

Presenting a Causal Model of Symptom Severity in Coronary Heart Patients based on Cognitive Regulation of Emotion and Causal Documents

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Hossein Mohiedin Sheikholeslami¹
Mahdieh Salehi^{2*}
Marjan Jafari Roshan¹

How to cite this article

Hossein Mohiedin Sheikholeslami, Mahdieh Salehi, Marjan Jafari Roshan, Presenting a Causal Model of Symptom Severity in Coronary Heart Patients based on Cognitive Regulation of Emotion and Causal Documents, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2022:6(3); 301-308

1. Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author).

* Correspondence:

Address:
Phone:
Email: m-salehi@iauctb.ac.ir

Article History

Received: 2022/08/10
Accepted: 2022/12/11

ABSTRACT

Purpose: The present article examines the relationship between the severity of symptoms in coronary heart patients with the cognitive regulation of emotion and causal attributions.

Materials and Methods: The sample of this research included 216 patients with coronary heart disease. To measure the severity of disease symptoms, the gender score was used, to measure the cognitive regulation of emotion, Gransafaki and Karaji (2001) questionnaire was used, and to measure causal documents, Seligman's (1979) questionnaire was used. Structural equation modeling was used to examine the assumed models and examine the relationships between these variables that were developed based on the research literature.

In order to compile the causal model of the severity of disease symptoms, the correlation matrix of all the research variables was prepared and adjusted, and after the correlation matrix was prepared, the necessary calculations were performed using AMOS software, and various fitting methods were implemented for the proposed analysis model.

Findings: The results of this research showed that the proposed model has a good fit. And direct and indirect ways all affect the severity of disease symptoms.

Conclusion: According to the results of the research, it is possible to improve the symptoms of coronary heart disease by teaching positive emotional regulation and positive documents.

Keywords: Disease Severity Education, Positive Emotional Regulation, Causal Attributions, Quality of Life, Perceived Social Support.

ارائه مدل علی شدت علائم در بیماران کرونر قلبی مبتنی

بر تنظیم شناختی هیجان و اسنادهای علی

حسین محی الدین شیخ الاسلامی^۱

گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

مهديه صالحی^{۲*}

گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

مرجان جعفری روشن^۳

گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

هدف: مقاله حاضر به بررسی رابطه شدت علائم در بیماران کرونر قلبی با تنظیم شناختی هیجان و اسنادهای علی پرداخته است.**مواد و روش ها:** نمونه این تحقیق شامل ۲۱۶ بیمار مبتلا به کرونر قلبی بود. برای سنجش شدت علائم بیماری از نمره جنسینی، برای سنجش تنظیم شناختی هیجان از پرسشنامه گرانسکی و کراجی (۲۰۰۱) و برای سنجش اسنادهای علی از پرسشنامه سلیگمن (۱۹۷۹) استفاده شد. مدل یابی معادلات ساختاری برای بررسی مدل‌های مفروض و بررسی روابط بین این متغیرها که براساس ادبیات پژوهش تدوین شده بودند، مورد استفاده قرار گرفت.

جهت تدوین مدل علی شدت علائم بیماری، ماتریس همبستگی کلیه متغیرهای مورد پژوهش تهیه و تنظیم گردید و پس از تهیه ماتریس همبستگی با استفاده از نرم افزار AMOS محاسبات لازم انجام شد و برای مدل پیشنهادی تحلیل، روش‌های مختلف برازش اجرا گردید.

یافته ها: نتایج این تحقیق نشان داد که از مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار است. و مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم همگی بر شدت علائم بیماری تاثیرگذار هستند.**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، می‌توان با آموزش تنظیم هیجانی مثبت و اسنادهای مثبت بر بهبود علائم بیماری کرونر قلبی اثرگذار بود.**کلمات کلیدی:** آموزش شدت بیماری، تنظیم هیجانی مثبت، اسنادعلی، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی ادراک شده.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۰

* نویسنده مسئول: m-salehi@iauctb.ac.ir

مقدمه

بیماری‌های قلبی- عروقی یکی از بیماری‌های بسیار شایع در افراد جامعه است و از ۱۳ علت اصلی مرگ در جهان محسوب می‌شود (۱). این بیماری‌ها با درصد مرگ‌ومیر بین ۲۵ الی ۴۵ درصدی در کشورهای جهان، به عنوان اولین علت مرگ و پنجمین علت ناتوانی به حساب می‌آیند (۲). در ایران به گزارش سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۱۹، در ایران ۴۹٪ علت کل مرگ‌ها، ابتلا به بیماری‌های قلب و عروق گزارش شده است و پیش‌بینی می‌شود در طی ده سال آینده حدود ۴,۴٪ افزایش یابد.

