

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در بیماران عروق کرونر قلب، بیماران دریافت‌کننده دفیبریلاتور قلبی قابل کاشت و افراد بهنجار

سمیرا ارم^{۱*}، جعفر حسنی^۲، علیرضا مرادی^۳

- ۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۲- دانشیار، دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۳- استاد، دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۵/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۲/۲۲

چکیده

زمینه و هدف

با توجه به نتایج پژوهش‌های چند دهه اخیر در زمینه نقش محوری تجارب هیجانی در تشدید بیماری‌های قلبی و عروقی، پژوهشگران به بررسی تأثیر نظم‌جویی هیجان در عواقب این بیماری‌ها پرداختند. هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در بیماران عروق کرونر قلب، بیماران دریافت‌کننده دفیبریلاتور قلبی قابل کاشت و افراد بهنجار می‌باشد.

مواد و روش‌ها

شرکت‌کنندگان در مجموع ۹۰ نفر در سه گروه ۳۰ نفره از بیماران عروق کرونر قلب، بیماران دریافت‌کننده دفیبریلاتور و افراد بهنجار بودند که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ) را تکمیل نمودند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و سطح معنی‌داری ۰/۰۱ استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج حاصله گروه بهنجار از راهبردهای سازگارانه بیشتری در زمینه نظم‌جویی شناختی هیجان و همچنین از راهبردهای ناسازگارانه کمتری نسبت به دو گروه بیماران عروق کرونر قلب و بیماران دریافت‌کننده دفیبریلاتور قلبی قابل کاشت استفاده می‌نمایند.

نتیجه‌گیری

مداخلات پیشگیرانه روانشناختی با تأکید بر آموزش راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان برای بیماران قلبی و عروقی می‌تواند مفید واقع شود.

کلیدواژه‌ها

بیماری عروق کرونر، دفیبریلاتور قلبی قابل کاشت، ICD، نظم‌جویی شناختی هیجان

* نویسنده مسئول: دانشگاه خوارزمی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

پست الکترونیک: Eram.samira@yahoo.com

■ مقدمه

بیماری‌های متعدد روان‌تنی به خصوص بیماری‌های قلبی و عروقی، تحت عنوان بیماری تمدن مدرن در نظر گرفته می‌شوند (۱). بیماری‌های قلبی و عروقی تا به امروز یکی از سه علت اصلی مرگ و میر و از کارافتادگی در جهان بوده و در حال تبدیل شدن به علت اصلی فوت و ناتوانی در اکثر کشورها هستند. برآورد شده است این میزان از ۱۶/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۰۲ به ۲۳/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برسد (۲). در حال حاضر بیماری عروق کرونری^۱ به عنوان کشنده‌ترین بیماری قلبی و عروقی شناخته شده و بیش از ۵۰ درصد علل مرگ‌های قلبی را به خود اختصاص می‌دهد و بیماری‌های مادرزادی قلب در رده بعدی قرار می‌گیرند (۳). عمده‌ترین علت مرگ در بیماری‌های قلبی و عروقی مرگ ناگهانی قلب^۲ است. اگر چه شایع‌ترین علت آن، بیماری عروق کرونر می‌باشد، از دیگر دلایل عمده آن، تاکی‌کاردی بطنی^۳ و فیبریلاسیون بطنی^۴ عنوان شده است (۴).

تاکنون علل زیادی برای بیماری‌های قلبی عنوان شده است. برخی متخصصان سوابق ژنتیکی و برخی عوامل جسمانی را در بیماری‌های قلبی و عروقی دخیل می‌دانند. از جمله عوامل جسمانی می‌توان به فشار خون بالا، سطح کلسترول بالا، بیماری دیابت، کمبود فعالیت بدنی و چاقی اشاره کرد. با وجود این، شواهد حاکی از آن است که این موارد حداکثر ۵۰ درصد از بروز این بیماری‌ها را پیش‌بینی می‌کنند و به تنهایی قادر به تبیین بروز و تداوم این بیماری نیستند (۵).

