه‌های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس عاطفه منفی ۰٫۸۸ درصد و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰٫۸۶ درصد و ضریب اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A ۰٫۶۳ درصد. گزارش شده است (۳۲). در مطالعه‌ای که به وسیله فخاری و همکاران در ایران انجام شده است پایایی نسخه فارسی پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند. آلفای کرونباخ برای کل سوالات پرسشنامه ۰٫۸۳ درصد، برای زیرمقیاس عاطفه منفی برابر ۰٫۷۹ درصد و برای زیر مقیاس بازداری اجتماعی برابر ۰٫۵۶ درصد بوده است (۲۸).

پرسشنامه سلامت عمومی<sup>(۲)</sup>؛ این پرسشنامه به وسیله گلدبرگ و هیلر ساخته شده است و دارای ۲۸ گویه می‌باشد. ابراهیمی و همکاران ضریب روایی ملاکی ۰٫۷۸ درصد و ضریب پایایی تنصیف ۰٫۹۰ درصد

1-Type-D scale  
2-General Health Questionnaire

عمومی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بهبود پیدا می‌کند. در نهایت دو زیر مولفه عاطفه منفی ( $p < 0/01$ )،  $\beta = 0/28$ ، بازداری اجتماعی ( $p < 0/01$ )،  $\beta = 0/20$ ، نیز رابطه معنی‌داری با سلامت عمومی نشان دادند. به این معنی که با افزایش این دو زیر مولفه تیپ شخصیت D میزان سلامت عمومی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی کاهش می‌یابد. شاخص‌های برازش مدل شامل ریشه خطای میانگین مجزورات تقریب ( $SRMR = 0/04$ ) شاخص برازش تطبیقی ( $0/97 = CFI$ ) شاخص تاکر-لویس ( $TLI = 0/95$ ) نیز نشان دادند مدل ارتباطی دین داری، شوخ طبعی و تیپ شخصیت D از برازش قابل قبولی برخوردار هستند. براساس یک قاعده کلی برای TLI و CFI ارزش بیشتر از ۹۰ درصد و برای RMSEA ارزش کمتر از ۰/۰۵ نشان‌دهنده برازش خوب در نظر گرفته شد (۴۱).

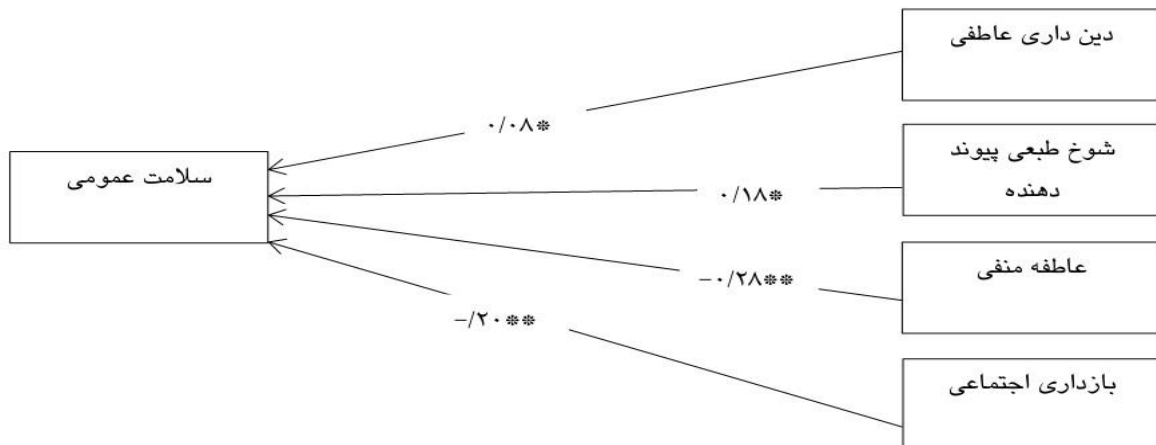
توصیفی و همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است.

