

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر خودمراقبتی در بیماران قلبی - عروقی: بررسی نقش میانجی شفقت به خود

اعظم مولادوست^۱، شیدا جیل‌عاملی^۲، امیررضا سجادیه خواجهویی^۳، صدیقه فرضی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیماری‌های قلبی - عروقی به عنوان یک اختلال مزمن متأثر از عوامل روان‌شناختی است. این مطالعه با هدف تعیین راهبردهای تنظیم شناختی خودمراقبتی با میانجی‌گری شفقت به خود در بیماران قلبی انجام گردید.

روش‌ها: مطالعه‌ی مقطعی از نوع همبستگی به شیوه‌ی مدل‌یابی معادلات ساختاری اجرا گردید. جامعه‌ی پژوهش، بیماران قلبی ۷۰-۲۵ ساله‌ی مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی اصفهان در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند. ۴۰۰ بیمار با نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به پرسش‌نامه‌های تنظیم شناختی هیجان Garnefski، شفقت به خود Neff رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی Jarasma پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش همبستگی Pearson و رگرسیون سلسله‌مراتبی همزمان انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین نمره‌ی تنظیم هیجانی مثبت با شفقت‌ورزی به خود ($r = 0/116$; $P = 0/020$) و با خودمراقبتی ($r = 0/205$; $P = 0/001$) همبستگی مستقیم و معنی‌دار وجود داشت. با توجه به ضریب تأثیر غیرمستقیم $\beta = 0/046$ از نقش میانجی شفقت‌ورزی به خود در ارتباط بین تنظیم هیجانی مثبت و خودمراقبتی حمایت شد. همچنین ضریب تأثیر غیرمستقیم $\beta = 0/046$ شفقت‌ورزی به خود می‌تواند میانجی مطلوبی بین تنظیم هیجانی منفی و خودمراقبتی باشد.

نتیجه‌گیری: راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شفقت به خود می‌تواند بهبود خودمراقبتی در بیماران قلبی را تبیین نماید و شفقت به خود میانجی‌گر مهم تلقی می‌شود. به درمانگران پیشنهاد می‌شود به خودشفقتی و سرمایه‌ی روان‌شناختی توجه نمایند، زیرا آگاهی از متغیرها می‌تواند موجب ارائه‌ی خدمات با کیفیت به بیماران شود.

واژگان کلیدی: خودمراقبتی؛ خودشفقت‌ورزی؛ بیماری‌های قلبی؛ درمان شناختی رفتاری؛ تنظیم هیجانی

ارجاع: مولادوست اعظم، جیل‌عاملی شیدا، سجادیه خواجهویی امیررضا، فرضی صدیقه. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر خودمراقبتی در بیماران

قلبی - عروقی: بررسی نقش میانجی شفقت به خود. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۱؛ ۴۰ (۶۹۶): ۹۵۷-۹۶۵

مقدمه

خودمراقبتی، به توانمندی افراد جهت کنترل علائم و پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی در بیماری‌های مزمن اشاره دارد. خودمراقبتی در بیماری قلبی، مجموعه‌ای از رفتارهای اصلاحی و درمانی از جمله اجرای برنامه‌ی دارویی و غذایی دقیق و کاهش حجم دریافتی مواد حاوی سدیم، کنترل دقیق حجم فعالیت‌های روزانه و تقسیم یکنواخت آن در طول روز و پرهیز از فعالیت‌های شدید و ناگهانی است. پیگیری و اجرای اقدامات درمانی و ارتباط با درمانگر در مواقع تشدید بیماری و بروز علائم از اقدامات مهم محسوب می‌شود. از ارکان مهم در مفهوم طرح خودمراقبتی، حضور فعالانه و

بیماری‌های قلبی - عروقی، بر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی تأثیرگذار است که جزء بیماری‌های روان‌تنی نیز محسوب می‌شوند. ارتقاء دانش برای بهبود سبک زندگی در ایجاد بیماری‌های قلبی موجب اصلاح آن‌ها و بروز رفتارهای پیشگیرانه و کاهش ابتلا می‌گردد (۱). رعایت برنامه‌ی دارویی و غذایی دقیق، استراحت کافی، بهبود سطح کیفی و کمی خواب شبانه و ارتقاء سبک زندگی سلامت‌محور، پیگیری از بروز هیجان‌ات شدید و انجام رفتارهای خودمراقبتی به کنترل بیماری کمک می‌کند (۲، ۳).

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۳- استادیار، متخصص قلب و عروق، فلوشیپ اینترونشنال کاردیولوژی، گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- استادیار، گروه پرستاری سلامت بزرگسالان، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

ایفای وظایف محوله از طرف افراد شرکت‌کننده در آن است (۴). مطالعات نشان دهنده‌ی کاهش رفتارهای خودمراقبتی صحیح است، بیماران با یادگیری و اجرای مهارت‌های خودمراقبتی می‌توانند موجب افزایش توانایی‌ها، تسریع روند بهبودی بیماری و کاهش عوارض درمان‌های تهاجمی شوند (۵). خودمراقبتی ناقص، موجب کاهش سطح سلامتی فرد و تشدید بیماری، ارجاع مجدد به مراکز درمانی و انجام درمان‌های پرمخاطره می‌شود (۶). توانایی مدیریت احساسات و تنظیم هیجانات، یکی از مؤلفه‌های مهم خودمراقبتی است. در مطالعه‌ی Oksel و همکاران، سطح رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسیایی قلبی، ضعیف و ناکارآمد اعلام شده است (۷). نتایج مطالعات در ایران نشان می‌دهد، فقط ۲۶ درصد از بیماران دچار اختلالات قلبی - عروقی رفتارهای اصلاحی خودمراقبتی را به طور کامل انجام می‌دهند (۸).