در بیماری‌های قلبی و عروقی، هیجان^۵ و یا سرکوب آن از جمله عوامل روانی تأثیرگذار هستند که ممکن است در بروز و یا تشدید بیماری نقش داشته باشند (۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اثرات مزمن بازداری هیجانات منفی، منجر به افزایش فعالیت سمپاتیک سیستم قلبی و عروقی می‌شوند (۷). پاسخ‌های هیجانی می‌توانند بر سلامت فیزیکی ما تأثیرگذار باشند. در این زمینه توجهی ویژه به نقش خشم، خصومت، اضطراب و افسردگی در زمینه بیماری‌های

قلبی و عروقی، شده است و هسته اصلی یافته‌ها در اینجا است که افزایش سطح هیجانات منفی، با بدتر شدن بیماری‌های قلبی و عروقی همراه است. این یافته‌ها باعث شد تا محققان گمان کنند نظم‌جویی هیجان ممکن است بر پیامدهای این بیماری‌ها نقش داشته باشد (۸). اگر چه هیجانات، پایه و اساس بیولوژیکی دارند اما افراد قادر به تأثیر گذاردن بر هیجانات و راه‌های ابراز آنها می‌باشند که این عمل، نظم‌جویی هیجان^۶ نامیده می‌شود (۹). مفهوم نظم‌جویی هیجان به فرایندهایی اشاره دارد که افراد آگاهانه یا ناآگاهانه، جهت پاسخ‌دهی مناسب به تقاضاهای محیطی بکار می‌برند (۱۰) که شامل دامنه وسیعی از فرایندهای خودکار یا کنترل شده شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است (۱۱). این سازه نقش برجسته‌ای در سلامت روان و بیماری ایفا می‌کند. نظم‌جویی هیجان موفقیت‌آمیز، با ارتقاء سطح سلامتی، بهبود عملکرد شغلی و تحصیلی در ارتباط است. در مقابل مشکلات نظم‌جویی هیجان، با اختلالات روانی، از قبیل اختلال شخصیت مرزی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی، اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن، وابستگی به الکل و مواد مرتبط است (۱۰).

Nelis و همکاران در پژوهشی بیان داشته‌اند علاوه بر اختلال‌های روانی، بیماری‌های جسمانی (مانند بیماری‌های روان‌تنی از قبیل میگرن یا بیماری‌های قلبی و عروقی) و یا مشکلاتی در رابطه با ارتباطات اجتماعی نیز از پیامدهای مشکلات نظم‌جویی هیجان هستند (۱۲). یکی از الگوهای ارائه شده در زمینه نظم‌جویی هیجان، نظم‌جویی شناختی است که به معنای استفاده از فرایندهای شناختی به منظور تعدیل و تنظیم هیجان‌ها است (۱۳). هیجانات می‌توانند به وسیله دامنه وسیعی از فرایندهای شناختی ناآگاهانه مانند فرایندهای توجه انتخابی، تحریف حافظه، انکار، فرافکنی و یا از طریق فرایندهای شناختی آگاهانه مانند سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری یا فاجعه‌سازی مدیریت شوند (۱۴).

Kubzansky و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که بین راهبرد ناسازگارانه نشخوارگری و بیماری‌های قلبی رابطه وجود دارد (۱۵). همچنین Vlaeyen و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که افراد مبتلا به بیماری‌هایی چون درد مزمن و بیماری‌های قلبی از راهبرد

^۱ Coronary Heart Disease: CHD^۲ Sudden Cardiac Death: SCD^۳ Ventricular Tachycardia: VT^۴ Ventricular Fibrillation: VF^۵ Emotion^۶ Emotion Regulation

شناختی نشخوارگری بیشتر از جمعیت بهنجار استفاده می کنند (۱۶). به علاوه نتایج مطالعه اعتمادی فر و همکاران نشان داد که بیماران قلبی نسبت به گروه بهنجار بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی هیجان (مانند ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه سازی)، استفاده می کنند و در مقابل کمتر از راهبردهای سازگارانه بهره می برند (۱۷).

با وجود نقش غیرقابل انکار هیجان ها در بیماری های قلبی، پژوهش های صورت گرفته در این قلمرو بیشتر بر مداخله گری های متمرکز بر سبک زندگی شامل سیگار نکشیدن، مصرف مهارشده الکل، رژیم غذایی سالم و فاقد کلسترول، فعالیت بدنی و غیره به منزله عوامل پیش بین کاهش احتمال ابتلاء به این بیماری ها تمرکز کرده اند و کمتر به عوامل روانشناختی پرداخته اند. با توجه به موارد فوق و میزان بالای شیوع بیماری های قلبی و عروقی، لزوم انجام پژوهش های بیشتر در این زمینه روشن می شود. مطالعه حاضر با هدف مقایسه راهبردهای شناختی نظم جویی هیجان مورد استفاده در بیماران عروق کرونر قلب، بیماران دریافت کننده دفیبریلاتور قلبی قابل کاشت^۱ و افراد بهنجار صورت گرفته است.

