

نقش کنترل عواطف، بهزیستی روانی و رفتارهای خودمراقبتی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی

سمیه جان‌نثاری^۱، علی شاکر دولق^{۲*}

مقاله پژوهشی

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی تعیین نقش کنترل عواطف، بهزیستی روانشناختی و رفتار خودمراقبتی در کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی شهر ارومیه صورت گرفت.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران قلبی عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شهرستان ارومیه در نیمسال سال ۹۶ بودند که ۱۳۵ نفر به صورت دردسترس به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه کنترل عواطف (ECS)، بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۹۵)، پرسش‌نامه اروپایی رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی (EHFSCB) و کیفیت زندگی (QOL) استفاده شد. هم‌چنین جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام و نرم‌افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 16 استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که کنترل عواطف، بهزیستی روانشناختی و رفتارهای خودمراقبتی با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه دارند ($p < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که مدل سه متغیر پیش بین پژوهش حاضر توانست ۳۲ درصد از کیفیت زندگی بیماران قلبی را تبیین کند.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بیان می‌کند که بهزیستی روانشناختی و رفتارهای خودمراقبتی نقش مهمی در کیفیت زندگی بیماران قلبی دارند، لذا از این یافته‌ها می‌توان برای تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و حتی درمانی بیماران قلبی بهره گرفت.

واژه‌های کلیدی: کنترل عواطف، بهزیستی روانشناختی، رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی، بیماران قلبی

ارجاع: جان‌نثاری سمیه، شاکر دولق علی. نقش کنترل عواطف، بهزیستی روانی و رفتارهای خودمراقبتی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۸؛ ۲۷ (۱۱): ۲۲-۲۱۱۲

۱- کارشناس ارشد روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۴۱۵۰۳۷۶۲، پست الکترونیکی: ali.shaker2000@gmail.com، صندوق پستی: ۳۳۱۹۱۱۸۶۵۱

استفاده می‌کند ممکن است با پریشانی روانی و کیفیت زندگی مرتبط باشد (۷). یکی از مهم‌ترین مفاهیم مورد توجه روان‌شناسان و از جمله ویژگی‌های روانی که برای دستیابی به زندگی مطلوب مورد توجه است، احساس بهزیستی است که روانشناسی مثبت‌نگر سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی مطرح نموده و آن را در قالب بهزیستی روانشناختی بیان می‌کند (۸). بنابر مطالعات صورت گرفته، بهزیستی روانشناختی با رفتارها و کارکردهای بیولوژیک سالم رابطه مثبت و با رفتارها و کارکردهای بیولوژیک ناسالم رابطه منفی و معنی‌داری دارد. بطوری که سلامت قلبی-عروقی به طور پایدارتری با خوش‌بینی و بهزیستی هم‌بسته است و در عین حال مقابله با یک بیماری مزمن همچون سکت قلبی می‌تواند اثر قابل توجهی بر وضعیت روانشناختی بیماران داشته باشد (۹).

مطالعات نشان می‌دهد که بهزیستی روانشناختی نقش مهمی بر بیشتر ابعاد زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی بیماران ایفا می‌کند. در این راستا نصیری زرین قبائی، صابرمقدم رنجبر، باقری نسامی، و حارث آبادی (۱۰) در تحقیقی که به بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی با سلامت روان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پرداختند، دریافتند که میان بعضی از ابعاد کیفیت زندگی و سلامت روان ارتباط وجود دارد، بدین شکل که افت وضعیت سلامت روان در این بیماران بر کیفیت زندگی آنان تاثیر منفی می‌گذارد. با توجه به حجم رو به‌افزایش شیوع بیماری‌های مزمن، یکی از عواملی که نقش مهمی در کاهش عوارض ناشی از بیماری ایفا می‌کند و می‌تواند تا حد زیادی استفاده از منابع نظام ارائه خدمات سلامت را کاهش دهد، رفتارهای خودمراقبتی Self-care Behaviors است. خودمراقبتی ساختاری چند بعدی است که شامل تمام فعالیت‌های مربوط به حفظ سلامتی، پیشگیری و درمان بیماری‌ها توسط خود فرد می‌شود و انجام آن نیازمند رفتارهای دیگری است که خود تحت تاثیر عواملی چون باورهای سلامتی، موقعیت‌های اقتصادی و وقایع زندگی قرار دارد (۱۱). در این خصوص، گری Gary (۱۲) در تحقیقی خاطر نشان ساخت که رفتارهای خودمراقبتی، علایم شدید

امروزه توجه به کیفیت زندگی، به‌عنوان هدف نهایی خدمات درمانی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، به گونه گسترده مورد پذیرش متخصصان مختلف قرار گرفته است. اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به‌عنوان مهم‌ترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند، به‌ویژه در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن که درمان قطعی برای بیماری آن‌ها شناخته نشده است (۱). کیفیت زندگی، دارای ابعاد مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی است که پهنه وسیعی از زندگی فرد را در بر می‌گیرد (۲). بیماری‌های قلبی-عروقی از جمله بیماری مزمنی محسوب می‌شوند که نه تنها شمار مرگ و میر بالایی را به خود اختصاص می‌دهند، بلکه باعث ایجاد محدودیت در کیفیت زندگی این بیماران نیز می‌شود (۳).