بیماری‌های قلبی اگر به موقع و به درستی کنترل نگردند، می‌توانند تمامی ابعاد زندگی فرد را تحت تاثیر قرار داده و از کیفیت زندگی مبتلایان تا حدود زیادی بکاهند. از آنجایی که این بیماری‌ها سیر مزمن داشته و درمان قطعی ندارند، با ارتقا سطح سلامتی و پیشگیری، می‌بایست از روند پیشرفت آن‌ها جلوگیری نمود و از ناتوانی‌های حاصل از آن‌ها کاست (۳).

تنظیم هیجان شامل استفاده از استراتژی‌های رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت‌زمان یا شدت تجربه یک هیجان است (۴).

تنظیم شناختی هیجان، به شیوه شناختی مدیریت و دست‌کاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان، اشاره دارد (۵) و نقش سازنده‌ای در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی و پیامدهای زیستی و روانی آن‌ها ایفا می‌کند (۶). تنظیم شناختی هیجان پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. مبتلا شدن به بیماری کرونر قلبی می‌تواند زندگی فرد را دچار اختلال و به وجود آوردن پیامدهای منفی شود و توانایی در تنظیم شناختی هیجان به بیمار کمک خواهد تا بتواند راحت‌تر و با دیدگاه مثبت‌تری به روند درمان ادامه دهد و از شدت علائم بیماری بکاهد.

راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را می‌توان به دو دسته سازگارانه مثبت و ناسازگارانه (منفی) تقسیم نمود. از جمله راهبردهای سازگارانه می‌توان به ارزیابی مجدد مثبت^۱، تمرکز مجدد مثبت^۲، پذیرش^۳، دیدگاه‌پذیری^۴ و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۵ اشاره کرد. راهبردهایی مانند سرزنش خود^۶، سرزنش دیگران^۷، نشخوار ذهنی^۸ و فاجعه‌انگاری^۹ در دسته راهبردهای ناسازگارانه قرار می‌گیرند که هر کدام پیامدهای خاص خود را خواهند داشت (۷).

مداخلات پیشگیرانه روان‌شناختی با تأکید بر آموزش راهبردهای تنظیم شناختی برای بیماران قلبی و عروقی می‌تواند مفید واقع شود (۸). اثرات مزمن بازداری هیجان‌ات منفی، منجر به افزایش فعالیت سمپاتیک سیستم قلبی عروقی می‌شوند (۹). افزایش سطح هیجان‌ات منفی، با بدتر شدن بیماری قلبی عروقی همراه است (۱۰).

انسان در برخورد با مسائل روزمره مانند یک دانشمند عمل می‌کند و نقش دانشمند ساده و بی‌تجربه را ایفا می‌کند که با یک دانشمند خوب و قیاسی فاصله دارد و در تحلیل‌های اسنادی در معرض چندین خطا و سوگیری قرار می‌گیرد. به عنوان مثال، خطای بنیادی اسناد

6 Self- Blame

7 Other Blame

8 Rumination

9 Catastrophizing

1 Positive Reappraisal

2 Positive Refocusing

3 Acceptance

4 Utting Into Perspective

5 Refocusing Planning

مواد و روش ها

در این پژوهش روابط متغیرها به صورت مدل علی مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین متغیر درون‌زا (شدت علائم بیماری) با استفاده از متغیرهای برون‌زا (تنظیم شناختی هیجانی مثبت و تنظیم شناختی هیجانی منفی، اسناد علی) تبیین شد. لذا این مطالعه به لحاظ هدف از نوع بنیادی و به لحاظ تحلیل داده‌ها از نوع همبستگی و گذشته نگر می‌باشد.

جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه بیماران کرونر قلب بیمارستان قلب تهران بودند که در سال ۱۳۹۹ در این بیمارستان تحت درمان قرار گرفته‌اند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. روش مطلقی برای تعیین حجم نمونه در الگویابی معادلات ساختاری وجود ندارد. برخی از پژوهشگران حداقل نمونه را ۱۰۰ نفر و حجم نمونه ۲۰۰ یا بالاتر را مطلوب توصیف می‌کنند (۱۸). از این رو با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، گروه نمونه مورد آزمون شامل ۲۱۶ نفر از بیماران وارد تجزیه و تحلیل آماری شدند.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: تشخیص بیماری کرونر قلب توسط متخصص، نداشتن سابقه بستری و مصرف دارو به جهت بر خورداری از مشکلات روان‌شناختی مزمن، بازه سنی از ۳۹ سال تا ۸۹ سال، رضایت کامل شخص و مشارکت در پژوهش تا پایان، داشتن سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج: اعلام عدم رضایت جهت ادامه همکاری، داشتن شرایط جسمی سخت، تشخیص دکتر معالج برای عدم ادامه کار.

جهت بررسی و مطالعه نظری موضوع پژوهش و دستیابی به اطلاعات اولیه با استفاده از کتب و نشریات داخلی و خارجی و همچنین استفاده از شبکه جهانی اینترنت به منظور دستیابی به مقالات مرتبط با موضوع تحقیق از این روش استفاده شد.