■ مواد و روش ها

این مطالعه از نوع علی-مقایسه ای بوده و جامعه آماری پژوهش فوق را کلیه بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر و بیماران دریافت کننده دستگاه دفیبریلاتور قلبی قابل کاشت شهر تهران در زمستان سال ۱۳۹۳ تشکیل می دهند.

نمونه ها در این پژوهش به شیوه نمونه گیری در دسترس از بیماران تحت درمان مراجعه کننده به مطب خصوصی و بیمارستان قلب لواسانی در شهر تهران انتخاب شدند. در مجموع ۹۰ نفر نمونه، شامل ۳۰ نفر بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر، ۳۰ نفر بیماران دارای دستگاه ICD و ۳۰ نفر افراد بهنجار در نظر گرفته شدند. گروه بهنجار که از بین کارکنان بیمارستان قلب لواسانی تهران و ملاقات کنندگان غیرخویشاوند درجه اول بیماران بر اساس تمایل داوطلبانه برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند، افرادی بودند که بر اساس گزارش شخصی و مصاحبه بالینی، سابقه مراجعه به روانپزشک یا روانشناس نداشتند، به اختلال روانشناختی خاصی مبتلا نبودند

و در خویشاوندان درجه اول خود فرد مبتلا به اختلالات روانی نداشتند. برای ایجاد تجانس بین سه گروه سعی شد تا حد امکان گروه ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل با یکدیگر قرابت داشته باشند. همچنین، سعی شد تا دو گروه بیمار هم، بر اساس طول مدت اختلال و دوز داروهای مصرفی معادل انتخاب شوند. علاوه بر این، برای رسیدن به این تجانس، در انتخاب بیماران نیز معیارهایی برای ورود به مطالعه در نظر گرفته شد. داشتن سن در محدوده ۳۵ تا ۶۵ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، عدم وجود اختلالات روانپزشکی عمده، مانند اختلالات سایکوتیک، اختلال دوقطبی، افسردگی عمده، اختلال هراس و همچنین تشخیص قطعی انسداد عروق کرونر قلب توسط متخصص قلب برای گروه اول بیماران قلبی و دارا بودن دستگاه ICD برای گروه دوم الزامی بود.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی

این پرسشنامه محقق ساخته شامل سؤالاتی درباره جنسیت، سن، وضعیت تأهل، اشتغال، تحصیلات، میزان درآمد خانواده، سابقه خودکشی، سن شروع بیماری، طول مدت بیماری و نام داروهای مصرفی و دوز آنها می باشد.

ب) پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان^۲

پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان یک پرسشنامه چند بعدی است که در سال ۲۰۰۱ توسط Garnefski و همکاران توسعه یافته است. تعداد ۹ راهبرد نظم جویی شناختی هیجان در این پرسشنامه بر پایه های تجربی و نظری بنا شده است و هر یک از آنها به چگونگی تفکر فرد پس از تجربه رویدادهای تهدیدکننده و استرس زا اشاره دارند (۱۸).

CERQ یک ابزار خودگزارش دهی است که دارای ۳۶ ماده بوده و قابلیت اجرا در مورد افراد بالاتر از ۱۲ سال را دارد. این پرسشنامه دارای ۹ خرده مقیاس متفاوت شامل، ملامت خویش، ملامت دیگران، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه سازی و دیدگاه پذیری

^۱ Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: CERQ

^۲ Implantable Cardioverter Defibrillator: ICD

صورت لزوم به پرسش‌های ایشان پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل اطلاعات علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی از تحلیل چندمتغیری واریانس و آزمون‌های تعقیبی بون‌فرونی^۱ استفاده شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

■ یافته‌ها

بر اساس نتایج، ۴۶ نفر (۵۱/۱ درصد) از افراد نمونه زن و بقیه مرد بودند. حداقل سن افراد ۳۵ و حداکثر ۶۵ سال با میانگین ۵۰/۲۴ و انحراف معیار ۹/۷۱ بود.