یکی از عواملی که نقش مهمی در زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن ایفا می‌کند، توانایی آن‌ها در کنترل عواطف (emotion control) است. منظور از کنترل عواطف و هیجانات این است که بتوان در موقعیت‌های مختلف هیجانات و عواطف را تشخیص داده و آن‌ها را ابراز و کنترل نمود. مهارت کنترل عواطف بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد تأثیرگذار است و باعث ثبات و رشد شخصیت افراد می‌گردد (۴). به‌طوری که مروری بر یافته‌های موجود در زمینه کنترل عواطف و مشکلات هیجانی نشان می‌دهد که احتمالاً یکی از دلایل اصلی کاهش کیفیت زندگی افراد، مشکلات و کاستی‌های وسیع در حوزه هیجان‌هاست (۴). طبق نظر محققان، کنترل عاطفی دارای چهار بعد خشم Rage، خلق افسرده‌دهنده Depressed mood، اضطراب Anxiety و عاطفه مثبت Positive affect است و یکی از عواملی است که به‌منظور سازگاری با رویدادهای استرس‌زای زندگی ضروری است (۵). اهمیت مطالعه این مهارت از آن جهت است که این مهارت اثرات گوناگونی در جنبه‌های مختلف زندگی فرد، تعاملات بین فردی، بهداشت روانی و سلامت فیزیکی و جسمی فرد دارد (۶). مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که برخی استراتژی‌های تنظیم و کنترل هیجان که یک فرد برای مقابله با عوامل استرس‌زا در زندگی

این پرسش‌نامه جهت سنجش کیفیت زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. سازنده آن سازمان بهداشت جهانی (Whoqol-Bref) با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی سال ۱۹۸۹ است. تعداد سوالات این پرسش‌نامه ۲۴ سوال در قالب ۴ حیطه است که دو سوال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین پرسش‌نامه در مجموع ۲۶ سوال دارد که دارای حیطه‌های سلامت جسمانی (Physical Health Domain) (فیزیکی)، روانشناختی (Psychological Domain)، روابط اجتماعی (Social Relationship Domain) و محیط زندگی (Environmental Domain) است. نمره هر گویه پرسش‌نامه بر روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده است ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. در ایران نیز نصیری برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، روش تنصیفی (دو نیمه کردن) و روش آلفای کرونباخ استفاده کرد که پایایی آن به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ به‌دست آمد (۱۵).

مقیاس کنترل عواطف (Effective Control Scale) (ECS)

مقیاس کنترل عواطف، توسط ویلیامز، کمبل و آهرانز Ahrens Williams, Chambless & (۱۶) تهیه شده است و ابزاری برای سنجش میزان کنترل افراد بر عواطف خود است و شامل ۴۲ سوال با چهار زیر مقیاس فرعی با عناوین خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت است. پاسخ‌های عبارت‌ها در مقیاس هفت درجه‌ای از به‌شدت مخالف نمره یک تا به‌شدت موافق نمره هفت تنظیم شده است ۱۲ ماده این پرسش‌نامه برعکس نمره‌گذاری می‌شود. به این ترتیب که پاسخ به شدت مخالف نمره ۷ و پاسخ به‌شدت موافق نمره ۱ داده می‌شود. اعتبار درونی و بازآزمایی آزمون به ترتیب برای نمره کل مقیاس ۰/۹۴ و ۰/۷۸ و برای خرده مقیاس‌های خشم، ۰/۷۲ و ۰/۷۳، خلق

بیماری را کاهش می‌دهد و پیامد کلینیکی آن را بهبود می‌بخشد و هم‌چنین میزان بستری مجدد بیماران را کاهش می‌دهد. از آنجایی که بیماری‌های قلبی-عروقی بر کل ابعاد زندگی بیمار یعنی شرایط جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد، شناخت وضعیت کیفیت زندگی بیماران قلب-عروقی و عوامل مؤثر بر آن می‌تواند راهنمایی باشد برای کمک به درمان موثر، ارتقای برنامه‌های حمایتی، اقدامات توانبخشی و تنظیم برنامه‌های درمانی مناسب است (۱۳). بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده در خصوص نقش کنترل عواطف، بهزیستی روانی و رفتارهای خودمراقبتی بر ابعاد مختلف زندگی و سلامت کلی نمونه‌های مختلف پژوهشی، در این تحقیق درصد پاسخگویی به این سوال هستیم که آیا کنترل عواطف، بهزیستی روانی و رفتارهای خودمراقبتی توان پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی را دارد؟

روش بررسی

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران قلبی عروقی مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهرستان ارومیه در نیمسال اول سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری تحقیق حاضر در دسترس است و با توجه به اینکه در تحقیقات همبستگی حداقل تعداد نمونه ۵۰ نفر توصیه شده است (۱۴). لذا در این پژوهش به منظور افزایش قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌های تحقیق تعداد ۱۳۵ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک ورود: داشتن سلامت روان، تشخیص بیماری قلبی توسط پزشک متخصص و داشتن قابلیت خواندن و نوشتن و و افرادی که مشکلات شدید روانشناختی داشتند و نیازمند کمک‌های حرفه‌ای بودند و هم‌چنین کسانی که توانایی خواندن و درک مطالب مقیاس‌ها را نداشتند از ورود به پژوهش کنار گذاشته شدند. هم‌چنین از ملاحظات اخلاقی مهم این پژوهش رضایت بیماران و خانواده آن‌ها به شرکت در پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها بود.