از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، اسناد علی برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز پژوهش استفاده خواهد شد؛ و همچنین برای شدت علائم از آنژیوگرافی بیمار و نمره جنسینی استفاده شد.

به منظور تعیین میزان و شدت بیماری عروق کرونر قلب از آنژیوگرافی استفاده شد که در حال حاضر بهترین روش ارزیابی بیماری عروق کرونر است (۱۹). نمره دهی جنسینی^۲ از اعتبار بالایی برای درجه بندی شدت بیماری برخوردار است. معیار نمره دهی جنسینی یک معیار تجمعی است که فاکتورهای متعددی مانند موقعیت‌های گرفتگی رگ، شدت گرفتگی رگ در آن موثر می‌باشد و یک سیستم ارزیابی جامعه قلب آمریکا می‌باشد (۲۰). نتایج آنژیوگرافی بیمار توسط متخصص قلب بازبینی تایید شدند و بعد از آن با استفاده از نمره جنسینی به روش زیر شدت بیماری مشخص می‌شود. برای سنجش میزان شدت گرفتگی جزئی، گرفتگی یک رگ، گرفتگی دو رگ، گرفتگی سه رگ از اطلاعات آنژیوگرافی به میزان تنگی شریان نزولی قدامی چپ (LAD)، شریان کرونر دور راست (LCX)، شریان کرونر راست (RCA) استفاده شد. بدین گونه که میزان تنگی ۲۵ امتیاز ۱، تنگی ۲۶ تا ۵۰ امتیاز ۲، تنگی ۵۱ تا ۷۵ امتیاز ۳، تنگی ۷۶ تا ۹۰ امتیاز ۴ و انسداد کامل (۱۰۰)

اشاره به گرایش افراد به اسناد بیش از حد علل رفتار دیگران به عوامل درونی دارد و نقش عوامل محیطی را کم‌رنگ‌تر در نظر می‌گیرند (۱۱)؛ بنابراین شاید بتوان گفت که یکی دیگر از فاکتورهای متأثر از بیماری قلبی عروقی اسنادهای علی باشد (۱۲).

اسناد به تلاش‌های ما برای درک علل زیربنایی رفتار دیگران و در برخی موارد رفتار خودمان اطلاق می‌شود (۱۳). به عبارتی استنتاج شناختی فرد از دلیل روی دادن یک رخداد یا دوباره انگیزه و موقعیت‌های دیگران است. اسنادهای علی مشخص می‌کنند که یک فرد چگونه رویدادی را با تشخیص مکان علت آن (درون فرد یا بیرون از فرد)، ثابت علت در زمان (ناپایدار یا پایدار) و مسئولیت پذیری رویداد (اینکه آیا علت تحت کنترل فرد است یا نه) تفسیر کند (۱۴). نظریه پردازان اسنادی دید «دانشمند ساده و بی تجربه» را نسبت به انسان دارند که به طور مداوم اطلاعات محیطی را برای دستیابی به نتیجه‌گیری‌های منطقی تجزیه و تحلیل می‌کند (۱۵).

اسناد علی فرایندی است که از طریق آن مردم به عوامل ایجادکننده یک حادثه یا پیام پی می‌برند و شامل دو نوع سبک خوشبینانه و بدبینانه می‌باشد. در بیماران کرونر قلبی با نگرش خوشبینانه ممکن است معتقد باشند بهبود بیماری یا کاهش شدت علائم بیماری دست یافتنی است و در نتیجه این نگرش در روند درمان و زندگی عملکرد بهتری خواهند داشت.

کیفیت زندگی امروزه یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می‌آید که جهت مواردی همچون ارزیابی مداخلات بهداشتی، اندازه‌گیری آن در بسیاری از پژوهش‌های سلامتی ضروری است و متغیر دیگری که ما در این تحقیق از آن استفاده خواهیم کرد کیفیت زندگی می‌باشد.

کیفیت زندگی^۱ یک اصطلاح مهم برای کیفیت حوزه‌های مختلف در زندگی بشر است. این یک سطح استاندارد است که شامل انتظارات یک فرد یا جامعه برای یک زندگی خوب است. این انتظارات با ارزش‌ها، اهداف و بسترهای فرهنگی - اجتماعی که فرد در آن زندگی می‌کند هدایت می‌شود. کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی و چند بعدی است که سطح استاندارد را برای رفاه عاطفی، جسمی، مادی و اجتماعی تعریف می‌کند.

پیامدهای اصلی بیماری‌های قلبی اختلال در توانایی عملکردی بیماران و ایجاد محدودیت در وظایف شغلی، خانوادگی و اجتماعی و در نهایت افت کیفیت زندگی بیماران است.