به منظور بررسی دقیق‌تر رابطه متغیرهای پژوهش از روش تحلیل مسیر استفاده گردید. ابتدا ارتباط مولفه‌های تیپ شخصیت D، شوخ طبعی و دین‌داری در نظر گرفته شد و سپس ارتباط هر یک از متغیرهای ذکر شده با سلامت عمومی در نظر گرفته شد. در مرحله بعد کلیه مسیرهای غیر معنی‌دار از مدل حذف شدند. مدل نهایی در شکل ۱ نشان داده شد. بر این اساس بین دین داری عاطفی با سلامت عمومی رابطه معنی‌داری وجود دارد ( $\beta = 0/08$ ،  $p < 0/05$ )، با افزایش این نوع از دین داری وضعیت سلامت عمومی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بهبود پیدا می‌کند. سبک شوخ طبعی پیوند دهنده نیز ارتباط معنی‌داری با سلامت عمومی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان داد ( $\beta = 0/18$ ،  $p < 0/05$ )، به این معنی که با افزایش این نوع سبک شوخ طبعی میزان سلامت

جدول ۱. مشخصات توصیفی و همبستگی متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	سلامت عمومی R	سطح معنی‌داری
اعتقادی	۷/۲۷	۴/۰۲	۰/۲۰	۰/۰۱
دین عاطفی	۵/۴۸	۴/۱۸	۰/۲۹	۰/۰۱
داری پیامدی	۱۰/۶۵	۳/۷۴	۰/۱۴	۰/۰۵
تیپ شخصیت D مناسکی	۶/۳۵	۴/۲۶	۰/۱۸	۰/۰۱
عاطفه منفی	۱۰/۰۵	۴/۱۵	-۰/۳۲	۰/۰۱
بازداری اجتماعی	۱۴/۱۲	۴/۷۴	-۰/۲۷	۰/۰۱
پیوند دهنده	۳۷/۲۲	۴/۱۲	۰/۴۲	۰/۰۱
سبک‌های شوخ خود افزایشی	۳۲/۰۴	۵/۳۶	۰/۱۵	۰/۰۵
طبعی پرخاشگرانه	۲۲/۵۴	۴/۱۱	-۰/۳۶	۰/۰۱
خود خواهانه	۲۵/۲۴	۴/۲۵	-۰/۲۵	۰/۰۱





شکل ۱: مدل روابط معنادار دین داری، سبک های شوخ طبیعی و تیپ شخصیت D با سلامت عمومی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب

**بحث**

با توجه به این که بیماری قلبی با ایجاد عوامل تنش‌زای جسمی و روانی است و با سلامت عمومی افراد بیمار رابطه دارد و همچنین تضمین سطح مناسب سلامت عمومی در جمعیت‌های عادی در گرو مسایلی مانند دین‌داری، شوخ طبیعی و تیپ شخصیتی D قرار دارد، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین متغیرهای دین‌داری، سبک‌های شوخ طبیعی و تیپ شخصیت D با سلامت عمومی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد. در بررسی این رابطه، نتایج نشان داد که بین دین‌داری عاطفی با سلامت عمومی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های خان و کاواجا (۱۳)، پژا و ساین (۱۴)، عقیلی و کومر (۱۵)، جعفری و همکاران (۱۶)، موسوی مقدم و

همکاران (۱۷)، ریپتروپ و همکاران (۱۸) و مردای و همکاران (۱۹) است. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود به این نتیجه دست یافتند که هویت دینی بیشترین سهم را در تبیین و پیش‌بینی سلامت روان دارد و همچنین آموزش مهارت‌های معنوی باعث کاهش اضطراب می‌شود. در تبیین این ارتباط می‌توان گفت هرچه افراد هویت دینی خود را بسازند، سلامت روان آنها تضمین می‌شود و برای زندگی خود هدف و معنی لازم را کسب می‌کنند. در تبیین این یافته می‌توان گفت معنویت و مذهب را می‌توان به عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌ها، در نظر گرفت که به صورت ضربه‌گیر عمل می‌کند و موجب کاهش اختلالات روانی و ارتقای سطح سلامت روانی افراد می‌شود (۴۲). هم‌چنین در تبیین این یافته می‌توان گفت هرچه افراد هویت دینی خود را بسازند، سلامت روان