ابزارهای پژوهش

- پرسش‌نامه کیفیت زندگی (QOL)

جاسما و همکارانش در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است. این پرسش‌نامه حاوی ۱۲ سؤال است که پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای با امتیاز ۱ (کاملاً این‌طور است) تا امتیاز ۵ (اصلاً این‌طور نیست) به‌منظور مشخص نمودن انجام مناسب رفتار نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات حاصل از این پرسش‌نامه بین ۱۲ تا ۶۰ امتیاز است که نمره کم‌تر به معنای رفتار خود مراقبتی بهتر می‌باشد. در این پرسش‌نامه مجموع امتیازات بین ۱۲ تا ۲۸ خودمراقبتی خوب، ۲۹ تا ۴۴ خودمراقبتی متوسط و ۴۵ تا ۶۰ خودمراقبتی ضعیف را نشان می‌دهند (خوش‌تراش و همکاران، ۱۳۹۲) (۱۹). اعتبار این ابزار توسط شجاعی (۱)، مومنی و همکاران (۱۹) مورد ارزیابی قرار گرفته است. پایایی این ابزار در مطالعه شجاعی (۱) با آلفاکرونباخ ۰/۶۸ و در مطالعه مومنی و همکاران (۱۹) با آلفاکرونباخ ۰/۷۱ گزارش شده است (۱۹، ۱). به‌منظور اجرای پژوهش حاضر بعد از تعیین حجم نمونه و تهیه پرسش‌نامه‌های مورد نیاز و بعد از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی‌های مورد نیاز، محقق در مراکز درمانی و بیمارستان‌های سیدالشهدا و امام‌خمینی شهرستان ارومیه حضور یافت و بعد از توضیح اهداف پژوهش و ملاحظات اخلاقی، پرسش‌نامه‌های تحقیق به منظور اجرای درست در دو قسمت توسط بیماران قلبی تکمیل و اجرا شد. به‌علت کهنولت سن برخی از آزمودنی‌ها، اجرای پرسش‌نامه در دو مرحله صورت گرفت. هم‌چنین برای برخی از آزمودنی‌ها که فهم سوالات سخت بود محقق یا بستگان وی کمک کردند تا به سوالات به درستی بتواند پاسخ دهد.

تجزیه و تحلیل آماری

در این پژوهش داده‌ها از طریق آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام و با استفاده از نرم‌افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 16 تجزیه و تحلیل شدند.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد تایید شده است (کد اخلاق: 1396.09) (IR.IAU.URMIA.REC).

افسرده، ۰/۹۱ و ۰/۷۶، اضطراب، ۰/۸۹ و ۰/۷۷ و عاطفه مثبت ۰/۸۴ و ۰/۶۴ در یک نمونه از دانشجویان دوره لیسانس به‌دست آمده است. در ایران نیز دهش (۱۳۸۸) مقدار آلفای کرونباخ نمره کل کنترل عواطف ۰/۸۴ و خرده مقیاس‌های خشم ۰/۵۳، خلق افسرده ۰/۶۰، اضطراب ۰/۷۶ و عاطفه مثبت ۰/۶۴ هم به‌ترتیب (۰/۵۳، ۰/۶۰، ۰/۷۶، ۰/۶۴) به‌دست آمده است (۱۷).

- پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف Rspwb (۱۹۹۵)

بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چندمؤلفه‌ای و در برگیرنده ۶ مؤلفه می‌باشد که عبارتند از: ۱- پذیرش خود ۲- روابط مثبت با دیگران ۳- خودمختاری ۴- تسلط بر محیط ۵- زندگی هدفمند و ۶- رشد فردی. ابتدا مقیاس بهزیستی روان‌شناختی که دارای ۸۴ عبارت است، تهیه شد و سپس نسخه‌های ۵۴ عبارتی و فرم کوتاه ۱۸ عبارتی طراحی شد (ریف، ۱۹۹۵). این فرم ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. و دارای ۶ زیرمقیاس است (هر زیرمقیاس شامل ۳ عبارت)، که عبارتند از: تسلط محیطی (۶، ۴، ۱)، پذیرش خود (۱۰، ۸، ۲)، رابطه مثبت با دیگران (۱۳، ۱۱، ۳)، داشتن هدف در زندگی (۱۶، ۱۴، ۵)، عامل رشد فردی (۱۷، ۱۵، ۷) و عامل استقلال (۱۸، ۱۲، ۹) که پاسخ به هر سوال بر روی یک طیف ۶ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص می‌شود. سوال‌های ۳ و ۴ و ۵ و ۹ و ۱۰ و ۱۳ و ۱۶ و ۱۷ با روش معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و بقیه بوده است. همسانی درونی مقیاس ۳ سوالی ۰/۵۶ گزارش شده است. همسانی درونی مقیاس ۱۸ سوالی به روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شده است. در سال ۱۳۸۸ توسط عسگری، احتشام‌زاده و پیرزمان برای تعیین پایایی این آزمون از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۷۴ و ۰/۷۲ به‌دست آمد که بیانگر پایایی قابل قبول برای پرسش‌نامه می‌باشد (۱۸).