کیفیت زندگی نامطلوب با تشدید وخامت بیماری، بقای کمتر، افزایش تعداد رزهای بستری و کاهش فعالیت‌های عملکردی بیماران قلبی همراه است (۱۶). همچنین کاهش کیفیت زندگی با بستری شدن‌های مکرر و افزایش مرگ و میر بیمار ارتباط مستقیم دارد (۱۷).

در این پژوهش با توجه به ارتباطات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای یاد شده با شدت علائم بیماری کرونر و با یکدیگر، مساله اصلی بررسی و تبیین شدت علائم بیماری در ارتباط با تنظیم هوش هیجانی است.

² Gensini

¹ Quality Of Life

روش نمره گذاری به این صورت است که برای هر موقعیت سوال اول نمره‌ای نمی‌گیرد و تنها برای درک بهتر سوال‌های دیگر است؛ اما سه سوال دیگر از ۱ تا ۷ برای موقعیت‌های مثبت و از ۷ تا ۱ برای موقعیت‌های منفی نمره می‌گیرند. نمره کل تجارب مثبت به این صورت محاسبه می‌شود که ابتدا نمره تمام شش موقعیت مثبت (۱۸ سوال) را جمع نموده و بعد بر ۶ تقسیم می‌شود. برای محاسبه نمره کل تجارب منفی نیز ابتدا نمره تمام شش موقعیت منفی (۱۸ سوال) را جمع می‌کنیم و بعد بر ۶ تقسیم می‌کنیم. بروس و همکاران ضریب روایی این پرسشنامه را برای موقعیت منفی ۰/۸۰ و برای موقعیت‌های مثبت ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. آنان همچنین ضریب پایایی این پرسشنامه را برای رویدادهای مثبت در دامنه‌ای بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۲ و برای رویدادهای منفی در دامنه‌ای از ۰/۸۰ تا ۰/۸۲ به دست آوردند. در پژوهشات داخلی در یک بررسی توسط قاسمی و همکاران روی دانشجویان برای مفید بودن اسناد سبک‌های علی روایی و اعتبار مناسب ۰/۸۹ برای پرسشنامه فوق گزارش شد. همچنین سلیمانی نژاد آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌های پرسش نامه را ۰/۷۴ گزارش کرد.

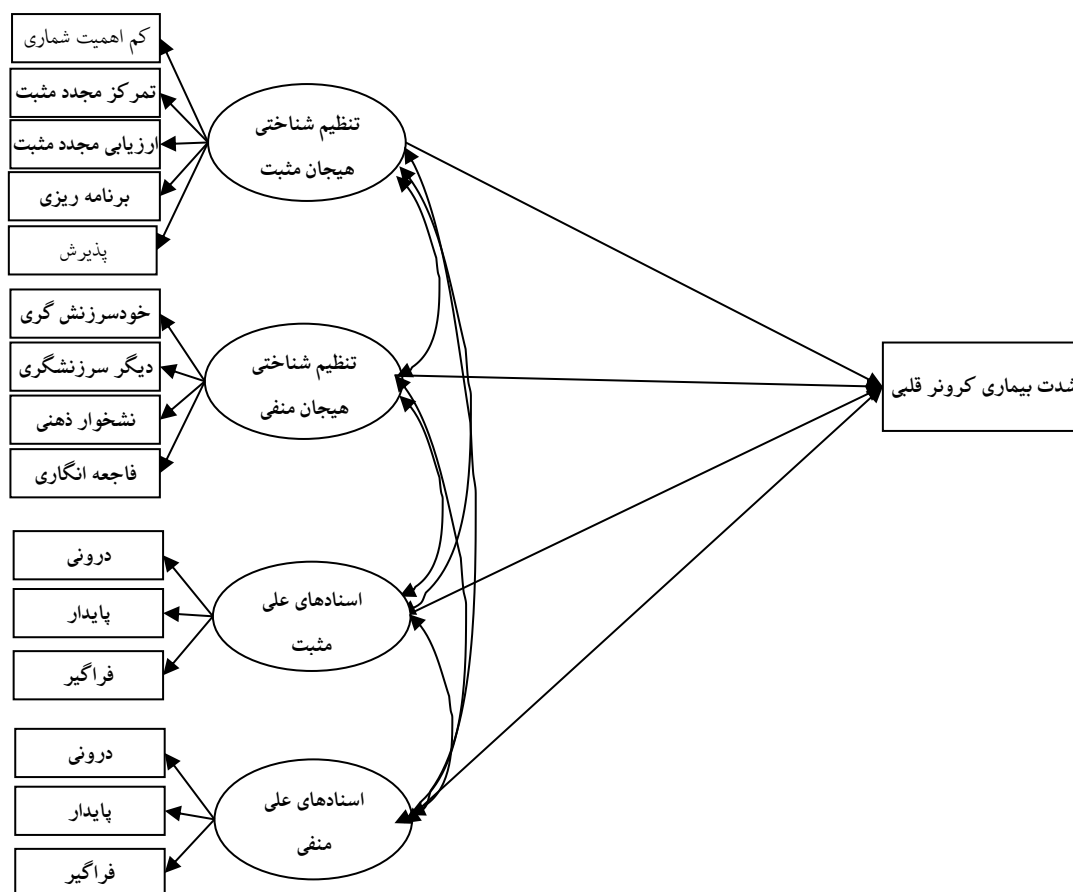
در پژوهش حاضر برای تعیین روایی از هم‌بستگی نمره کلی هر بعد با تک تک سؤال‌های تشکیل دهنده آن بعد استفاده شد. دامنه ضریب‌های همبستگی به دست آمده از ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ بود و همه ضریب‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. هر گویه نیز بیشترین همبستگی را با بعد مربوط به خود داشت.