پیشینه و یافته‌های پژوهش حاضر، شوخ طبع بودن پیوند دهنده را به عنوان یک سبک سازگار می‌توان به عنوان یک شیوه رفتاری مفید و قابل قبول از نظر اجتماعی در ارتباط با بهبود و ارتقاء سلامت عمومی به حساب آورد. زیرا سلامت عمومی نیز یک مفهوم کلی است و برای برخورداری از سلامت روانی خوب باید از ویژگی‌های مثبت زیادی از قبیل؛ صمیمیت، خوشرویی، برونگرایی، عزت نفس، رضامندی از ارتباط و به طور کلی از خلق و هیجان‌های مثبت برخوردار بود که شوخ طبعی مثبت با تمام عوامل مذکور رابطه مستقیم دارد (۴۶). همچنین با توجه به این که نتایج مطالعه‌های مربوط به سبک‌های شوخ طبعی حاکی از آن است که در اغلب موارد، سبک‌های پیونددهنده با سلامت روان، بهزیستی ذهنی، مؤلفه‌های هوش هیجانی، کفایت اجتماعی رابطه مثبت دارد (۲۶). می‌تواند دلیل دیگری برای این یافته باشد، زیرا این نوع سبک شوخ طبعی به دلیل بالا بردن احساس کیفیت اجتماعی، بهزیستی ذهنی و دیگر مسائل ذکر شده باعث افزایش میزان سلامت عمومی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌شوند.

شوخی طبعی پیوند دهنده به فرد کمک می‌کند هنگام برخورد با موقعیت‌های استرس آور، با بیان طنز و لطیفه سعی کنند به دیگران آرامش بدهند و چشم‌انداز شوخی گونه‌ای نسبت به موقعیت‌هایی که با آن مواجه می‌شوند داشته باشد (۲۱). در واقع می‌توان گفت شوخ طبعی پیوند دهنده از طریق بهبود روابط بین فردی و باعث بهبود سلامت عمومی در بیماران مبتلا

آنها تضمین می‌شود و برای زندگی خود هدف و معنای لازم را کسب می‌کنند، زیرا مذهب، ارتباط دایمی انسان با خالق هستی و اعتقاد به حضور دایمی او در لحظه‌های حساس بوده و تأثیر بسزایی در ایجاد بهداشت روانی سالم و درمان بیماری‌های جسمی و روحی دارد (۴۳). از دلایل دیگری که می‌توان برای اثر معنویت بر سلامت روان ذکر کرد افزایش اعتماد به نفس است، زیرا بر اساس مطالعه‌های دینداری باعث افزایش اعتماد به نفس در فرد است (۴۴)، توبین (۴۵) از منظر دیدگاه‌های روان‌پویایی و رشد به این موضوع نگاه می‌کند. او عنوان می‌کند که دین مراحل پیوسته‌ای را در طول زندگی از طریق تأکید بر معنی ذاتی و جاودانه زندگی به وجود می‌آورد، به طوری که افراد احساس آمرزیده شدن به وسیله خدا را گسترش می‌دهند. این حس موجب کاهش تنیدگی و اضطراب در افراد می‌گردد. بنابراین بر اساس یافته‌های این مطالعه، دین می‌تواند به عنوان یکی از فاکتورهای آرامش‌زا و تنش‌زدا عمل نماید. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد که دین نیازهای اساسی جهت کاهش اضطراب و تنش در افراد را برآورده می‌سازد.