- پرسش‌نامه اروپایی رفتار مراقبت از خود در بیماران

نارسایی قلبی

پرسش‌نامه اروپایی رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی European heart failure self care behavior توسط

نتایج

با توجه به اطلاعات به دست آمده از شرکت کنندگان در پژوهش، ۳۰ درصد از آن‌ها در رده سنی ۲۰-۳۰، ۴۸ درصد در رده سنی ۳۰-۵۰ و ۲۲ درصد در سنی ۵۰-۵۵ سال قرار داشتند. نتایج تحلیل توصیفی پژوهش حاضر به صورت میانگین و انحراف استاندارد در جدول بالا گزارش شده است. به این صورت که میانگین (انحراف استاندارد) برای متغیر کیفیت زندگی بهزیستی روانشناختی برابر با $78/97 \pm 12/04$ ، برای خودمراقبتی برابر $31/37 \pm 8/57$ و برای بهزیستی روانشناختی برابر با $61/72 \pm 10/83$ (۱۰/۸۳) به دست آمد. بر اساس نتایج ذکر شده در جدول بالا، بین رفتار

خودمراقبتی با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین بین نمره کلی بهزیستی روانشناختی (و ابعاد پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خود مختاری، تسلط بر محیط و رشد فردی) با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه مثبت و معناداری در سطح $P < 0/05$ وجود دارد. اما، بین زندگی هدفمند با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه معناداری دیده نشد. همچنین بین ابعاد کنترل عواطف (خشم، اضطراب و خلق افسرده) با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه منفی معناداری در سطح $P < 0/01$ وجود دارد ولی بین عاطفه مثبت و کیفیت زندگی رابطه مثبت معناداری در سطح $P < 0/05$ وجود دارد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای کیفیت زندگی، رفتار خود مراقبتی، کنترل عواطف و بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن‌ها

| متغیر | میانگین \pm انحراف استاندارد | کمترین | بیشترین | تعداد |
|--------------------|--------------------------------|-------------------|---------|-------|
| کیفیت زندگی | $78/97 \pm 12/04$ | ۴۲ | ۱۱۷ | ۱۳۵ |
| رفتار خودمراقبتی | $31/37 \pm 8/57$ | ۱۵ | ۵۲ | ۱۳۵ |
| کنترل عواطف | خشم | $27/96 \pm 4/33$ | ۱۱ | ۵۵ |
| | خلق افسرده | $27/99 \pm 5/12$ | ۱۲ | ۴۸ |
| | اضطراب | $45/24 \pm 5/43$ | ۲۵ | ۶۴ |
| | عاطفه مثبت | $45/28 \pm 6/12$ | ۲۲ | ۵۷ |
| بهزیستی روانشناختی | بهزیستی روانشناختی | $61/72 \pm 10/83$ | ۲۰ | ۸۵ |
| | پذیرش خود | $10/43 \pm 3/31$ | ۴ | ۱۴ |
| | روابط مثبت با دیگران | $9/11 \pm 3/08$ | ۳ | ۱۲ |
| | خود مختاری | $11/49 \pm 3/55$ | ۵ | ۱۴ |
| | تسلط بر محیط | $10/62 \pm 3/49$ | ۳ | ۱۵ |
| | زندگی هدفمند | $11/07 \pm 3/09$ | ۴ | ۱۳ |
| رشد فردی | $10/67 \pm 3/33$ | ۵ | ۱۵ | ۱۳۵ |

جدول ۲: نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین کنترل عواطف، بهزیستی روانشناختی و رفتار خودمراقبتی با کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی

| متغیر | کیفیت زندگی همبستگی | معناداری |
|----------------------|---------------------|----------|
| رفتار خودمراقبتی | ۰/۲۸۷ | ۰/۰۰۱ |
| بهزیستی روانشناختی | ۰/۳۵۴ | ۰/۰۰۱ |
| پذیرش خود | ۰/۲۵۱ | ۰/۰۰۱ |
| روابط مثبت با دیگران | ۰/۲۷۷ | ۰/۰۰۱ |
| خود مختاری | ۰/۳۳۸ | ۰/۰۰۱ |
| تسلط بر محیط | ۰/۲۵۶ | ۰/۰۰۳ |
| زندگی هدفمند | ۰/۱۴۲ | ۰/۰۹ |
| رشد فردی | ۰/۳۲۶ | ۰/۰۰۱ |

| | | | |
|-------------|--------|-------|-------------|
| خشیم | ۰/۱۰۶- | ۰/۲۲۳ | کنترل عواطف |
| خلق افسرده | ۰/۴۴۰- | ۰/۰۰۱ | |
| اضطراب | ۰/۲۷۶- | ۰/۰۰۳ | |
| عاطفه مثبت | ۰/۲۰۰ | ۰/۰۰۲ | |
| کنترل عواطف | ۰/۳۴۱ | ۰/۰۰۱ | |