از جمله عواملی که در بیماری‌های قلبی می‌تواند نقش داشته باشد، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است. یکی از ویژگی‌های انسان، توانایی برای تنظیم و تعدیل هیجان‌های خود در ارتباط با نیازهای موقعیتی خاص است و این احتمال وجود دارد که این توانایی ناشی از سازگاری طبیعی وی باشد. انسان موجودی نیست که فقط هیجان را تجربه کند، بلکه هیجان را بازبینی، تنظیم و گاهی حتی با آن مبارزه می‌کند و این چیزی است که مبانی نظری تنظیم هیجانی را تشکیل می‌دهد (۹).

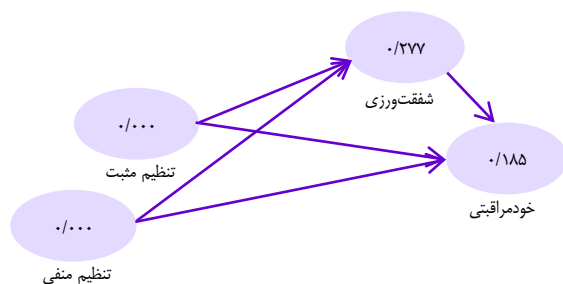
مهارت تنظیم شناختی هیجان، بخش مهمی از زندگی است. تنظیم شناختی هیجان از عوامل مهم سازگاری انسان با رویدادهای پر استرس زندگی است و مهارت بالا در تنظیم مؤثر هیجانات بر شادمانی روان‌شناختی، سلامت جسمانی، بروز رفتارهای خودمراقبتی و بهبود ارتباطات بین فردی تأثیر دارد (۱۰، ۱۱). شفقت به خود، از مفاهیم مرتبط با تنظیم شناختی، یعنی افراد همان مهربانی و مراقبتی که نسبت به دیگران دارند، در زمان بروز مشکلات و سختی‌های زندگی‌شان نسبت به خودشان نیز داشته باشند (۱۲).

Neff، شفقت به خود را شامل سه بخش مهم مهربانی با خود (Self-kindness) در مقابل قضاوت کردن خود (Self-judgment)، اشتراکات انسانی (Common humanity) در مقابل انزوا (Isolation) و بهوشیاری (Mindfulness) در مقابل همانندسازی افراطی (Over-identification) می‌داند. فرد هنگامی به خود شفقت دارد که هر سه مؤلفه مرتبط در مورد خودش را رعایت کند (۱۳).

شفقت به خود، یک عامل محافظتی در مقابل بروز حالات روانی منفی بوده و در مقابل حالات هیجانی مثبت را نیز تقویت می‌کند و با بهبود مهارت‌های اجتماعی، موجب افزایش تجارب مثبت فردی مانند پیوندجویی اجتماعی و رضایت از زندگی می‌شود (۱۴). سطوح بالای

شفقت به خود با رضایت بیشتر در زندگی، افزایش سطح پذیرش و بهبود مهارت اجتماعی در ارتباط است، سطوح پایین آن افسردگی، تشدید اضطراب، افزایش نشخوار فکری، انتقاد بیشتر از خود و ترس از شکست را به دنبال داشته و باعث می‌شود که فرد در شرایط تنش‌زا، قضاوت‌های سخت‌گیرانه‌ای نسبت به خود داشته باشد و از پذیرش این واقعیت که مشکلات زندگی بخش جداناپذیری از تجربه‌های مشترک بین همه‌ی انسان‌هاست ناتوان خواهد بود. بنابراین از اثرات شفقت به خود می‌توان به تشخیص و آگاهی افراد از محدودیت‌ها و شناسایی رفتارهای ناسالم آن‌ها اشاره کرد که زمینه‌ساز ایجاد تحول و ارتقاء سلامت روان در افراد می‌شود (۱۵). یافته‌های پژوهش کریمی و کرد نشان داد، همه‌ی مؤلفه‌های شفقت‌ورزی به خود با تنظیم هیجان رابطه معنی‌داری دارند. به عبارتی ابعاد مثبت شفقت‌ورزی به خود نقشی اساسی در تنظیم مدیریت هیجانات دارد (۱۶). شفقت به خود با خودمراقبتی هیجانات نیز مرتبط است. سعیدی و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که شفقت به خود، راهبرد مناسبی برای تنظیم هیجان شرم و گناه است و شفقت به خود پایین، بیشتر از ارزش خود پایین می‌تواند پیشین هیجانات ناخوشایند باشد (۱۷).

بیماری‌های قلبی و مشکلات آن با عوامل روان‌شناختی خودشفقت‌ورزی، تنظیم شناختی هیجانات و خودمراقبتی در ارتباط است. پژوهشگران با بررسی متون در زمینه ارتباط مؤلفه‌های مذکور مدلی مشاهده نکردند، لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سؤال آیا الگوی پیشنهادی تنظیم شناختی هیجان بر خودمراقبتی با نقش میانجی شفقت به خود در بیماران قلبی برازنده داده است؟ (شکل ۱).



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش‌ها

این مطالعه مقطعی، از نوع همبستگی، طی سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ در مراکز آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر اصفهان انجام گرفت. جهت اجرای آن پس از تصویب دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و اخذ مجوزهای لازم با مراجعه به بیمارستان‌های مورد مطالعه، جامعه و نمونه‌ی هدف تعیین گردیدند.