بعد از تهیه پرسشنامه با دکتر بیماران صحبت شد و موضوع پژوهش و کاری که تصمیم به انجام آن را داریم توضیح دادیم و بعد از موافقت پزشک بیماران معرفی شدند. هدف از انجام تحقیق برای بیماران شرح داده شد و بعد از موافقت کامل بیماران برای شرکت در پژوهش سوالات را از آنها پرسیدیم و خواستیم که در کمال آرامش و آسایش به آنها پاسخ دهند. هر بیماری که بنا به هر دلیلی (خسته شدن از پاسخگویی، علاقه نداشتن به سوالات و ...) خواست که از ادامه کار انصراف دهد بدون فشار و مجاب کردن بیمار شرایطش را پذیرفتیم و ادامه کار را انجام ندادیم. در گام بعد بر مبنای مطالعات نظری و مرور مطالعات پیشین و همچنین تحلیل منطقی برای جامعه مورد مطالعه، مدل تبیین کننده پدیده انتخاب شد. نتایج حاصل از تدوین مدل را به دو متغیر درون‌داد (تنظیم شناختی هیجان و اسناد علی) در تبیین شدت علائم بیماری (متغیر بیرون‌داد) رساند. نتایج به دست آمده در شکل ۱ ارائه شده است.

۳۲. امتیاز شریان نزولی قدامی چپ ضریب ۲/۵؛ امتیاز شریان کرونر دور راست ضریب ۲/۵؛ شریان کرونر راست ضریب ۱ می‌شود و از جمع اعداد به دست آمده شدت بیماری (امتیاز نمره جنسینی) مشخص خواهد شد. تنگی معنادار عروق زمانی است که بیش از ۵۰ درصد رگ گرفته باشد (۲۱). نمره جنسینی در سه سطح خفیف، متوسط و شدید تعیین می‌شود. به این ترتیب که کمتر از ۱۰ نمره خفیف؛ ۱۰ تا ۵۰ نمره، متوسط و بیش از ۵۰ نمره، تنگی شدید عروق کرونر دارند.

برای سنجش هیجان شناختی، از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گرانفسکی و کراچی تدوین شده است، این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای فرم‌های متفاوتی است در این پژوهش از فرم ۱۸ سوالی استفاده شده است. به منظور نمره‌گذاری ابتدا نمره هر گزینه به صورت طیف ۵ درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شوند و نمره گذاری معکوس در این پرسشنامه وجود ندارد (هرگز = ۱، گاهی = ۲، معمولاً = ۳، اغلب = ۴، همیشه = ۵). حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۶ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش نایافته) تقسیم می‌شوند. زیرمقیاس‌های کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی؛ راهبردهای مثبت و زیرمقیاس‌های خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری و فاجعه نمایی؛ راهبردهای منفی را تشکیل می‌دهد.

پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و با دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۲ نشان داد که ۹ خرده مقیاس فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان دارای اعتبار مطلوبی هستند. تحلیل مولفه اصلی ضمن تبیین ۷۵ درصد واریانس، الگوی ۹ عاملی اصلی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را مورد حمایت قرار داد. همچنین، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها به نسبت بالا بود. الگوی همبستگی خرده مقیاس‌های فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان با علایم افسردگی بیانگر روایی ملاکی مقیاس بود. لذا فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در جامعه ایران، خصوصیات روانسنجی مناسبی داشته است. برای سنجش اسناد علی از مقیاس سلیگمن استفاده شد که برای هر رویداد چهار پرسش مطرح شده است. علیت (درونی یا بیرونی)، ثبات (پایدار، ناپایدار) و کلی بودن (کلی یا اختصاصی) است.