تحصیلات ۳۸ نفر (۴۲/۲ درصد) از افراد دیپلم، ۹ نفر (۱۰ درصد) فوق دیپلم، ۳۸ نفر (۴۲/۲ درصد) کارشناسی و ۵ نفر (۵/۶ درصد) کارشناسی ارشد بود.

به منظور مقایسه سه گروه بیماران عروق کرونر قلب، بیماران دریافت‌کننده دفیبریلاتور و افراد بهنجار در راهبردهای نظم-جویی شناختی هیجان با توجه به همبسته بودن متغیرهای پژوهش (با دامنه همبستگی ۰/۱۸ تا ۰/۵۲) از تحلیل چند متغیری واریانس استفاده شد. نتیجه آزمون $mbox$ ($F(90, 20735/61) = 1/17, P > 0/01$) نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. علاوه بر این، مفروضات نرمال بودن توزیع و همسانی واریانس‌های متغیرهای وابسته نیز برقرار بود. نتیجه آزمون چندمتغیری Wilks' Lambda ($F(18, 158) = 6/69, P < 0/001$) معنی‌دار بود که نشان‌دهنده تفاوت در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بین سه گروه می‌باشد. البته این فاکتور مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در کدام ابعاد با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل‌های واریانس تک‌متغیری و آزمون‌های تعقیبی بون‌فرونی استفاده شد.

در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و مقادیر F تحلیل‌های واریانس تک‌متغیری قید شده است.

می‌باشد. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. هر خرده مقیاس چهار ماده را در بر می‌گیرد و نمره مربوط به آن حاصل جمع نمرات چهار ماده است. بنابراین دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود.

نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مواجهه با واقعیت‌های استرس‌زا می‌باشد. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله Garnefski و همکاران در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ و ضریب اعتبار خرده مقیاس‌های آن به شیوه بازآزمایی در فاصله زمانی ۱۴ ماه در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش شده است (۱۹).

نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط حسنی اعتباریابی شد. نتایج مطالعه حسنی نشان داد که ۹ زیرمقیاس نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان، همسانی درونی خوبی داشتند و دامنه آلفا کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ بود. نمره‌های ماده و نمره‌های کلی زیرمقیاس-های سازش‌یافته و سازش‌ناپافته بصورت معنی‌دار همبسته بودند ($r = 0/46$ تا $r = 0/75$) و ارزش ضرایب همبستگی بازآزمایی (۰/۵۱ تا ۰/۷۷) بیانگر ثبات مقیاس بود. نتایج تحلیل مؤلفه اصلی، از الگوی ۹ عاملی اصلی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان حمایت کرد که ۷۴ درصد واریانس را تبیین می‌نمود. درجه روابط درونی بین زیرمقیاس‌ها نسبتاً بالا بود (۰/۳۲ تا ۰/۶۷) (۲۰).

شیوه گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از برآورده شدن ملاک‌های ورود و مسجل شدن تشخیص آزمودنی‌ها، پژوهشگران با کسب رضایت آگاهانه و توضیح فرآیند پژوهش، آزمون‌ها را اجرا می‌کردند.

اجرای آزمون بصورت فردی در اتاقی با شرایط مناسب روانسنجی انجام می‌شد. به منظور کنترل واکنش‌های فیزیولوژیک و هیجانی، آزمایش برای تمام آزمودنی‌ها در بین ساعات ۱۰ تا ۱۲ قبل از ظهر انجام شد.

در طول مدت پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان، پژوهشگران حضور فعال داشتند تا از بروز پاسخ‌های تصادفی جلوگیری نمایند و در

^۱ Bonferroni Post Hoc Test

جدول شماره ۱- مقادیر میانگین، انحراف معیار و تحلیل‌های واریانس تک‌متغیری برای مقایسه سه گروه در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان

متغیر	بیماران CHD	بیماران ICD	افراد بهنجار	F	سطح معنی‌داری	η^2
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار			
ملاطت خویش	۵/۹۳ $\pm$ ۲/۶۴	۵/۶۰ $\pm$ ۲/۰۴	۲/۰۴ $\pm$ ۴/۴۳	۳/۷۸	۰/۰۳	۰/۰۸
نشخوارگری	۷/۷۰ $\pm$ ۲/۱۲	۷/۶۷ $\pm$ ۱/۵۶	۵/۱۰ $\pm$ ۱/۷۵	۲۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱
فاجعه‌سازی	۷/۵۰ $\pm$ ۱/۷۹	۶/۷۳ $\pm$ ۱/۹۵	۳/۶۰ $\pm$ ۱/۱۹	۴۵/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱
ملاطت دیگران	۵/۷۷ $\pm$ ۲/۴۲	۵/۴۰ $\pm$ ۲/۰۹	۳/۳۰ $\pm$ ۱/۱۱	۱۳/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۴
پذیرش	۵/۲۷ $\pm$ ۲/۶۷	۵/۴۷ $\pm$ ۲/۱۷	۶/۵۳ $\pm$ ۲/۲۲	۲/۹۲	۰/۰۶	۰/۰۶
تمرکز مجدد مثبت	۴/۹۷ $\pm$ ۱/۷۹	۴/۸۳ $\pm$ ۱/۹۸	۶/۶۷ $\pm$ ۱/۷۳	۹/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۱۸
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۵/۳۷ $\pm$ ۱/۷۳	۵/۷۵ $\pm$ ۱/۷۷	۸/۰۷ $\pm$ ۱/۸۴	۲۱/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳
ارزیابی مجدد مثبت	۴/۹۰ $\pm$ ۱/۶۳	۴/۹۷ $\pm$ ۱/۹۴	۷/۴۰ $\pm$ ۱/۷۱	۱۹/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱
دیدگاه‌گیری	۴/۵۷ $\pm$ ۱/۲۲	۵/۰۷ $\pm$ ۱/۵۵	۷/۲۷ $\pm$ ۲	۲۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵

مثبت و دیدگاه‌گیری، میانگین گروه بهنجار بصورت معنی‌داری بالاتر از دو گروه بیماران CHD و بیماران ICD است، ولی بین دو گروه بیمار تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین، در راهبردهای ناسازگارانه ملاطت دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌سازی میانگین گروه بهنجار بصورت معنی‌داری پایین‌تر از دو گروه بیماران CHD و بیماران ICD است، ولی بین دو گروه بیماران CHD و ICD تفاوت معنی‌دار نیست.

نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری نشان داد که بین گروه‌ها در راهبردهای نظم‌جویی نشخوارگری، فاجعه‌سازی، ملاطت دیگران، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری در سطح ۰/۰۱ تفاوت معنی‌دار وجود دارد (جدول شماره ۱). در زمینه راهبرد نظم‌جویی پذیرش و ملاطت خویش تفاوت معنی‌دار بین سه گروه مشاهده نشد. برای مشخص شدن این موضوع که تفاوت‌ها بین کدام دو گروه مطرح است از آزمون تعقیبی بون‌فرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ لیست شده است.

یافته‌های این جدول نشان می‌دهد که در راهبردهای سازگارانه تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد



جدول شماره ۲- نتایج آزمون‌های تعقیبی بون‌فرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای معیار	معنی‌داری
پذیرش	بیماران CHD	بیماران ICD	-۰/۲۰	۰/۵۶۴	۱
	بیماران CHD	بهنجار	-۱/۲۷	۰/۵۶۴	۰/۰۸۲
	بیماران ICD	بهنجار	۱/۰۷	۰/۵۶۴	۰/۱۸۵
تمرکز مجدد مثبت	بیماران CHD	بیماران ICD	۰/۱۳	۰/۴۷۴	۱
	بیماران CHD	بهنجار	-۱/۷۰	۰/۴۷۴	۰/۰۰۲
	بیماران ICD	بهنجار	-۱/۸۳	۰/۴۷۴	۰/۰۰۱
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	بیماران CHD	بیماران ICD	-۰/۲۰	۰/۴۶۰	۱
	بیماران CHD	بهنجار	-۲/۷۰	۰/۴۶۰	۰/۰۰۱
	بیماران ICD	بهنجار	-۲/۵۰	۰/۴۶۰	۰/۰۰۱
ارزیابی مجدد مثبت	بیماران CHD	بیماران ICD	-۰/۰۷	۰/۴۵۶	۱
	بیماران CHD	بهنجار	-۲/۵۰	۰/۴۵۶	۰/۰۰۲
	بیماران ICD	بهنجار	-۲/۴۳	۰/۴۵۶	۰/۰۰۱
دیدگاه‌گیری	بیماران CHD	بیماران ICD	-۰/۵۰	۰/۴۱۹	۰/۷۰۸
	بیماران CHD	بهنجار	-۲/۷۰	۰/۴۱۹	۰/۰۰۲
	بیماران ICD	بهنجار	-۲/۲۰	۰/۴۱۹	۰/۰۰۱
ملامت خویش	بیماران CHD	بیماران ICD	۰/۳۳	۰/۵۷۳	۱
	بیماران CHD	بهنجار	۱/۵۰	۰/۵۷۳	۰/۰۳۱
	بیماران ICD	بهنجار	۱/۱۷	۰/۵۷۳	۰/۱۳۴
ملامت دیگران	بیماران CHD	بیماران ICD	۰/۳۷	۰/۵۰۵	۱
	بیماران CHD	بهنجار	۲/۴۷	۰/۵۰۵	۰/۰۰۱
	بیماران ICD	بهنجار	۲/۱۰	۰/۵۰۵	۰/۰۰۱
نشخوارگری	بیماران CHD	بیماران ICD	۰/۰۳	۰/۴۷۱	۱
	بیماران CHD	بهنجار	۲/۶۰	۰/۴۷۱	۰/۰۰۲
	بیماران ICD	بهنجار	۲/۵۷	۰/۴۷۱	۰/۰۰۱
فاجعه‌سازی	بیماران CHD	بیماران ICD	۰/۷۷	۰/۴۳۳	۰/۲۴۰
	بیماران CHD	بهنجار	۳/۹۰	۰/۴۳۳	۰/۰۰۲
	بیماران ICD	بهنجار	۳/۱۳	۰/۴۳۳	۰/۰۰۱



■ بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد دو گروه بیماران قلبی نسبت به گروه بهنجار، بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی هیجان (مانند ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌سازی) استفاده می‌کنند و در مقابل کمتر از راهبردهای سازگارانه بهره می‌برند. این نتایج با نتایج پژوهش اعتمادی‌فر و باباپور، همسو است (۱۷). همچنین این نتایج با یافته‌های پژوهش Kubzansky و همکاران نیز همخوانی دارد. ایشان نشان دادند که بین استفاده از راهبرد ناسازگارانه نشخوارگری و بیماری‌های قلبی رابطه وجود دارد (۱۵). به علاوه Vlaeyen و همکاران نیز در پژوهش خود بیان داشته‌اند که افراد مبتلا به بیماری‌هایی چون درد مزمن و بیماری‌های قلبی بیشتر از جمعیت بهنجار از راهبرد شناختی نشخوارگری استفاده می‌کنند (۱۶).

همانطور که ذکر شد در این پژوهش بین گروه‌ها در مؤلفه پذیرش تفاوت معنی‌داری یافت نشد. این یافته با نتایج بدست آمده در پژوهش Martin و همکاران مطابقت دارد که استنباط کرده‌اند در نظر گرفتن پذیرش به عنوان راهبرد مقابله سازگارانه، ممکن است مناسب نباشد. اگر چه پشتیبانی جزئی برای نقش سازگارانه پذیرش وجود دارد، اما این راهبرد همبستگی مثبتی با کنترل خشم سازگارانه دارد. پذیرش، ارتباط مثبت با افسردگی، استرس و سرکوب خشم ناسالم دارد. یک توضیح احتمالی برای این موضوع این است که گزینه‌هایی که شاخص پذیرش را می‌سنجند (بطور مثال: من فکر می‌کنم نمی‌توانم آن را تغییر دهم، من فکر می‌کنم که باید یاد بگیرم با آن زندگی کنم و...)، ممکن است میزانی از ناامیدی را منعکس کنند. بنابراین راهبرد پذیرش ممکن است تنها تحت شرایط خاصی سازگارانه محسوب شود. لذا باید به این مسأله توجه داشت که راهبردهای نظم‌جویی هیجان ممکن است در شرایط خاصی سازگارانه بوده و در موقعیت‌های دیگر ناسازگارانه باشند. مثلاً شکل‌های خاصی از نشخوارگری و سرزنش خود ممکن است بعد از تروما سودمند باشند (۲۱).