نتایج پژوهش حاضر رابطه معنی‌داری بین سبک شوخ طبعی پیوند دهنده با سلامت عمومی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان داد. این نتیجه با یافته‌های خوشبویی (۲۳)، نزلاک و درک (۲۴)، کوپر و مارتین (۲۵) هماهنگ است. با در نظر گرفتن مفهوم چندبعدی شوخ طبعی به صورت سبک‌های سازگار و ناسازگار در ارتباط با سلامت عمومی و با توجه به

به نارسایی قلبی می‌شود. بر اساس یافته این پژوهش می‌توان گفت اتفاق‌ها و حوادث پریشان‌کننده زندگی را می‌توان با روحیه شوخ طبعی و بذله‌گویی، البته به سبک مثبت به امور قابل تحمل تبدیل کرد. این روحیه که فرد بتواند هنگام خشم، عصبانیت، اضطراب یا هر موقعیت پر تنش دیگر، لحظه‌ای توقف کند و با دید شوخ طبعی به مسائل نگاه کند، می‌تواند به عنوان یک مهارت آموخته شود و آموزش چگونگی بهره‌گیری از شوخ طبعی مثبت و اجتناب از سبک‌های ناسازگار (خودکاهنده و پرخاشگرانه) در جهت بهبود، تأمین و ارتقاء سلامت عمومی و بهزیستی افراد مبتلا به نارسایی قلبی می‌تواند به آن‌ها کمک کرد.

از سوی دیگر، نتایج مطالعه حاضر، رابطه منفی معنی‌داری بین تیپ شخصیت D با سلامت عمومی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان داد. که این نتیجه با یافته‌های مطالعات پیشین لیم و همکاران (۲۹) و شفر و همکاران (۳۰) هم‌سو است. با توجه به این که تیپ شخصیتی D دارای دو مؤلفه اصلی تجربه هیجان‌های منفی (اضطراب و افسردگی) و بازداری اجتماعی (منع ابراز هیجان‌ها در روابط اجتماعی و اجتناب از ارتباط‌های کلامی و غیرکلامی با اطرافیان) می‌باشد و این دو مؤلفه فرد را مستعد تجربه هیجان‌های ناخوشایند می‌کند و در عین حال عدم ابراز آن‌ها فرد را مستعد ابتلا به اختلالات روانشناختی و روان‌تنی می‌سازد (۴۷)، که می‌تواند دلیل کاهش سلامت عمومی در اثر وجود این نوع تیپ شخصیت در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شود.

همچنین با توجه به این که افراد با تیپ D استرس‌های بین فردی بالایی را تجربه می‌کند و فرد آگاهانه سعی در سرکوب این هیجانات دارد (۴۸)، می‌تواند دلیل این یافته باشد. در واقع تجربه بالای استرس بین فردی و سرکوب هیجانات باعث کاهش میزان سلامت عمومی در افراد می‌شود. همچنین با توجه به این که افراد با تیپ شخصیت D، اضطراب و بی‌خوابی زیادی را تجربه می‌کنند می‌تواند یکی دیگر از دلایل کاهش سلامت عمومی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باشد. همچنین با توجه به این که افراد با تیپ شخصیتی D ویژگی‌هایی نظیر؛ احساس نادرستی کارهای انجام شده، عدم رضایت از کارهای انجام شده، احساس فقدان نقش مهم در کارها، عدم قدرت در تصمیم‌گیری را گزارش کردند (۴۹) وجود این علائم می‌تواند باعث کاهش میزان سلامت عمومی در افراد باشد.

از آنجایی که تیپ شخصیت D با خطر فزاینده بیماری، بیگانگی اجتماعی و اختلال در عملکردهای اجتماعی روزمره (۳۱)، خشم و اضطراب (۳۲)، ضعف یا کاهش قدرت حیاتی (۴۸)، مستقل از عوامل خطر آفرین پزشکی در ارتباط است، می‌تواند دلیل رابطه منفی تیپ D با میزان سلامت عمومی شود. همچنین افراد دارای تیپ شخصیت D به رفتارهای مرتبط با سلامتی علاقه کمتری نشان می‌دهند (۵۰) و به رفتارهای تندرستی ناسازگارانه نظیر؛ سیگار کشیدن، ورزش نکردن و نداشتن یک رژیم غذایی

توانایی فرد را در اجتماعی شدن بهبود ببخشند پیشنهاد کرده‌اند. برخی از مطالعه‌ها، برای مثال، نشان دادند که ورزش منظم ممکن است به کاهش اضطراب و افسردگی، سهولت بیشتر در کنترل استرس‌های روزانه، خواب راحت و طولانی‌تر، بهبود عملکرد جنسی و غیره منجر شود (۵۳). همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و سایر بررسی‌های هم‌سو می‌توان نتیجه گرفت که دینداری و مؤلفه‌های روانشناختی نظیر سبک‌های شوخ‌طبعی نیز می‌توانند نقش علی معنی‌داری بر سلامت روانی بیماران مزمنی نظیر بیماران قلبی داشته باشند. بنابراین در کنار درمان‌های پزشکی سعی در ارتقا این سازه‌های روانشناختی می‌تواند به این بیماران کمک کند.