شکل 1 مدل مفهومی پژوهش

یافته ها

در ادامه توزیع فراوانی طبقه‌ای، درصد متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن، جنسیت و شدت بیماری در نمونه مورد پژوهش ارائه شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. بر اساس سطح سنجش متغیرها و فرضیات موردنظر، برای آزمون مدل مفهومی ارایه شده و تحلیل روابط بین متغیرها در مدل ساختاری و اندازه گیری از روش همبستگی با نرم افزار spss نسخه ۲۳ و با سطح معنی داری ۰/۰۵ و مدل سازی معادلات از نسخه ۲۳ نرم افزار AMOS استفاده شد.

جدول 1 آمار توصیفی مربوط به متغیرهای مورد بررسی

متغیر	مؤلفه‌های متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	تعداد
تنظیم هیجان منفی	خودسرزنشگری	۲	۱۰	۵/۲۹	۲/۵۷	۲۱۶
	دگر سرزنشگری	۲	۱۰	۶/۳۰	۲/۶۵	۲۱۶
	نشخوارگری	۴	۸	۶/۰۸	۱/۰۵	۲۱۶
	فاجعه نمایی	۲	۱۰	۶/۲۱	۲/۵۶	۲۱۶
تنظیم هیجان مثبت	کم اهمیت شماری	۲	۱۰	۵/۹۲	۲/۳۴	۲۱۶
	تمرکز مجدد مثبت	۲	۱۰	۵/۸۱	۲/۶۱	۲۱۶
	ارزیابی مجدد مثبت	۲	۱۰	۵/۳۷	۲/۴۸	۲۱۶
	پذیرش	۲	۸	۵/۳۹	۱/۵۵	۲۱۶
اسناد علی	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۲	۱۰	۵/۸۳	۲/۱۶	۲۱۶
	تنظیم شناختی هیجان	۴۵	۶۳	۵۲/۲۵	۴/۱۵	۲۱۶
	مثبت	۳۷	۷۰	۵۳/۲۴	۸/۰۲	۲۱۶
	منفی	۴۹	۶۲	۵۴/۵۱	۳/۰۲	۲۱۶
اسناد علی		۱۴۷	۱۸۷	۱۶۲/۶۱	۹/۵۲	۲۱۶

(PNFI)، شاخص برازش افزایش (IFI)، شاخص برازندگی توکر- لویس (TLI) و شاخص برازش تطبیقی (CFI) بررسی گردید. نتایج شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی در جدول ۲ ارائه شده است.

برازش مدل با استفاده از شاخص‌های برازندگی از قبیل شاخص کای اسکوتر نسبی (X^2/df) شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)، جذر میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)، شاخص برازش هنجار شده مقصد

جدول ۲ نتایج بررسی برازش مدل پیشنهادی

شاخص‌ها	بازه قابل قبول	مقدار به دست آمده	وضعیت برازش
CMIN/DF	۱ تا ۵	۴/۱۲	برازش
GFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۷	برازش
AGFI	بیشتر از ۰/۸	۰/۸۱	برازش
IFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۰	برازش
TLI	بیشتر از ۰/۹	۰/۸۹	-
CFI	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۰	برازش
PNFI	بیشتر از ۰/۵	۰/۶۶	برازش
RMSEA	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۵	برازش

که یکی از مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان می‌باشد در حدود ۲۴٪ خطر مجدد جراحی را در بیماران کرونر قلب کاهش می‌دهد.

در تبیین یافته‌ها می‌توان چنین گفت تنظیم هیجانی به معنی تلاش افراد برای تحت تاثیر قرار دادن کیفیت، زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره و شدت فرایندهای رفتاری، تجربی و یا جسمانی ناشی از هیجان هاست و به طور خودکار یا کنترل شده هشیار و یا ناهشیار و از طریق بکارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از جمله باز ارزیابی، نشخوار فکری، خوداظهاری، اجتناب و بازداری انجام می‌گیرد. توانایی تنظیم هیجان پیش‌بینی‌کننده سلامتی و بهزیستی است (۲۲) راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی نقش اساسی در شکل‌گیری و یا تداوم اختلالات روانشناختی دارند (۲۳) و افرادی که راهبردهای منفی همچون نشخوارگری و سرزنش را استفاده می‌کنند در مقایسه با کسانی که راهبردهای مثبت استفاده می‌کنند، در برابر آشفتگی‌های روانی آسیب پذیرترند تنظیم مثبت با سازگاری فردی، تعامل اجتماعی مثبت و با مقابله موثر با موقعیت‌های استرس‌زا همچون بیماری همراه است.