جدول ۳: نتایج آزمون معناداری مدل رگرسیون (روش گام به گام)

| مدل | R | R ² | تعدیل شده R ² |
|-----------------|-------|----------------|--------------------------|
| ۱ خودمراقبتی | ۰/۲۹۱ | ۰/۰۸ | ۰/۰۷ |
| ۲ بهزیستی روانی | ۰/۴۳۳ | ۰/۱۸ | ۰/۱۷ |
| ۳ خلق افسرده | ۰/۵۶۰ | ۰/۳۱ | ۰/۲۹ |
| ۴ اضطراب | ۰/۵۶۸ | ۰/۳۲ | ۰/۲۹ |
| ۵ عاطفه مثبت | ۰/۵۷۱ | ۰/۳۲ | ۰/۲۹ |

جدول ۴: نتایج رگرسیون (روش گام به گام)

| پارامتر | B | Std.E | Beta | t | سطح معناداری |
|---------------|-------|-------|-------|-------|--------------|
| خودمراقبتی | ۰/۴۶۲ | ۰/۱۳۲ | ۰/۲۹۱ | ۳/۵۰ | ۰/۰۰۱ |
| بهزیستی روانی | ۰/۳۱۶ | ۰/۰۷۵ | ۰/۳۲۴ | ۴/۰۷ | ۰/۰۰۱ |
| خلق افسرده | -۰/۷۷ | ۰/۱۵ | -۰/۳۹ | -۴/۸۸ | ۰/۰۰۱ |
| اضطراب | -۰/۱۸ | ۰/۱۴ | -۰/۱۳ | -۱/۲۲ | ۰/۱۸ |
| عاطفه مثبت | ۰/۱۲ | ۰/۱۵ | ۰/۰۷ | ۰/۸۳ | ۰/۱۴ |

شدن گام چهارم و اضافه شدن سهم تبیین‌کننده اضطراب به مدل، مدل پژوهش حاضر توانست ۳۲ درصد از کیفیت زندگی بیماران را تبیین کند. ستون بتای مربوط به هر یک از دو متغیر و سطح معنی‌داری هر یک از آن‌ها نشانگر این است که به ازای تغییر در هر کدام از دو متغیر، میزانی از تغییر در کیفیت زندگی بیماران رخ خواهد داد. به عبارتی دیگر، هر متغیر تبیین‌کننده مقداری از تغییرات متغیر کیفیت زندگی بیماران می‌باشد. بنابراین، رفتار خودمراقبتی و بهزیستی روانی و خلق افسرده کیفیت زندگی بیماران را تبیین می‌کنند.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی نقش مؤلفه‌های کنترل عواطف، بهزیستی روانی و رفتارهای خودمراقبتی در پیش‌بینی کیفیت

با توجه به ضرایب همبستگی و رگرسیون خطی به‌دست آمده هر یک از متغیرهای پیش بین (خود مراقبتی، بهزیستی روانی، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت) توانایی تبیین متغیر ملاک (کیفیت زندگی) را دارند به طوری که در مرحله اول، مولفه رفتار خودمراقبتی حدود ۸ درصد از کیفیت زندگی بیماران را تبیین می‌کند و همچنان که در ستون ضریب تعیین تغییر یافته نیز مشاهده می‌شود، بعد از طی شدن گام دوم و اضافه شدن سهم تبیین‌کننده بهزیستی روانی به مدل، مدل پژوهش حاضر توانست ۱۸ درصد از کیفیت زندگی بیماران را تبیین کند. بعد از طی شدن گام سوم و اضافه شدن سهم تبیین‌کننده خلق افسرده به مدل، مدل پژوهش حاضر توانست ۳۱ درصد از کیفیت زندگی بیماران را تبیین کند، بعد از طی

زندگی بیماران قلبی عروقی شهر ارومیه صورت گرفت. کنترل عواطف، بهزیستی روانی و رفتارهای خودمراقبتی با کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی شهر ارومیه رابطه دارد. وجود هر نوع بیماری مزمن بر کیفیت زندگی افراد تأثیر بسیاری دارد. بیماری قلبی عروقی یکی از انواع بیماری‌های مزمن است که امروزه جوامع بشری با آن دست به گریبان هستند و البته می‌تواند بر تمام جنبه‌های زندگی افراد تأثیرگذاری بسزایی داشته باشد. امروزه تردیدی وجود ندارد که حالت‌های روانشناختی می‌توانند بر بیماری جسمانی و کیفیت زندگی تأثیر بگذارند. از جمله مفاهیم مرتبط با کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی، ویژگی‌های فردی و شخصیتی مهم مانند خودمراقبتی، بهزیستی روانشناختی و کنترل عواطف این بیماران است. پژوهش حاضر نشان می‌دهد که از بین ابعاد چهارگانه کنترل عواطف یعنی خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت، تنها خلق افسرده توانایی پیش بینی کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی شهر ارومیه را دارد که نتایج برخی از پژوهش‌ها همسو با نتیجه این پژوهش می‌باشد. به‌طورمثال نیک‌منش و همکاران در تحقیق به این نتیجه رسیدند که بین خود نظم‌بخشی هیجانی و ابعاد عملکردی و کلی کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت (۲۰). لی و همکاران (۴) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که مهارت تنظیم هیجان تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی بیماران دارد. من جیو و همکاران (۲۱) در تحقیقی نشان دادند که مهارت‌های تنظیم هیجان رابطه معنی‌داری با کیفیت زندگی دارند (۲۱). هم‌چنین می‌توان گفت نتایج پژوهش حاضر با برخی پژوهش‌ها ناهمسو نیز هست. مانند دخیوس Dijkhuis و همکاران (۲۲) در تحقیقی تحت عنوان «خود تنظیمی هیجانی و کیفیت زندگی در جوانان بالغ مبتلا به اوتیسم»، به این نتیجه رسیدند که هیچ ارتباط معنی‌داری بین سطح پردازش عواطف و کیفیت زندگی وجود ندارد. در ارتباط با نقش پیش‌بینی‌کنندگی بعد خلق افسرده، نظر رامستد Rammstedt (۲۳) بر این است که چگونگی فایق آمدن بیماران بر حوادث منفی زندگی ممکن است در رضایت از زندگی آن‌ها نقش