پرسش‌نامه‌ی شفقت به خود Neff ۲۰۰۳ (Self-compassion scale) SCS با هدف اندازه‌گیری میزان شفقت به خود طراحی شده، یک ابزار خودگزارش دهی ۲۶ گویه‌ای که دارای شش زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی، منوی‌سازی، ذهن‌آگاهی و بزرگ‌نمایی است و به طور کلی سطح کیفیت ارتباط فرد با تجربه‌های رخ داده در زندگی را مورد سنجش قرار می‌دهد؛ مانند این که فرد تا چه اندازه نسبت به خود مهربان است (نه انتقادگر) و چه میزان تجارب زندگی خود را به عنوان بخشی از تجارب دیگران می‌بیند و از طرفی به چه میزان از بزرگ‌نمایی تجارب خود خودداری می‌کند. نمره‌گذاری این ابزار به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از تقریباً هیچ گاه (نمره‌ی صفر) تا تقریباً همیشه (نمره‌ی ۴) انجام می‌شود. Neff (۲۰۰۳) در تحقیق خود، پایایی و روایی بالایی را برای این مقیاس گزارش داده است (۱۳). پایایی کلی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ تعیین شده است و همه‌ی زیرمقیاس‌ها نیز از همسانی درونی خوبی برخوردار بودند (از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱). علاوه بر این، پایایی این ابزار به روش بازآزمایی ۰/۹۳ گزارش شده است (۱۱، ۱۲). مؤمنی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه، ۰/۸۹ به دست آوردند که روایی آن قابل قبول بود (۲۱).

پرسش‌نامه‌ی رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی (Heart failure self care behavior): این ابزار با هدف تعیین سطح انجام مناسب رفتارهایی خودمراقبتی در قالب ۱۲ سؤال پنج گزینه‌ای در طیف لیکرت از ۱ (کاملاً این‌طور است) تا امتیاز ۵ (اصلاً این‌طور نیست) طراحی شده است. حداقل نمره‌ی حاصل از پرسش‌نامه، ۱۲ و حداکثر آن ۶۰ امتیاز است و نمره‌ی کمتر به معنای رفتار خودمراقبتی بالاتر می‌باشد. در این پرسش‌نامه مجموع امتیازات بین ۱۲ تا ۲۸ نشان‌دهنده‌ی خودمراقبتی خوب، ۲۹ تا ۴۴ خودمراقبتی متوسط و ۴۵ تا ۶۰ خودمراقبتی ضعیف است. در ارزیابی اعتبار این ابزار توسط شجاعی و همکاران (۸) با آلفای کرونباخ ۰/۶۸ و در مطالعه‌ی خوش‌تراش و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد (۲۲).

به بیماران توضیحات لازم جهت آشنایی و راهنمایی برای تکمیل آن داده شد و پرسش‌نامه‌ها با رضایت در اختیار آن‌ها قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی، از جمله مشارکت داوطلبانه، ورود و خروج از پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات آزمودنی‌ها در نظر گرفته شد. کلیه‌ی پرسش‌نامه‌ها به همراه اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان وارد نرم‌افزارهای SPSS نسخه‌ی ۲۳ (IBM Corporation, Armonk, NY, version 23) و Smart PLS2 شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های توصیفی به صورت تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار در قالب

جامعه‌ی مورد پژوهش، بیماران قلبی ۷۰-۲۵ ساله مراجعه‌کننده به مراکز مذکور در بازه‌ی زمانی یاد شده بودند. حجم نمونه‌ی مورد نیاز با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه جهت مطالعات همبستگی و با سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد و همبستگی بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با خودمراقبتی که در مطالعات قبلی حدود ۷۰ درصد بود (۱۸) به تعداد ۳۴۰ نفر برآورد شد که جهت اطمینان بیشتر، ۴۰۰ نفر به شیوه‌ی تصادفی ساده انتخاب و وارد مطالعه شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: شرکت داوطلبانه‌ی بیمار در مطالعه، توانایی جسمی و سلامت روان کافی جهت پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها، عدم ابتلا به بیماری‌های اعصاب و روان بر اساس ارزیابی اولیه‌ی پژوهشگر، عدم شرکت همزمان بیمار در مطالعه‌ی دیگر، سواد خواندن و نوشتن و حداقل ۲۵ و حداکثر ۷۰ سال سن بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل: عدم پاسخگویی به بیش از ۲۰ درصد سؤالات و عدم بازگرداندن پرسش‌نامه از طرف آزمودنی‌ها بود.

ابزار گردآوری اطلاعات، سه پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان Garnefski و همکاران (CERQ) (۲۰۰۱)، پرسش‌نامه‌ی شفقت به خود Neff (۲۰۰۳) و پرسش‌نامه‌ی رفتار مراقبت از خود بود. پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، توسط Garnefski و همکاران طراحی و ساخته شده که به صورت خودگزارشی و دارای ۳۶ ماده است، دارای دو فرم بزرگسالان و کودکان این مقیاس، ۹ راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و سلامت دیگران را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس به بررسی واکنش افراد در مواجهه با تجارب تهدیدآمیز زندگی می‌پردازد و رویدادهای استرس‌زای روزمره را که اخیراً تجربه کرده‌اند را با توجه به پاسخی که بیمار به پرسش‌های مورد نظر می‌دهند راهبرد وی را در جهت کنترل و تنظیم هیجان ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری این ابزار بر اساس طیف لیکرت بدین صورت که برای پاسخ هرگز (۱)، به ندرت (۲)، برخی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴)، همیشه (۵) در نظر گرفته شده شامل ۳۶ پرسش است که هر چهار پرسش یک عامل یا بعد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در مجموع ۹ عامل مذکور مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. ضریب آلفا خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه به وسیله‌ی Garnefski و همکاران در دامنه‌ی ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (۱۹).