مطالعه حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. با توجه به محدود بودن نمونه‌ی پژوهش به شهرستان یزد و بررسی بیماران در مقطعی از زمان، می‌باید در تعمیم یافته‌ها احتیاط کرد. همچنین از آنجا که این بررسی فقط بر روی بیماران قلبی بوده است، نمی‌توان نتایج را به کل بیماران مزمن پزشکی تعمیم داد. همچنین استفاده بیماران از داروها نیز احتمالاً نتایج را تحت تأثیر قرار داده است که می‌باید مورد توجه قرار گیرد. به علاوه زیاد بودن تعداد سوالات و استفاده از روش خودگزارشی جهت گردآوری داده‌ها از دیگر محدودیت‌های پژوهش است. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مناطق و استان‌های دیگر و با اعمال کنترل بیشتری روی ویژگی‌های جمعیت

تمایل بیشتری دارند و این موضوع با پیش‌آگهی بد وضعیت جسمی و پریشانی هیجانی ارتباط دارد (۵۱)، که می‌تواند دلیل این یافته باشد. همچنین تنش‌های ناشی از تیپ شخصیت D از طریق تغییرات رفتاری و فیزیولوژیکی بر سلامتی اثر می‌گذارند و افراد دارای تنش بالا تمایل افراطی به انجام رفتارهایی دارند که امکان بیمار شدن و آسیب دیدن آنها را افزایش می‌دهد (۵۲)، که می‌تواند دلیل دیگری برای این یافته باشد.

به طور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد که تیپ شخصیتی D یک عامل خطرآفرین برای سلامتی افراد به شمار می‌رود و بر سلامت عمومی افراد مبتلا به نارسایی قلبی بسیار مؤثر است، لذا کاربردهای عملی یافته‌های مطالعه حاضر در حوزه سلامت و پزشکی می‌تواند بسیار حایز اهمیت باشد. با پذیرش برآیندهای منفی تیپ شخصیتی D بر سلامت افراد، جستجوی راهکارها و مکانیسم‌های کمک به افراد با تیپ شخصیتی D به منظور کاهش تجربه عوارض منفی این نوع شخصیت، ضروری به نظر می‌رسد. مطالعه‌های مختلف، درمان‌های رفتاری-شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، حمایت هیجانی، روان درمانی میان فردی، تنفس دیافراگمی، آرام‌سازی پیش‌رونده عضلات، آموزش خود به خودی، تصویرپردازی هدایت شده، اشکال مختلف مکاشفه یا ذهن‌ورزی، هیپنوتیزم، ورزش و یا سایر درمان‌هایی که ممکن است استرس را در شخص کاهش دهد و

شناختی(سن، جنس، نوع بیماری قلبی، تحصیلات و غیره) نیز اجرا شود و نتایج آن مورد مقایسه قرار گیرد.

### نتیجه‌گیری

دینداری و مؤلفه‌های روانشناختی نظیر؛ سبک‌های شوخ‌طبعی و تیپ شخصیتی می‌توانند نقش علی معنی‌داری بر سلامت عمومی بیماران قلبی - عروقی داشته باشند. بنابراین ضروری به‌نظر می‌رسد که در فرآیند درمانی بیماران قلبی صرفاً به رویکرد فیزیولوژیک بسنده نشود و زمانی فرآیند و اثرات درمانی کارآمدتر و بلندمدت‌تر خواهد بود که نقش متغیرهای روانشناختی نیز در سبب‌شناسی و درمان مورد توجه قرار گیرد و از این طریق با همکاری پزشکان و روانشناسان، گام‌های جامع‌تری در درمان اختلالات روانی - جسمانی برداشته شود.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد و با حمایت مالی دانشگاه شهید باهنر انجام گرفته است.