تنظیم هیجان و سلامت دو مفهوم مرتبط به هم هستند. بکارگیری مهارت‌های لازم برای تنظیم هیجانی مثبت به هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زا با کاهش هیجانات منفی و پرتنش و به دنبال آن کاهش واکنش‌های فیزیولوژیکی استرس اعم از پاسخ‌های اندوکروینی و خودکار منجر شده که در مجموع به بهبود وضعیت روانی و جسمی کمک می‌کند؛ بنابراین مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان از نقش مهمی در مداخلات پیشگیرانه و درمان‌های روانشناختی در زمینه انواع مشکلات و بیماری‌های جسمی و اختلالات روانشناختی برخوردار هستند. تنظیم شناختی منفی می‌تواند با پیامدهای سوء و منفی همچون افزایش احتمال وقوع پیشرفت بیماری و پذیرفتن و ابراز هیجانات می‌تواند با افزایش سلامت جسمی و روانی همراه باشد. هیجانات حل نشده و یا تامل مکرر یا نشخوار در مورد احساسات منفی و بدون ابراز آنها می‌تواند به گونه‌ای منفی بر

همانطور که مشاهده می‌شود شاخص‌های جزئی برازش (نسبت بحرانی و معناداری آنها) نشان می‌دهد که کلیه بارهای عاملی دارای تفاوت معناداری با صفر هستند ($P < 0/001$). نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر غیر مستقیم تنظیم شناختی منفی و اسناد علی از هر دو مسیر بر شدت علائم بیماری کرونر قلبی معنی دار است.

نتیجه‌گیری

این مقاله به منظور تبیین میزان شدت بیماری براساس یک مدل مفهومی بر روی بیماران مبتلا به عروق کرونر قلبی پرداخت. یافته‌ها حاکی از آن بود که روابط علی شدت بیماری عروق کرونر با تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی و اسنادهای علی در بین بیماران کرونر قلبی بیمارستان قلب تهران رابطه معنی‌داری دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش سرافراز و همکاران، کاظمی رضایی و همکاران، نیک دانش و همکاران، ارم و همکاران و چاوانون و همکاران همسو و همراستا است. سرافراز و همکاران بیان کرده است که سطح بالای سرکوب عاطفی در گروه بیمار ممکن است منجر به افزایش نشخوارکنندگی و نگرانی روانی و استمرار روانی شود و به تبع آن، تأثیرات منفی بر سلامتی داشته باشد و با گذشت زمان وضعیت بیماری را بدتر کند. کاظمی رضایی و همکاران گفته است که برای ارتقاء روان بیماران قلبی عروقی و بیماران دیابتی می‌توان از آموزش تنظیم هیجان، مدیریت استرس و خودکنترلی سود جست. نیک دانش و همکاران بیان کردند که تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی از عوامل روان‌شناختی مهم در اختلالات قلبی عروقی محسوب می‌شود و باید به نقش آن‌ها در این اختلالات توجه بیشتری داشت. ارم و همکاران به این نتیجه رسیدند که مداخلات پیشگیرانه روانشناختی با تاکید بر آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان برای بیماران قلبی و عروقی می‌تواند مفید واقع شود. چاوانون و همکاران اعلام کردند که افزایش ارزیابی مجدد

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچگونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر تحت حمایت و کمک مالی هیچ نهاد یا سازمانی نبوده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول و مسئول مقاله است. نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما و نویسنده سوم به عنوان استاد مشاور بودند.

Referecnes

1. Hazaveh, Seyyed Mohammad Mehdi; Shahabadi, Sara; and Hashemi, Sayeda Zainab. (1393). The role of health education in reducing the risk factors of cardiovascular diseases: a systematic review. *Knowledge and Health*, 29(9), 30-42
2. Coronary heart disease. *Qual Life Res*; 16(3): 363Y373 and all-cause mortality after heart transplantation. *Transplantation*. 2007;84(1):97-103 angiographic severity. *Am J Cardiol* 2004;93(2):159-64.
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. (2003). "The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure": The JNC 7 report. *JAMA*, 289:2560
4. Granefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstef, J., Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and nonclinical sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-20.
5. KRANTZ, DAVID S.; Helmers, Karin F.; Bairey, C. Noel; Nebel, Linda E.; Hedges, Susan M.; & Rozanski, Alan. (1991). Cardiovascular reactivity and mental stress-induced myocardial ischemia in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic medicine*, 53(1), 1-12.

سلامتی بیمار اثر بگذارند، به طور مثال موجب افزایش مزمن فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک شوند. همچنین بازداری هیجانانگیز در زمان نیاز به کمک، به دلیل اینکه مانع شناسایی علائم می‌شود، تعلل در رفتارهای کمک طلبی را موجب می‌شود.