در مطالعه‌ی بشارت و بزازیان نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این فرم شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی محتوایی و روایی همگرا، مطلوب گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ گزارش نموده‌اند (۲۰).

نمودار و جدول ارائه گردید. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری همبستگی Pearson و آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد...

یافته‌ها

در این مطالعه، ۴۰۰ بیمار شامل ۲۰۹ (۵۲/۲ درصد) مرد و ۱۹۱ (۴۷/۸ درصد) زن مورد مطالعه قرار گرفتند. ۲۳۱ نفر (۵۷/۸ درصد) در سن زیر ۵۰ سال و بقیه ۵۰ سال به بالا، همچنین بیشترین فراوانی سطح تحصیلات، دیپلم با فراوانی ۱۴۵ نفر (۳۶/۶ درصد) بود. ویژگی‌های دموگرافیک بیماران در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی اطلاعات جمعیت‌شناختی

شاخص	فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد ۲۰۹ (۵۲/۲)
	زن ۱۹۱ (۴۷/۸)
تحصیلات	زیردیپلم ۱۱۶ (۲۹)
	دیپلم ۱۴۵ (۳۶/۳)
	فوق دیپلم ۶۷ (۱۶/۸)
	لیسانس ۴۶ (۱۱/۵)
	فوق لیسانس ۲۰ (۵)
	دکتری ۶ (۱/۵)
مدت زمان بیماری	۱۱-۳ ماه ۳۳ (۸/۳)
	۲-۱ سال ۱۰۶ (۲۶/۵)
	۵-۳ سال ۱۳۸ (۳۴/۵)
	۱۰-۶ سال ۸۲ (۲۰/۵)
	بالای ۱۰ سال ۴۱ (۱۰/۳)

بر اساس جدول ۲، میانگین نمره ی تنظیم هیجانی مثبت در بیماران تحت مطالعه $6/65 \pm 52/65$ و میانگین مؤلفه‌های آن شامل: تمرکز مجدد مثبت $32/85 \pm 32/94$ و ارزیابی مثبت $19/79 \pm 2/86$ ، میانگین تنظیم هیجانی منفی نیز $8/12 \pm 54/54$ بود. همان‌طور که از جدول ۳ بر می‌آید، در پژوهش حاضر مقدار

جذر متغیرهای مکنون (متغیرهای اصلی) که در خانه‌های AVE موجود در قطر اصلی ماتریس قرار گرفته‌اند از مقدار همبستگی میان آن‌ها که در خانه‌های زیرین و چپ قطر اصلی قرار دارند، بیشتر است. پس از بررسی روایی و اگر از طریق ماتریس بارهای عرضی معرفی‌ها و همچنین ماتریس روایی و اگر به روش فورنل-لارکر (Fornell-Larcker) در پژوهش حاضر، می‌توان اظهار داشت که سازه‌ها (متغیرهای مکنون) در مدل تعامل بیشتری با شاخص‌های خود دارند تا با سازه‌های دیگر، به بیان دیگر روایی و اگر ای مدل در حد مناسبی است.

جدول ۲. وضعیت توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه‌ها	میانگین \pm انحراف معیار
تنظیم هیجانی مثبت	تمرکز مثبت مجدد	$32/85 \pm 32/94$
	ارزیابی مثبت	$19/79 \pm 2/86$
	کل	$52/65 \pm 6/65$
تنظیم هیجانی منفی	سرزنش دیگران	$11/29 \pm 1/58$
	نشخوار فکری	$7/68 \pm 1/40$
	سرزنش خود	$13/51 \pm 2/44$
	فاجعه‌آمیز کردن	$11/17 \pm 1/97$
	پذیرش	$10/88 \pm 1/62$
	کل	$54/54 \pm 8/12$
شفقت‌ورزی به خود	مهربانی نسبت به خود	$10/47 \pm 1/38$
	قضاوت خود	$8/08 \pm 1/11$
	به‌شیری	$10/33 \pm 1/09$
	هماندسازی افراطی	$8/43 \pm 1/26$
	اشتراکات انسانی	$8/05 \pm 1/09$
	انزوا	$8/36 \pm 1/18$
	کل	$53/74 \pm 4/66$
خودمراقبتی	-	$40/83 \pm 8/92$

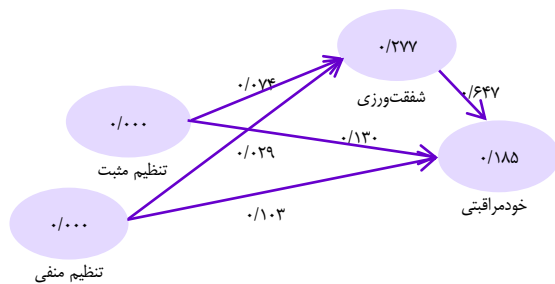
جدول ۳. آزمون فورنل-لارکر (Fornell-Larcker)

مؤلفه	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱ سرمایه‌ی روان‌شناختی	۰/۸۶۵					
۲ تنظیم هیجانی مثبت	۰/۳۶	۰/۷۶۵				
۳ تنظیم هیجانی منفی	-۰/۲۶	-۰/۷۴	۰/۷۱۵			
۴ سبک زندگی	۰/۰۶	۰/۰۴	-۰/۲۱	۰/۶۸۵		
۵ شفقت‌ورزی	۰/۵۱	۰/۲۰	-۰/۲۰	۰/۰۴	۰/۶۶۵	
۶ خودمراقبتی	۰/۴۰	۰/۱۸	-۰/۰۸	۰/۱۳	۰/۲۳	۰/۸۵۸