## REFERENCE

1. Jolliffe J, Rees K, Taylor R, Thompson D, Oldridge B, Ebrahim S. Exercise based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Available from: [http:// gatewaynlm. nih.gov/meeting-abstract](http://gateway.nlm.nih.gov/meeting-abstract), accessed on: 2009.
2. Gasiorowski A, Dutkiewicz J. Comprehensive rehabilitation in chronic heart failure. *Ann Agric Environ Med* 2013; 20(3): 606-12.
3. Albackr HB, Alhabib KF, Ullah A, Alfaleh H, Hersi A, Alshaer F. Prevalence and prognosis of congestive heart failure in Saudi patients admitted with acute coronary syndrome (from SPACE registry). *Coron Artery Dis* 2013; 24(7): 596-601.
4. Kasper H, David H. Harrison's principles of internal medicine. 16<sup>th</sup> ed. New York: McGraw- Hill, 2005; 1444-8.
5. Arghami S, Nasl-Seraji J, Mohammad K. Mental health in high-tech system. *Iran J Pub Health* 2005; 34(1): 31-7.
6. Budde HG, Keck M. Predictors of return to work after inpatient cardiac rehabilitation under workers compensation plan. *Rehabilitation (Stuttg)* 2001; 40(4): 160-208.
7. Malkzadh M, Ghaffarian Shirazi H, Momeni-Nejad M, Zadehbaghri G, Sharifi B, Jabbarnejad A. General Health variations, in patients with MI, longitudinal case-control nested design. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)* 2012; 13(9): 1-7.
8. Grace SL, Abbey SE, Shnek ZM. Cardiac rehabilitation II: Referral and participation. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24(3): 127-34.
9. Rutledge JC. Life style modification program management of patient with coronary artery disease. *J Cardiopulmon Rehabil* 1999; 19(4): 226-340.
10. Taliban MR. Religious Commitment. Political Affiliation. A study 2002; 20: 21-32.
11. Hussein Qomi T, Salimi Bejestani H. The relationship between religious orientation and endurance among the mothers having ailing children. *Psychology and Religion* 2012; 4(3): 62-89.
12. Cheraghi M, Molavi H. The relationship between religion and various aspects of public health in students of Isfahan University. *Journal of Educational Research* 2007; 2: 2-21.
13. Khan M, Kawa MH. A study of religious orientation and life satisfaction among university students. *International Journal of Social Sciences* 2015; 5(2): 11-18.
14. Pooja V, Singh S. Religious orientation, self-esteem and happiness among undergraduate students. *Indian Journal of Positive Psychology* 2015; 6(4): 349-55.
15. Aghili M, Kumar V. Relationship between Religious Attitude and Happiness among Professional Employees. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* 2008; 34(5): 66-9.
16. Jafari-Manesh H, Ranjbaran M, Najafi Z, Jafari-Manesh M, Alibazi A. Relationship between religious orientation and spiritual health with emotional adjustment of the hospitalized adolescents. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)* 2015; 3(9): 2-10.
17. Mousavimoghadam S, Bagheri F, Zahirikhah N. The relationship between religious orientation, personality traits and spiritual well-being and quality of life for students. *International Journal of Psychology and Behavioral Research* 2015; 4(1): 92-9.
18. Rippentrop RA, Altmaier EM, Chen JM, Found E, Keffala K. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain* 2005; 116: 311-21.
19. Moradi A, Ghalamkarian SM, Heyrat A. A Meta-analysis about researches on relationship between religious orientation and mental health and depression in Iran. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences* 2013; 5(7): 829-38.
20. Reff RCh. Developing the humor styles questionnaire-revised: A review of the therapeutic alliance. unpublished PhD thesis. Ohio State University 206; 5-31.
21. Martin RA. Humor, laughter, and physical health. *Psychological Bulletin* 2001; 127: 504-19.
22. Tapley R. The value of humor. *J Value Inq* 2007; 40(4): 421-31.
23. Khoshouei M. Psychology of Humor. Esfahan: Kankash Publication; 2007; 54-76.
24. Nezlek J, Derks P. Use of humor as a coping mechanism. Psychological adjustment, and social interaction. *Humor: Int J Humor res* 2001; 14(16): 395-431.
25. Kuiper NA, Martin RA. Laughter and stress in daily life: Relation to positive and negative affect. *Motivation Emotion* 1998; 22(2): 133-53.
26. Martin RA. Sense of humor and physical health: Theoretical issues, recent finding, and future directions. *Humor: International Journal Human Research* 2004; 17(1/2): 1-19.