بیماران مزمن به علت طولانی بودن روند درمان و کنترل همیشگی بیماری و برنامه‌ریزی برای درمان دائما با ناامیدی و یاس دست و پنجه نرم می‌کنند و بسیاری از آنها از احساسات ترس، گناه و خشم در ارتباط با بیماری خود خبر می‌دهند و از طرف دیگر اختلالات هیجانی بر مدیریت بیماری تاثیر منفی دارد که می‌تواند به تسریع پیشرفت بیماری کرونر قلبی منجر شود. تجربه هیجانانگیز منفی و پریشان کننده در بیماران مزمن شایع بوده و با کاهش مقبولیت و اتمام برنامه‌های بازتوانی و عدم پایبندی به رفتارهای سالم و کاهنده خطر بیماری از جمله مصرف داروها و همچنین رفتارهای ناسالم همچون سیگار کشیدن، مصرف زیاد الکل، تحرک جسمانی کم، رژیم غذایی نامناسب و اختلالات خواب همچون بی خوابی و آپنه خواب همراه هستند که تمام این موارد می‌تواند افزایش دهنده خطر بیماری کرونر قلبی و تشدید آن باشند.

استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، ممکن است با کاستن از هیجانانگیز منفی و در نتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی، موجبات رویارویی فرد برای حل مشکلات را فراهم آورد. چنانچه یافته‌های پژوهش نیز نشان داد که افراد با کاربرد راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان (فکر کردن به وقایع مثبت به جای وقایع منفی، تفکر درباره مراحل فائق آمدن بر واقعه منفی یا تغییر آن، معنای مثبت بخشیدن به واقعه یا تفسیر واقعه به صورت مثبت و همچنین پذیرش یا کم اهمیت دانستن واقعه منفی یا تأکید بر نسبیّت آن در مقابل دیدگاه مطلق و کلی)، نسبت به سایر افراد که از این راهبردها استفاده کمتری دارند، از توانایی بالاتری در مقابله با بیماری برخوردارند.

پایانه‌ها

تأییدیه‌ی اخلاقی و رضایتنامه از شرکت کنندگان در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله رضایت آگاهانه‌ی شرکت کنندگان در پژوهش، محرمانه بودن پرسشنامه‌ها و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد.

رضایت برای انتشار

شرکت کنندگان از انتشار نتایج رضایت داشته‌اند.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شد، به صورت فایل‌های ورد و اکسل در فضای ذخیره‌ای هارد درایو به منظور دسترسی داشتن به داده‌ها نزد نویسنده‌ی مسئول حفظ خواهد شد.

16. D. M. Lloyd-Jones, Y. Hong, D. Labarthe et al., "Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American heart association's strategic impact goal through 2020 and beyond," *Circulation*, vol. 121, no. 4, pp. 586–613, 2010.
17. Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. A. N. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of adolescence*, 25 (6), 603-611
18. Funder, D.C. (1987). Errors and Mistakes: Evaluating the Accuracy of Social Judgment. *Psychological Bulletin*. 101 (1): 75-90.
19. Begley T. M. Expressed and suppressed anger as predictors of health complaints. *Journal of Organizational Behavior*. 1994;15(6):503–516
20. Emamian, Mohammad Hassan; Hashemi, Hassan; & Fotouhi, Akbar. (2020). Predicted 10-year risk of cardiovascular disease in the Islamic Republic of Iran and the body mass index paradox. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26(12), 1465–1472.
21. Friedlander, L. J., Reid, G. J., Shupak, N., & Cribbie, R. (2007). Social support, self-esteem, and stress as predictors of adjustment to university among first-year undergraduates. *Journal of College Student Development*, 48 (3), 259-274
22. Ferrans, C (1992). "Conceptualization of quality of life in cardiovascular research", *progress in cardiovascular nursing*, No. 7: 2-6.
23. Calvete, E., & Connor-Smith, J. K. (2006). Perceived social support, coping, and symptoms of distress in American and Spanish students. *Anxiety, Stress & Coping*, 19 (1), 47-65.
6. Moskowitz J. (2016). *Emotion and coping: Guilford Publications; regional cardiovascular mortality"*. *Circulation*, 112: 489
7. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, Cate RT. Brief report: cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc*. 2009; 32: 449-54
8. Sharifi, Khalil; Parhehi, Hamid Reza; And Namdari, Koresh. (1384). Investigating the relationship between family functioning and psychological difficulty in students. *Daneshvar Behavat*, 10(12), 85-94.
9. Jafari, Asghar. (2019). Comparison of cognitive flexibility, psychological capital and pain coping strategies between responders and non-responders to home treatment with covid-19. *Counseling Research*, 74(19), 4-35.
10. Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676-684.
11. Gensini GG. A more meaningful scoring system for determining the severity of coronary heart disease. *Am J Cardiol* 1983;51(3):606
12. Khojstemehr, Reza; Aman Elahi, Abbas; Zohraei, Ismail; and Rajabi, Gholamreza. (1393). Attachment styles, causal documents and responsibility documents as predictors of violence against women. *Family Psychology*, 1(1), 41–52.
13. Brewer Jr. (2004). HB: Increasing HDL cholesterol levels. *New England Journal of Medicine*, 350:1491
14. American Heart Association. (2003). "Heart disease and stroke statistics". Up date 5-12 638, 1993
15. Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & Cate, R. T. (2009). Brief report: cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*, 32, 449-454.