مؤثری داشته باشد (۲۳). وی هم‌چنین اظهار نموده، بیماران که حوادث منفی در زندگی را تجربه کرده‌اند، اما بر جنبه‌های مثبت زندگی تمرکز نموده‌اند، رضایت از زندگی بیشتری را گزارش می‌کنند. به‌عبارت دیگر چنین کسانی حوادث منفی زندگی را که واقعیات زندگی هستند، از حوادث مثبت جدا نموده و توجه‌شان را بر حوادث مثبت متمرکز می‌کنند که نتیجتاً سبب افزایش کیفیت زندگی می‌شود. بنابراین کنترل و تنظیم عواطف یعنی کاهش افسردگی و افزایش خلق مثبت و مقابله مناسب با بیماری می‌تواند با افزایش امیدواری و سلامت روان و در نهایت کیفیت زندگی بیماران قلبی نقش مؤثری داشته باشد. لذا عواطف و هیجانات مثبت به‌عنوان مواد تشکیل دهنده راهبردهای مقابله‌ای مؤثر عمل می‌کنند و شادکامی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود می‌بخشد. بنابراین به‌صورت برعکس خلق افسرده می‌توان گفت در واقع عواطف و هیجانات مثبت تمرکز بر روی جنبه‌های منفی زندگی را کاهش می‌دهد و سبب سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی بیماران قلبی شود. پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رفتار خودمراقبتی و کیفیت زندگی برای این مبنای، که رفتار خودمراقبتی با کیفیت زندگی رابطه مثبت معناداری دارد و نقش پیش‌بینی‌کننده برای کیفیت زندگی بیماران قلبی ایفا می‌کند می‌توان برخی پژوهش‌ها را مرتبط و همسو با این یافته دانست به‌عنوان نمونه کسینگ Kessing و همکاران (۲۴) در تحقیق تحت عنوان «خودمراقبتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی»، نشان دادند که رفتارهای خودمراقبتی رابطه معناداری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت آموزش رفتارهای خودمراقبتی به بیمار و خانواده باعث افزایش رضایت مددجو، بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری، افزایش شرکت در برنامه‌های مراقبت بهداشتی و افزایش استقلال مددجو در فعالیت‌های روزمره می‌شود (۲۵). بیماری قلبی عروقی مؤلفه‌های رفتاری و هیجانی بسیار قوی دارد تا جایی که برخی صاحب‌نظران آن را یک مسئله رفتاری

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود که از جمله آن‌ها می‌توان به عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی و عدم امکان کنترل سایر شرایط تهدید کننده روایی درونی و بیرونی پژوهش اشاره کرد که برحسب آن به محققان آتی پیشنهاد می‌شود با در نظر داشتن اطلاع دقیق از آمار بیماران قلبی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و هم‌چنین متغیرهایی که می‌توانند تهدید کننده روایی درونی و بیرونی مانند انگیزه، وضعیت اقتصادی، نوع بیماری قلبی، تعداد اعضای خانواده، مرگ همسر و آزمودنی‌ها شوند کنترل نمایند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر همسو با سایر پژوهش‌ها نشان داد که کنترل عواطف، بهزیستی روانی و رفتارهای خودمراقبتی همبستگی معناداری با کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی دارد. هم‌چنین بین نمره کلی بهزیستی روانشناختی (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خود مختاری، تسلط بر محیط) با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. اما، بین هدف در زندگی با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه معناداری دیده نشد. هم‌چنین بین سه بعد از چهار بعد کنترل عواطف با کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی رابطه معناداری وجود دارد. بنابراین توجه به نقش متغیرهای مذکور در طراحی برنامه‌های منسجم، جامع و یکپارچه ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

در این بخش محققان بر خود وظیفه می‌دانند تا از تمامی بیماران و کارکنان محترم بیمارستان و سایر افراد که در اجرا و به سرانجام رسیدن این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر نمایند. هم‌چنین از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه و دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بابت همکاری در اجرای این پژوهش تشکر و قدردانی می‌گردد. ضمناً این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نویسندگان می‌باشد و همه هزینه‌های اجرای این پژوهش توسط نویسندگان تامین گردیده است.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