جدول ۴. تأثیر تنظیم هیجانی مثبت بر خودمراقبتی با نقش میانجی شفقت ورزی به خود در بیماران قلبی

فرضیه	ضریب تأثیر β		t value
	مستقیم	غیر مستقیم	
تأثیر تنظیم هیجانی مثبت بر خودمراقبتی با نقش میانجی شفقت ورزی به خود	۰/۰۷۷	۰/۰۴۶	۳/۰۷۵
تأثیر تنظیم هیجانی منفی بر خودمراقبتی با نقش میانجی شفقت ورزی به خود	-۰/۱۳۳	۰/۰۴۸	۲/۷۵۱

نتایج روابط علی-ساختاری معنی دار شده این متغیرها در شکل ۲ ارائه و همان طور که از مدل مشاهده می شود، در مدل نهایی تمام مسیرها معنی دار شده شده اند...



شکل ۲. مدل نهایی پژوهش در حالت استاندارد

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین راهنماهای تنظیم شناختی با خودمراقبتی و میانجی گری شفقت به خود در بیماران قلبی انجام شد. با تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، مدل تأیید شده نشانگر ارتباط مستقیم تنظیم شناختی هیجان با شفقت ورزی و خودمراقبتی و ارتباط غیرمستقیم به واسطه ی خودشفقتی ورزی بود. در مجموع یافته های حاصل نشان داد، رابطه ی معنی داری میان راهنماهای تنظیم شناختی هیجان بر خودمراقبتی با نقش واسطه ای خودشفقتی ورزی وجود دارد. در این ارتباط، Goldin و همکاران نیز تأثیر مداخله ی شناختی رفتاری را بر راهنماهای تنظیم شناختی هیجان بررسی و بیان کرده اند. این درمان موجب افزایش استفاده از راهنماهای مثبت و کاهش استفاده از راهنماهای منفی می شود (۲۳).

همچنین نتایج مطالعه ی محمدی و احمدی نشان داد، آموزش تنظیم هیجان، باعث بهبود کیفیت زندگی در بیماران قلبی در سالمندان می شود (۲۴).

نتایج مطالعات انجام شده توسط کاظمی رضایی و همکاران (۲۵)، Akin و همکار (۲۶)، زائری و فولادوند (۲۷)، Bahaodini و Richardon (۲۸)، Güler (۳۰) نیز همسو با نتایج مطالعه ی ما بوده و مؤید نقش مثبت تنظیم شناختی هیجان بر شفقت ورزی و خودمراقبتی می باشد.

در تبیین این نتایج می توان گفت که ظرفیت و مهارت انسان ها در

در این مطالعه میزان همبستگی بین متغیرها با آزمون همبستگی Pearson مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده نشان داد بین نمره ی تنظیم هیجانی مثبت با شفقت ورزی به خود $P = ۰/۰۲۰$ و $r = ۰/۱۱۶$ و با خودمراقبتی $(r = ۰/۲۰۵; P = ۰/۰۰۱)$ همبستگی مستقیم و معنی دار وجود داشته ولی بین نمره ی تنظیم هیجانی منفی با شفقت ورزی به خود $(r = -۰/۰۹۰; P = ۰/۰۷۲)$ و با خودمراقبتی $(r = -۰/۰۷۱; P = ۰/۱۵۵)$ همبستگی آماری معنی دار مشاهده نشد. همچنین بین شفقت ورزی به خود با خودمراقبتی $(r = ۰/۲۰۳; P = ۰/۰۰۱)$ همبستگی مستقیم و معنی دار مشاهده گردید.

با توجه به ضریب تأثیر غیرمستقیم $\beta = ۰/۰۴۶$ از نقش میانجی شفقت ورزی به خود در ارتباط با تنظیم هیجانی مثبت و خودمراقبتی حمایت گردید. همچنین با توجه به ضریب تأثیر غیرمستقیم $\beta = ۰/۰۴۸$ گزارش شده در جدول ۵، از نقش میانجی شفقت ورزی به خود در ارتباط با تنظیم هیجانی منفی و خودمراقبتی حمایت گردید که نتایج مربوطه در جدول ۴ نشان داده شده است.

با توجه به داده های حاصل از جدول ۵، شاخص RAMSEA برابر با $۰/۰۳۳$ که نشان دهنده ی برازش خوب مدل می باشد. همانطور که در جدول ۵ مشاهده می شود، احتمال نزدیکی برازندگی مدل پژوهش بزرگتر از $۰/۰۵$ است. لذا مدل اصلی پژوهش از برازش مناسبی برخوردار است.