27. Luci A, Marti JA. Ethnicity and type D personality as predictors of heart rate variability. *Journal of Psychology* 2010; 76(2): 118-21.
28. Fakhari A, Norouzi S, Zakarya Pezeshki M. Reliability and validity of type d personality questionnaires (ds14 persian version) in coronary artery patients. *Medical Sciences and Health Services* 2014; 36(4): 78-85.
29. Lim HE, Lee MS, Ko YH, Park YM, Joe SH, Kim LA, et al. Assessment of the type d personality construct in the korean population: a validation study of the korean ds14. *Journal of Korean Medicine Science* 2011; 26(1): 116-23.
30. Schiffer AA, Pedersen SS, Widdershoven JW, Denollet J. Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. *Europe Journal Heart Fail* 2008; 10(8): 802-10.
31. Denollet J, Sys SU, Brutsaert DL. Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine* 1995; 57: 582-91.
32. 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; 347: 417-21.
33. Feola M, Garnerio S, Vallauri P, Salvatico L, Vado A, Leto L. Relationship between cognitive function, depression/anxiety and functional parameters in patients admitted for congestive heart failure. *Open Cardiovascular Medicine Journal* 2013; 7: 54-60.
34. Ketterer MW, Draus C, McCord J, Mossallam U, Hudson M. Behavioral factors and hospital admissions/readmissions in patients with CHF. *Psychosomatics* 2013; 182(13): 134-5.
35. Halmo R, Galuszka J, Langova K, Galuzkova D. Self-care in patients with chronic heart failure. Pilot study - self-care includes problems. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2013; 12.
36. Noorbala AA, Bagheri-Yazdi SA, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Research Journal* 2008; 11(4): 47-53.
37. Serajzadeh SH. Attitudes and religious behavior in Tehran adolescents and its implications for the theory of secularization. *Nemayeh Pajoohesh* 1999; 9(10): 105-18.
38. Martin RA, Puhlik-Doris P, Larsen G, Gray J, Weir K. Individual differences in uses of humor and their relation to psychological wellbeing: Development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality* 2003; 37: 48-75.
39. Khoshouei MS, Oreizy HM, Aghaei A. Construction and Validation of Sense of Humor Questionnaire. *Psychological Research* 2010; 12(1): 26-39.
40. Ebrahimi A, Molavi H, Mousavi GH, Barnamsh A, Yaghoobi M. Psychometric properties, factor structure, cut-off point clinical sensitivity and specificity of the general health questionnaire with 28 questions (GHQ) in Iranian patients with psychiatric disorders. *Behavioral Sciences Research* 2008; 1: 12-25.
41. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3<sup>th</sup> ed. New York: Guilford Press; 2010; 80-98.
42. Safee Rad I, Karimi L, Shomoossi N, Ahmadi Tahor M. The relationship between spiritual wellbeing and mental health of university students. *Journal Sabzevar University Medicine Sciences* 2011; 17(4): 274-80.
43. Elvin J. Religion role in healing confirmed. *Journal of Insight* 2001; 3: 78-83.
44. Sanders PW, Allen GE, Fischer L, Richards PS, Morgan DT, & Potts RW. Intrinsic religiousness and spirituality as predictors of mental health and positive psychological functioning in latter-day saint adolescents and young adults. *Journal of Religion and Health* 2015; (3)54: 871-87.
45. Tobin SS. Preserving the self through religion. In *Personhood in advanced old age: applications for practice*. New York: Springer; 1991; 119-33
46. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013; 250-72.
47. Pourang P, Besharat MH. An investigation of the relationship between coping styles and psychological adaptation with recovery process in a sample of coronary heart disease patients. *Journal of Behavioral Sciences* 2011; 101(2): 171-5.
48. Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: A review. *Europe Journal Card Pre Rehab* 2003; 10: 241-8.