kubzansky و همکاران، در مطالعه‌ای هیجان‌ات خاصی مانند اضطراب، افسردگی و خشم را به عنوان مهم‌ترین عوامل خطر بالقوه برای بیماری‌های قلبی و عروقی در نظر گرفته‌اند (۲۲). همچنین طبق یافته‌های Gross افزایش سطح هیجان‌ات منفی، با بدتر شدن بیماری‌های قلبی و عروقی همراه است. این یافته‌ها باعث شد تا محققان گمان کنند نظم‌جویی هیجان ممکن است بر پیامدهای

این بیماری‌ها نقش داشته باشد (۸). از طرفی بر اساس پژوهش‌های Garnefski و همکاران، راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان چون نشخوارگری، سرزنش خود و دیگران و فاجعه‌سازی همواره با نشانه‌های افسردگی، اضطراب، خشم و استرس مرتبط هستند و راهبرد ارزیابی مجدد مثبت، رابطه معکوس با این نشانگان دارد (۹). بنابراین از آنجا که در بسیاری از مطالعات ارتباط بین هیجان‌ات منفی چون افسردگی و اضطراب و خشم با بیماری‌های قلبی و عروقی به اثبات رسیده است و ضعف در نظم‌جویی هیجانی نیز در این اختلالات خلقی مشاهده شده است، وجود ضعف در این زمینه، در بیماران قلبی و عروقی دور از ذهن نیست. همچنین برخی دیگر از مکانیسم‌های رفتاری و فیزیولوژیکی را می‌توان در نظر گرفت که چگونگی رابطه بین نظم‌جویی هیجان و بیماری‌های قلبی و عروقی را تبیین می‌کنند. توانایی نظم‌جویی هیجان مؤثر می‌تواند سبب افزایش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی همچون فراهم آوردن فرصتی جهت استراحت و بازسازی، بهبود مهارت حل مسأله و ارتقاء سیستم حمایت اجتماعی شود. افرادی که دچار پریشانی هستند (بطور مثال دچار ضعف در نظم‌جویی هیجانی می‌باشند)، با احتمال بیشتری سوءمصرف مواد و عادات بد تغذیه‌ای دارند و یا کمتر به ورزش و فعالیت بدنی می‌پردازند (۲۳).

■ نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه میزان بهبود فیزیکی بیماران قلبی و عروقی، تنها در ارتباط با شدت بیماری نیست بلکه عوامل روانشناختی در این زمینه بسیار تعیین‌کننده هستند و از آنجا که این بیماران مشکلاتی در زمینه نظم‌جویی هیجان داشته و نسبت به جمعیت عمومی بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی استفاده می‌نمایند، به نظر می‌رسد مداخلات پیشگیرانه با تأکید بر آموزش راهبردهای نظم‌جویی هیجان برای این بیماران مفید واقع شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر جمع‌آوری اطلاعات و داده‌ها از طریق خودگزارش‌دهی آزمودنی‌ها و پرسشنامه است که این شیوه همیشه تحت تأثیر عواملی چون گرایش پاسخ‌دهندگان به ارائه پاسخ‌های مطلوب و جامعه‌پسند می‌باشد. همچنین جامعه آماری پژوهش به دلیل شرایط جسمی خاص بیماران، و تمایل نسبتاً کم آنان برای داوطلب شدن جهت شرکت در پژوهش، استفاده بیماران از دارو، از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد.



■ تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان بر خود لازم می‌دانند کمال تشکر و قدردانی را از تمامی کسانی که در این مطالعه همکاری و همیاری نمودند، ابراز دارند.

انجام مطالعاتی دقیق‌تر با گروه‌های نمونه وسیع‌تر و استفاده از دیگر اشکال جمع‌آوری داده‌ها مانند استفاده از مصاحبه‌های شخصی علاوه بر پرسشنامه جهت رسیدن به نتایج قطعی‌تر پیشنهاد می‌شود.