جدول ۵. شاخص های نیکویی برازش مدل پیشنهادی مطالعه

شاخص های برازندگی مدل پیشنهادی	آماره ی شاخص
Chi-square	۴۲۰۱
درجه ی آزادی (df)	۱
ارزش و سطح معنی داری (P)	۰/۲۴۱
نسبت Chi-square به درجات آزادی	۱/۴۲
شاخص نیکویی برازش	۰/۹۹
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده یا انطباقی	۰/۹۸
شاخص برازش هنجار شده	۰/۹۹
شاخص برازش غیر نرم یا شاخص تاکر-لویس	۰/۹۹
شاخص برازش مقایسه ای	۰/۹۸
خطای ریشه ی مجددور میانگین تقریب	۰/۰۳۳
احتمال نزدیکی برازندگی	۰/۰۴۳

تنظیم مؤثر هیجان‌ها، تأثیر شایانی بر مؤلفه‌های روان‌شناختی و احساسی آن‌ها دارد به طوری که تنظیم و مدیریت صحیح آن، تأثیر مثبتی بر شادمانی روان‌شناختی، جسمانی و بین فردی دارد. در مقابل، تنظیم غلط و مدیریت ناکارآمد هیجان‌ها همانند رفتارهای پرخاشگرانه و بروز استرس و اضطراب می‌تواند موجب تشدید اختلالات جسمی و روان‌تنی از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی، کلیوی و گوارشی شود (۳۱). در این راستا Nelis و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که عدم تنظیم هیجانی صحیح و مؤثر می‌تواند زمینه‌ساز بروز بیماری‌های روان‌تنی از جمله میگرن و یا بیماری‌های قلبی-عروقی شود (۳۲). به عبارت دیگر می‌توان گفت که تنظیم هیجان‌ها با توجه به ارتباطی که با شناخت‌ها و فرایندهای آن دارد و با تأثیری که بر کنترل احساسات می‌گذارد، اصطلاحاً از غرق شدن فرد در هیجان‌اتش پیشگیری می‌کند و بدین‌سان نقش پررنگی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی ایفا می‌نماید. البته این ارتباط هیجان‌ها و شناخت از پیچیدگی‌های خاصی نیز برخوردار است. زیرا در زندگی هر انسانی موفقیت‌ها و شکست‌هایی به طور طبیعی وجود دارد که در کنار بیماری‌ها، سلامت جسمی و روانی را تهدید می‌کند. اما در کنار این تهدیدات، انسان از موهبت و توانایی ویژه‌ای جهت تنظیم مؤثر هیجان‌ها مثبت و منفی زندگی برخوردار است. تلاشی که در این زمینه هر فردی از خود بروز می‌دهد به طور وسیعی می‌تواند بر مؤلفه‌های تعیین‌کننده‌ی سلامتی از جمله خودمراقبتی و بهزیستی روانی و جسمانی اثرگذار باشد. بنابراین سبک و روشی که هر فرد جهت نظم‌جویی هیجان‌ها رخ داده در زندگی‌اش بکار می‌گیرد، می‌تواند موجب سازگاری بیشتر او در مقابل رویدادهای تنش‌زایی همانند بروز بیماری قلبی شود (۲۵).

از طرفی افرادی که خودشفقت‌ورزی بالاتری دارند از سطح مهارتی بالاتری جهت مقابله با هیجان‌ها برخوردار هستند و در تفکیک و جداسازی احساسات‌شان به کمک فرایند بازسازی خلقی هیجان‌ها منفی موفق‌تر عمل می‌کنند و به دنبال آن از سطح امیدواری بالاتری بهره‌مند هستند (۲۶). به عبارتی می‌توان گفت که فرد با کمک راهبردهای خودشفقت‌ورزی از خودش انتظارات ناکارآمد و بیش از حدتوان نداشته و به خودش به دلیل عدم دستیابی به استانداردهای مورد نظر و شکست‌هایی که بوجود آمده سخت‌گیری نمی‌کند. بدین‌سان این‌گونه افراد زمینه‌ی ایجاد یک امنیت هیجانی و روانی را در خود بوجود می‌آورند و می‌توانند بدون ترس از سرزنش و خودتنبیهی افراطی با دقت و درک بیشتری الگوهای ناسازگارانه فکری هیجانی و رفتاری خود را اصلاح کنند. بنابراین خودشفقت‌ورزی نه تنها موجب انفعال، سکون و ناکارآمدی نگردیده؛ بلکه زمینه‌ساز بهبود و ارتقاء سلامت روان‌شناختی می‌گردد (۲۷). در

تبیین این نتایج نیز می‌توان گفت افراد با خودشفقت‌ورزی بالا بر عکس کسانی که خودشفقت‌ورزی پایینی دارند خود را به‌طور افراطی درگیر احساسات منفی و سرزنش‌های بی‌رحمانه نکرده و از بروز احساسات انزوا و همانندسازی افراطی افکار و هیجان‌اتشان پرهیز می‌کنند. در نتیجه با وجود این نگرش خودحمایتی از سلامتی بالاتری برخوردارند. همچنین این نوع نگرش ارتباط نزدیکی با پیامدهای مثبت روان‌شناختی از جمله افزایش انگیزه جهت حل مشکلات بین فردی و تعارضات آن، حل‌سازنده‌ی مسائل، خودارزیابی مثبت بالاتر، شرم و ترس کمتر از شکست‌ها و کاهش ابتلا به اضطراب و افسردگی داشته و در نهایت با احساس امیدواری بالاتری همراه است. تنظیم شناختی هیجان حتی در افراد جوان‌تر و کسانی که از بیماری خاصی هم رنج نمی‌برند، می‌تواند مؤثر واقع شود و کاهش استرس‌های زندگی را به همراه داشته باشد (۲۸). همچنین سطوح بالای خودشفقت‌ورزی می‌تواند موجب پیشگیری و کاهش سطح ایده‌آل‌گرایی افراطی در افراد شده و باعث بهبود سطح خودمراقبتی و کیفیت زندگی گردد. به بیان دیگر، تنظیم شناختی هیجان با تأثیر بر سطوح خودشفقت‌ورزی موجب ارتقاء خودمراقبتی می‌شود (۲۹). با بهبود خودمراقبتی نیز شاهد بهبود سطح سلامتی بیماران هستیم که این موضوع به نوبه‌ی خود موجب افزایش سطح سلامت روان‌شناختی، تحمل‌پذیری و خودمراقبتی بیماران می‌گردد، یعنی بهبود خودمراقبتی در یک دور مثبت قرار می‌گیرد (۳۰).