و یک بیماری خودمراقبتی قلمداد می‌کنند (۲۶). هم‌چنین پژوهش حاضر نشان داد که بهزیستی روانی با کیفیت زندگی رابطه مثبت معناداری دارد و می‌توان برخی پژوهش‌ها را مرتبط و همسو با این یافته دانست. با توجه به مولفه‌های بهزیستی روانشناختی یعنی پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی؛ یافته‌های این پژوهش با یافته‌های رامستد (۲۳) همسو است، مبنی بر این که چگونگی فایق آمدن بیماران بر حوادث منفی و استرس‌زای زندگی می‌تواند در رضایت از زندگی و خودمختاری و معنادگی به آن‌ها نقش مؤثری داشته باشد. وی هم‌چنین اظهار نموده، بیمارانی که حوادث منفی در زندگی را تجربه کرده‌اند، اما بر جنبه‌های مثبت زندگی تمرکز نموده‌اند زندگی ثمربخش‌تری را گزارش می‌کنند. به عبارت دیگر چنین کسانی حوادث منفی زندگی را که واقعیات زندگی هستند، از حوادث مثبت جدا نموده و توجه‌شان را بر حوادث مثبت متمرکز می‌کنند. ادراک مثبت بیماری که با ادراک کنترل بر بیماری و علائم و عواطف توأم با آن همراه است موجب عمل به اقدامات درمانی مناسب می‌شود که بهبودی حاصل از این امر خود به ادراک مثبت‌تر می‌انجامد. اما عقاید منفی در مورد بیماری و پیامدهای آن با عواطف منفی مرتبط است که به نوبه خود باعث کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی می‌شود (۲۷) و افراد با عاطفه منفی بالا به احتمال زیادی ادراک منفی از سلامتی‌شان دارند و شکایات جسمی بیشتری را گزارش می‌کنند (۲۸). راهکارهای کنترل عواطف را می‌توان به دو دسته راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تقسیم نمود. از جمله راهکارهای سازگاران می‌توان به ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، پذیرش، دیدگاه‌پذیری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی اشاره نمود. راهکارهایی مانند ملامت خود، نشخوارگری، ملامت دیگران، فاجعه‌سازی در دسته راهبردهای ناسازگاران قرار می‌گیرند که هر کدام با توجه به پیامدهایش اثرات مثبت یا منفی بر کیفیت زندگی بیماران خواهند داشت. در نهایت لازم به ذکر هست که

References:

- 1- Shojaei F. *Quality of Life in Patients with Heart Failure*. Hayat 2008; 14(2): 13-5.
- 2- Sharpe H, Patalay P, Fink E, Vostanis P, Deighton J, Wolpert M. *Exploring the Relationship Between Quality of Life and Mental Health Problems in Children: Implications for Measurement and Practice*. Eur Child & Adolesc Psychiatry 2016; 25(6): 659-67.
- 3- Johansson P, Dahlström U, Broström A. *Factors and Interventions Influencing Health-Related Quality of Life in Patients with Heart Failure: A Review of the Literature*. Eur J Cardiovasc Nurs 2006; 5(1): 5-15.
- 4- Li L, Zhu X, Yang Y, He J, Yi J, Wang Y. *Cognitive Emotion Regulation: Characteristics and Effect on Quality of Life in Women with Breast Cancer*. Health Qual Life Outcomes 2015; 13(1): 51.
- 5- Raesi AR, Kashkoli F. *Predictive Role of Personality Traits with Mediation of Affective Control in Relationship with Irritable Bowel Syndrome (IBS) Among the Students of Bushehr University of Medical Sciences*. Iran South Med J 2016; 19(4): 559-70.
- 6- Dunham Y, Baron AS, Banaji MR. *the Development of Implicit Intergroup Cognition*. Trends Cogn Sci 2008; 12(7): 248-53.
- 7- Legerstee JS, Garnefski N, Verhulst FC, Utens EM. *Cognitive Coping in Anxiety Disordered Adolescents*. J Adolesc 2011; 34(2): 319-26.
- 8- Momeni Kh, Karami J, Shahbazi Rad A. *the Relationship Between Spirituality, Resiliency and Coping Strategies with Students' Psychological Well-Being*. J Kermanshah Uni Medical Sci 2012; 6(2): 97-103. [Persian]
- 9- Mahmoud Alilou M, Yarmohamadi Vassel M, Bayat A, Hosseini SE. *Surveying the Psychological Well-Being Components of Heart Patients Referred to Ekbatan Hospital of Hamedan, in Association with Gender, Age and Education*. Razi J Medical Sci 2016; 22(139): 35-45.
- 10- Nasiry Zarrin Ghabae D, Saber Moghadam Ranjbar M, Bagheri Nesami M, Haresabadi M. *Relationship between Mental Health and Quality of Life in Patients with Heart Failure*. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing 2015; 1(4): 21-30.
- 11- Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. *Self-Care and Quality of Life in Patients with Advanced Heart Failure: The Effect of a Supportive Educational Intervention*. Heart Lung 2000; 29(5): 319-30.
- 12- Gary R. *Self-Care Practices in Women with Diastolic Heart Failure*. Heart Lung 2006; 35(1): 9-19.
- 13- Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. *Quality-Of-Life Measurement in Chronic Heart Failure: Do We Take Account of the Patient Perspective?*. Eur J Heart Failure 2005; 7(4):572-82.
- 14- Delaware A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. 1st ed . Tehran: virayesh; 2011: 153-87. [Persian]
- 15- Yousefi F, Safari H. *Investigating the Relationship Between Emotional Intelligence and Quality of Life and its Dimensions [Dissertation]*. Tehran: Al-Zahra University; 2009. [Persian]