■ References

1. Singh A. A conceptual approach psychosomatic disorders. *Int Res J Pharm*. 2013;4(8):1-4.
2. Räikkönen K. Psychological aspects of cardiovascular disease. *Int J Behav Med*. 2009;16(3):195-6.
3. Hudson K, Brady W, Chan T, Pollak M, harrigan R. Electrocardiographic manifestation: ventricular tachycardia. *J Emerg Med*. 2003; 25(3):303-14.
4. Flemme I. Living with life-saving technology: Long-term follow up of recipients with implantable cardioverter defibrillator [dissertation]. Lincoping: Lincoping University; 2009.
5. Marmot M, Jenkins D, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stansfeld S. Contribution of job control and there risk factor to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997;350(9073):235-9.
6. Honarmand N, Fahimi M, Jamalomodi N, Izanloo M, Goodarzi P. Comparison of cognitive emotion regulation strategies among coronary artery patients and healthy controls. *Journal of Social Issues and Humanities*, 2015;3(2):125-8.
7. Gross J, Levenson R. Hiding Feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *J Abnorm Psychol*. 1997;1(7):95-103.
8. Gross JJ. Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*. 2013;13(3):359-65.
9. Garnefski N, kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legertee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *Eur J Pers*. 2002;16(5):403-20.
10. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):217-37.
11. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: timing is everything. *Curr Dir Psychol Sci*. 2001;10(6):214-9.
12. Nelis D, quoidbach J, hansenne M, mikolajczak M. Measuring individual differences in emotion regulation: the emotion regulation profile-revised (ERP-R). *Psychologica Belgica*. 2011;51(1):49-91.
13. Hasani J, Azadfallah P, Rasoulzade Tabatabaie K, Ashayeri H. The effect of reappraisal and suppression of negative emotional experience on frontal EEG asymmetry according to neuroticism and extraversion dimensions. *J Psychology*. 2010;4(13):37-72. [Persian]
14. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif*. 2001;30(8):1311-27.
15. Kubzansky LD, Davidson KW, Rozanski A. The impact of negative psychological states: Expanding the spectrum of risk for coronary artery disease. *Psychosom Med*. 2005;67(1):10-4.
16. Vlaeyen JW, Timmermans C, Rodriguez LM, Crombez G, van Horne W, Ayers GM, et al. Catastrophic thinking about pain increases discomfort during internal atrial cardioversion. *J Psychosom Res*. 2004;56(8):139-44.
17. Etemadifar N, BabapourKhairuddin J, Ahmadi E. Comparing of cognitive emotion regulation factors in cardiovascular patient (coronary disease and heart failure) with normal peers. *International Journal of Research in Engineering, Social Sciences*, 2014;4(6):103-14.



18. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *Eur J Psychol Assess.* 2007;23(3):141-9.
19. d'Acremont M, Van der Linden M. How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J Adolesc.* 2007;30(2):271-82.
20. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J Res Behav Sci.* 2012;9(4):229-40. [Persian]
21. Martin R, Dahlen E. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif.* 2005;7(39):1249-60.
22. Kubzansky LD, Thurston RC. Emotional vitality and incident coronary heart disease: benefits of healthy psychological functioning. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;67(12):1393-401.
23. Appleton AA, Buka SL, Loucks EB, Gilman SE, Kubzansky LD. Divergent associations of adaptive and maladaptive emotion regulation strategies with Inflammation. *Health Psychol.* 2013;32(7):748-56.



Comparing of Cognitive Emotion Regulation Strategies in Patients with Coronary Artery, Implantable Cardioverter Defibrillator Recipients and Normal Subjects

Samira Eram^{*1}, Gafar Hasani², Alireza Moradi³

1. MSc of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2. Associated Professor, PhD of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3. Professor, PhD of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Received Date: 12/05/2015

Accepted Date: 05/08/2015

Abstract

Introduction and Aims

According to the finding of last decade researches that emotional experiences play a central role in cardiovascular diseases, researchers have been interested in effect of emotion regulation. The purpose of this study was comparing of cognitive emotion regulation factors in cardiovascular patients and normal subjects.

Materials and Methods

Participants in total were 90 in 3 groups of coronary heart diseases patients, implantable cardioverter defibrillator (ICD) recipients and normal subjects. They completed the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). Multivariate analysis of variance was used for data analysis.

Results

The finding showed that the mean of adaptive cognitive emotion regulation strategies in normal subjects are higher and the mean of maladaptive strategies are lower than subjects with coronary heart disease and ICD recipients.

Conclusion

Psychological preventive interventions with emphasis on cognitive emotion regulation strategies can be useful.

Keywords

Coronary Disease, Implantable Cardioverter Defibrillator, ICD, Cognitive Emotion Regulation

* **Corresponding Author:** Kharazmi University, Faculty of Psychology and Educational Sciences.

Email: Eram.samira@yahoo.com