در مجموع می‌توان گفت که هرچقدر میزان تنظیم شناختی هیجانی و خودشفقت‌ورزی بیشتر باشد، افراد در مواجهه با عوارض و سختی‌های بیماری از خودشان تحمل بالاتر و انگیزه‌ی بیشتری نشان داده و با بهبود خودمراقبتی، اصول بهداشتی و پزشکی توصیه شده را بیشتر رعایت کرده و در نهایت گام‌های محکمی را به سمت یک زندگی پربار بخواهند داشت.

این پژوهش همانند سایر مطالعات مشابه علوم رفتاری و روان‌شناختی، دارای برخی محدودیت‌ها از جمله، محدودیت جامعه‌ی آماری مورد تحقیق و تعمیم‌پذیری آن، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه اشاره کرد (هرچند که سنجش بسیاری از متغیرهای مرتبط، تنها به شیوه‌ی خودگزارشی میسر است).

نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه می‌توان گفت راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر خودمراقبتی با نقش واسطه‌ای خودشفقت‌ورزی در بیماران قلبی برانزنده‌ی داده‌ها است. به عبارتی با بهبود راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان شاهد افزایش خودمراقبتی بیماران هستیم. از

می‌تواند، زمینه‌ی لازم جهت توسعه و تکرار مطالعات مشابه در سطح کشور را فراهم نماید.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل رساله‌ی دکتری روانشناسی عمومی با کد اخلاق (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.056) از دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد است. در پایان از تمام افرادی که در انجام مطالعه‌ی حاضر همراهی کردند، به ویژه بیماران بزرگوار که با وجود درد و رنج همکاری نمودند، تشکر کرده برای همگی آرزوی سلامتی داریم.

طرفی در این رابطه، خود شفقت‌ورزی به عنوان یک میانجی‌گر، نقش برجسته‌ای ایفا می‌کند. بنابراین در کنار درمان‌های پزشکی، توجه به روان‌درمانی مبتنی بر این نتایج جهت تسهیل روند بهبودی توصیه می‌شود. متخصصان قلب با همراهی کادر روانشناسی می‌توانند جهت تسهیل بهبودی و توانمندی بیماران از نتایج این تحقیق، سود ببرند. به درمانگران و مشاورانی که با بیماران قلبی ارتباط دارند، پیشنهاد می‌شود به خودشفقتی و سرمایه‌ی روان‌شناختی توجه نمایند، زیرا آگاهی داشتن بر این متغیرها می‌تواند در زمینه‌ی ارائه‌ی خدمات بهتر و مناسب‌تر به این بیماران کمک‌کننده باشد. نتایج این مطالعه

References

1. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Zambroski CH, Chung ML. A comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy older adults. *Heart Lung* 2007; 36(1): 16-24.
2. Cheraghi MA, Davari Dolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between perceived social support and quality of life in patients with heart failure [in Persian]. *IJN* 2012; 25(75): 21-31.
3. Hekmatpou D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi SH. Non-compliance factors of congestive heart failure patients readmitted in cardiac care units [in Persian]. *J Crit Care Nurs* 2010; 2(3): 91-9.
4. Mansouri K, Hasavari F, Sedghi Sabet M. Self-care status and its related factors in patients with heart failure [in Persian]. *JHC* 2018; 19(4): 232-41.
5. Lorig K. Chronic disease self-management program: Insights from the eye of the storm. *Front Public Health* 2014; 2: 253.
6. Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper N. Fatigue and self-care in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2016; 15(5): 337-44.
7. Oksel E, Akbiyik A, Kocak G. Self-care behavior analysis of patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009; 31(7): s22.
8. Shojaei F, Asemi S, Najaf Yarandi A, Hosseini F. Self-care behaviors in patients with heart failure [in Persian]. *Payesh* 2010; 8(4): 361-9.
9. Peyman N, Abdolahi M, Zadeahmad Z. The study of related factors with self-care and self-efficacy in heart failure patients [in Persian]. *JMS* 2018; 6(1): 55-61.
10. Ghorbani Taghliadabadi B, Tasbihsazan Mashhadi R. The relationship between cognitive emotion regulation mechanisms and lifestyle with perceived stress in patients with irritable bowel syndrome [in Persian]. *J Thought Behav Clin Psychol* 2016; 11(39): 17-26.
11. Avat Bahram K, Rabiei M, Donyavi V, Nikfarjam M. Comparison between emotion regulation strategies and life styles of couples with or without marital satisfaction in Sardasht [in Persian]. *NPWJM* 2015; 2(4): 124-30.
12. Hadian S, Jabalameli Sh. The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on subjective well-being of students with sleep disorders [in Persian]. *Daneshvar Medicine* 2020; 27(1): 19-28.
13. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity* 2003; 2(3): 223-50.
14. Bagean Koulemarz M, Karami J, Momeni K, Elahi A. The effectiveness of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) and integration of dialectical behavior therapy and cognitive therapy based on compassionate-mind on reduction mental pain and difficulty emotion regulation people attempted suicide [in Persian]. *Clin Psychol Stud* 2019; 9(34): 35-63.
15. Mansouri A, Khodayarifard M, Besharat MA, Gholamali-Lavasani M. Moderating and mediating role of spiritual coping and cognitive emotion regulation strategies in the relationship between transdiagnostic factors and symptoms of generalized anxiety disorder: Developing a conceptual model [in Persian]. *J Res Behav Sci* 2018; 16(2): 130-42.
16. Kord B, Karimi S. The prediction of emotional regulation based on the students' self-compassion and body image [in Persian]. *J Educ Psychol Stud* 2017; 14(28): 207-30.
17. Saeedi Z, Ghorbani N, Sarafraz MR, Sharifian MH. The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt [In Persian]. *BJCP* 2013; 8(1): 91-102.
18. Hooman H. Structural equation modeling using laser software [in Persian]. Tehran, Iran: Samat Publications; 2005.
19. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Pers Individ Differ* 2001; 30(8): 1311-27.
20. Besharat MA, Bazzazian S. Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population [in Persian]. *Adv Nurs Midwifery* 2014; 24(84): 61-70.
21. Momeni F, Shahidi SH, Mootabi F, Heydari M. Psychometric properties of a Farsi version of the self-compassion scale (SCS) [in Persian]. *BJCP* 2014; 8(2): 27-40.
22. Khoshtarash M, Momeni M, Ghanbari A, Salehzadeh A, Rahmatpour P. Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure referring to medical & educational center of heart in Rasht [in Persian]. *J Holist Nurs Midwifery* 2013; 23(1): 22-9.