- 16- Williams KE, Chambless DL, Ahrens A. *Are Emotions Frightening? an Extension of The Fear of Fear Construct*. Behav Res Ther 1997; 35(3): 239-48.
- 17- Kole Marz MJ, Dortaj F, Mohammad Amini M. *Comparison of Mood And Emotional Control In Mothers of Students with and Without Learning Disabilities*. LD 2012; 2(2): 6-24. [Persian]
- 18- Asgari P, Ehteshamzadeh P, Pirzaman S. *the Relationship Between Spiritual and Androgenic Compatibility with Psychological Well-Being in Students*. Social Psychology 2009; 4(11): 33-22. [Persian]
- 19- Khoshtarash M, Momeni M, Ghanbari A, Salehzadeh AH, Rahmatpour P. *Self-Care Behaviors and Related Factors in Patients With Heart Failure Referring to Medical & Educational Center of Heart in Rasht*. J Holistic Nursing And Midwifery 2013; 23(1): 22-9. [Persian]
- 20- Nikmanesh Z, Shirazi M, Farazinezhad F. *Examining the Predictive Role of Emotional Self-Regulation in Quality of Life and Perception of Suffering Among Patients with Breast Cancer*. Middle East Journal of Cancer 2017; 8(2): 93-101.
- 21- Manju HK, Basavarajappa B. *Role of Emotion Regulation in Quality of Life*. The J Indian Psychology 2016; 4(1): 2349-2439.
- 22- Dijkhuis RR, Ziermans TB, Van Rijn S, Staal WG, Swaab H. *Self-Regulation and Quality of Life in High-Functioning Young Adults with Autism*. Autism 2017; 21(7): 896-906.
- 23- Rammstedt B, Rammsayer Th. *Geschlechterunterschiede bei der Einschätzung der eigenen Intelligenz im Kindes-und Jugendalter*. Zeitschrift für Pädagogische Psychologie/German Journal of Educational Psychology 2001; 15(3-4): 207-17.
- 24- Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper N. *Self-Care And Health-Related Quality of Life in Chronic Heart Failure: A Longitudinal Analysis*. Eur J Cardiovas Nurs 2017; 16(7): 605-13.
- 25- Koshyar H. *Nursing Theory and Theorists*. Tehran: Andishe Rafi publication; 2009. [Persian]
- 26- Snoek FJ, Skinner TC. *Psychological Counselling in Problematic Diabetes: Does it Help?*. Diabet Med 2002; 19(4): 265-73.
- 27- Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. *A Review of Psychological Correlates of Adjustment in Patients with Multiple Sclerosis*. Clinical Psychology Rev 2009; 29(2):141-53.
- 28- Williams PG, Colder CR, Lane JD, McCaskill CC, Feinglos MN, Surwit RS. *Examination of the Neuroticism-Symptom Reporting Relationship in Individuals with Type 2 Diabetes*. Personality and Social Psychology Bulletin 2002; 28(7): 1015-25.

The Role of Emotional Control, Psychological Well-Being and Self-Care Behaviors in the Quality of Life of Cardiovascular Patients

Somaye Jan Nesari¹, Ali Shaker Dioulagh^{*2}

Original Article

Introduction: The purpose of this study was to determine the role of emotional control, psychological well-being and self-care behaviors on the quality of life of cardiovascular patients in Urmia City.

Methods: This descriptive study was a correlational one. The statistical population of this study was all the cardiovascular patients referred to the hospitals and medical centers of Urmia City in the semester of 2018. The number of 135 participants were selected as a sample. Data were collected by ECS questionnaire, Reef psychological well-being (1995), European self-care behavior questionnaire for the patients with heart failure and quality of life (QOL). Data analysis was done by Pearson correlation coefficient and stepwise regression analysis with SPSS software Chicago IL Version 16 .

Results: The results showed that emotional control, psychological well-being and self-care behaviors were related to the quality of life of heart patients. The results of stepwise regression analysis showed that the present research model could explain 32% of the quality of life in the heart disease.

Conclusion: These findings suggest that psychological well-being and self-care behaviors play an important role in the quality of life of heart patients, so these findings can have important implications for tracking psychological problems in these patients.

Keywords: Emotional control, Psychological well-being, Self-care behaviors, Quality of life, Cardiac patients.

Citation: Jan Nesari S, SHaker Dioulagh A. **Role of emotional control, psychological well-being and self-care behaviors in the quality of life of cardiovascular patients..** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2020; 27(11): 2112-22.

¹Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran. sarajannesari3030@gmail.com,

²Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

*Corresponding author: Tel: 09141503762, Email: ali.shaker2000@gmail.com