49. Masoudnia E. The relationship between type D personality and its components and general health of students. *Journal of Behavioral Sciences* 2012; 5(2): 143-9.
50. Broek P, Martens K, Nyklicek E, Voort I, Susanne P. Increased emotional distress in type-D cardiac patients without a partner. *Journal Psychosomatic Research* 2007; 63(1): 41-9.
51. Williams L, O'Connor RC, Christopher A, Ferguson E, Sheehy N, Madeleine A. Type-D personality mechanisms of effect: The role of health-related behavior and social support. *Journal Psychosomatic Research* 2008; 64(1): 63-9.
52. Sarafino EP. *Health psychology*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wiley and sons 2002; 19(17): 42-8.
53. Jonge P, Denollet J, Van Melle J, Kuyper A, Honig A, Hschene A. Association of type-D Personality and depression with somatic health in myocardial infarction patients. *Journal Psychosomatic Research* 2007; 63(12): 477-89.

# The Relationship between Religiosity, Humor and Type-D Personality with General Health of Patients with Heart Disease

Ghadiri A, Askarizadeh GH<sup>\*</sup>, Bagheri M

Department of Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

Received: 21 Sep 2016 Accepted: 18 Sep 2017

## Abstract

**Introduction:** Cardiovascular diseases are the most and common cause of death and debilitation worldwide. Psychological factors compose more than 50 percent of the factors affecting heart diseases. Therefore, this research has been performed aiming to investigate the relationship between religiosity, humor styles and Type- D Personality with general health in the patients with heart disease.

**Methods:** This study is descriptive of correlation type. The statistical population of this research includes all patients with heart disease in the city of Yazd in the years 2016. The study sample consisted of 210 patients with heart failure who were selected by means of verge criteria and were selected by purposeful sampling and based on the Kerjesy and Morgan tables. Research variables Measurement tools are included Serajzadeh questionnaire with 24 items of religiosity (DS-14), Martin's 32-items questionnaire of humor (HSQ-R), Denollet's type D personality questionnaire, and Goldberg's 28 items General Health Questionnaire (GHQ-28). Data was analyzed Using SPSS and AMOS Statistical softwares and path analysis within the framework of structural modeling.

**Results:** The results of data analysis showed that there is a positive and significant relationship between the affective religiosity ( $\beta=0.08$ ;  $P<0.05$ ), other component of religiosity Other components of religiosity including religious beliefs, consequential religions and religious rituals do not show a significant relationship with general health ( $P>0.05$ ). Affiliative humor had positive and significant relationship with general health ( $\beta=0.18$ ;  $P<0.05$ ), While other humor styles, including self-enhancing wit, aggressive humor and selfish wit, do not show a meaningful relationship with general health ( $P>0.05$ ). Finally, two component of type D personality including social inhibition ( $\beta=-0.20$ ;  $P<0.01$ ), and negative affect ( $\beta=-0.28$ ;  $P<0.01$ ), have a negative and significant relationship with general health.

**Conclusion:** Base on the result of this research affective religiosity, affiliative humor styles, and Type- D personality are important and affecting risk factors in the general health of patients with heart disease. So, by recognizing such factors, the individuals predisposed to this disease can be identified for preventative measures and helping in treatment.

**Keywords:** Religiosity, Humor Styles, Type- D Personality, General Health, Patients with Heart Disease

**\*Corresponding author:** Askarizadeh GH, Department of Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran.

**Email:** Gh.askarizade2000@gmail.com

## Please cite this article as follows:

Ghadiri A, Askarizadeh GH, Bagheri M. The Relationship between Religiosity, Humor and Type-D Personality with General Health of Patients with Heart Disease. *Armaghane-danesh* 2017; 22 (4): 542-556.