23. Goldin PR, Lee I, Ziv M, Jazaieri H, Heimberg RG, Gross JJ. Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2014; 56: 7-15.
24. Mohammadi SY, Ahmadi S. Effectiveness of progressive relaxation and emotional regulation on quality of life of heart patients [in Persian]. *JQUMS* 2018; 22(5): 59-69.
25. Kazemi Rezaei SV, Kakabraee K, Hosseini SS. The effectiveness of emotion regulation skill training based on dialectical behavioral therapy on cognitive emotion regulation and quality of life of patients with cardiovascular diseases [in Persian]. *J Arak Uni Med Sci* 2019; 22(4): 98-111.
26. Akin A, Akin U. An investigation of the predictive role of self-compassion on hope in Turkish university students. *J Education Scie & Psycho* 2014; 4(2): 96-104.
27. Zarei S, Fooladvand K. A mediating role of hope in the relationship between self-compassion and life satisfaction; a non-interventional study [in Persian]. *Health Res J* 2019; 4(3): 159-67.
28. Bahaodini H, Zandekarimi G. Stress inoculation training on cognitive emotional regulation: The effect on vulnerable married female adolescents. *J Behav Brain Sci* 2018; 8(6): 329-38.
29. Richardson CME, Trusty WT, George KA. Trainee wellness: self-critical perfectionism, self-compassion, depression, and burnout among doctoral trainees in psychology. *Couns Psychol Q* 2020; 33(2): 187-98.
30. Yörük S, Güler D. The relationship between psychological resilience, burnout, stress, and sociodemographic factors with depression in nurses and midwives during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Turkey. *Perspect Psychiatr Care* 2021; 57(1): 390-8.
31. Gresham D, Gullone E. Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment. *Pers Individ Differ* 2012; 52(5): 616-21.
32. Nelis D, Quoidbach J, Hansenne M, Mikolajczak M. Measuring individual differences in emotion regulation: The emotion regulation profile-revised (ERP-R). *Psychol Belg* 2011; 51(1): 49-91.

Cognitive Emotion Regulation Strategies on Self-care in Patients with Cardiovascular Disease: Investigating the Mediating Role of Self-compassion

Azam Moladoost¹, Sheida Jabalameli², Amirreza Sajjadih Khajouei³, Sedigheh Farzi⁴

Original Article

Abstract

Background: Cardiovascular diseases are the most common disorders that are highly influenced by psychological factors. The aim of this study was to determine the cognitive emotion regulation strategies on self-care in patients with cardiovascular disease.

Methods: The research method was cross-sectional descriptive correlational and was performed by structural equations. The study population included all patients with cardiovascular disease aged from 25 to 70 years old who referred to educational and medical centers in Isfahan during 2016-2017. Four hundred patients were selected by convenience sampling method and they answered three questionnaires of Garnefski Cognitive Emotion Regulation, Neff Self-compassion, and Jarasma Self-care Behavior in patients with heart failure. Data was analyzed by Pearson correlation and hierarchical regression simultaneously.

Findings: The results showed a direct and significant correlation between the positive emotion regulation score with self-compassion ($P = 0.020$ and $r = 0.116$) and with self-care ($P = 0.001$; $r = 0.205$). According to the indirect effect coefficient $\beta = 0.046$, the mediating role of self-compassion in the relationship between positive emotion regulation and self-care was supported. Also, the indirect effect coefficient $\beta = 0.046$ of self-compassion can be a good mediator between negative emotion regulation and self-care.

Conclusion: The cognitive emotion regulation strategies and self-compassion can explain the improvement of self-care in patients with cardiovascular disease; and self-compassion is considered an important mediator. Therapists are suggested to pay attention to self-compassion and psychological capital, because awareness of variables can provide quality services to patients.

Keywords: Self-care; Self-compassion; Cardiovascular diseases; Cognitive behavioral therapy; Emotional regulation

Citation: Moladoost A, Jabalameli S, Sajjadih Khajouei A, Farzi S. **Cognitive Emotion Regulation Strategies on Self-care in Patients with Cardiovascular Disease: Investigating the Mediating Role of Self-compassion.** J Isfahan Med Sch 2023; 40(696): 957-65.

1- PhD Student, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

3- Assistant Professor, Cardiologist, Interventional Cardiology Fellowship, Department of Internal, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Assistant Professor, Adult Health Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Sheida Jabalameli, Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran; Email: jabalameli.sh@gmail.com