

چگونه بدتنظیمی هیجانی و منبع کنترل علائم اضطرابی بیماران قلبی و عروقی را پیش بینی می کنند؟

شهین واحدی^۱، افسانه جوربنیان^{۲*}، حسین دوست کامی^۳

^۱ کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه الزهرا

A.shadi55@yahoo.com

^۲ نویسنده مسئول، دکتری روانشناسی، دانشگاه تبریز

joorbonyan69@gmail.com

^۳ دکتری حرفه‌ای، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

hosdos@yahoo.com

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی چگونگی پیش بینی علائم اضطرابی بیماران قلبی با استفاده از بدتنظیمی هیجانی و منبع کنترل انجام شد. روش شناسی: پژوهش حاضر به لحاظ روش شناختی از نوع مطالعات گذشته نگر -توصیفی و همبستگی و از نظر هدف در رده مطالعات بنیادی می باشد. جامعه هدف شامل کلیه بیماران قلبی عروقی شهرستان اردبیل بودند که از این میان ۲۴۰ بیمار به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از دو (خرده مقیاس علائم اختلالات اضطرابی) پرسشنامه شدت علائم اختلال هیجانی IDAS و پرسشنامه منبع کنترل درونی-بیرونی لونسون و مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS) مورد ارزیابی قرار گرفتند. بحث: یافته ها حاکی از آن بود که از بین ابعاد مختلف دشواری تنظیم هیجان عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی به صورت مثبت و معنادار ($R= ۶۶$) و منبع کنترل بیرونی ($R= ۴۹$) به صورت مثبت و معنادار علائم اختلال اضطرابی را پیش بینی می کنند. نتیجه گیری: از این رو به نظر می رسد در هر سطحی از پیشگیری و مداخله در روند بیماری های قلبی مورد توجه قرار دادن عوامل روانشناختی در کنار موارد زیستی و وراثتی سهم بسزایی در کیفیت مداخله و بهزیستی بیماران قلبی و عروقی ایفا نماید.

واژه های کلیدی: اختلالات اضطرابی، بیماری قلبی و عروقی، منبع کنترل، بدتنظیمی هیجانی

مقدمه

تغییر سبک زندگی، تغییرات سریع وضعیت سلامت، تغییرات جمعیت‌شناختی و فرایند افزایش سن و روبه سالمندی رفتن جوامع همراه با تحولات اقتصادی-اجتماعی منجر به روند روبه رشد ابتلا، ناتوانی‌ها و مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های مختلفی (ردی، ۲۰۰۲) از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی شده است. بیماری‌های قلبی عروقی^۱ با ۱۷ میلیون مرگ‌ومیر در سال به‌عنوان مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر در جهان معرفی شده‌اند (ندبندیوک، گدون، مندیس، پاکون و بووت، ۲۰۱۱) از این‌روست که بیماری‌های قلبی عروقی اپیدمی زمان ما محسوب می‌شوند و مهم‌ترین بیماری در جهان می‌باشند که تا سال ۲۰۲۰ باعث موربیدیته، مورتالیتی، ناتوانی و افزایش هزینه‌های درمانی شده‌اند (گازینو، ۲۰۰۵). در ایران نیز این بیماری با آماری ۳۹/۳ درصدی همچنان رتبه اول در علل مرگ‌ومیرهای نابهنگام را به خود اختصاص داده است (سماوات، حجت زاده، شمس، افخمی و مهدوی، ۲۰۱۳). عوامل بسیار متنوعی از جمله فاکتورهای زیستی همچون فشارخون بالا، چربی خون بالا، اضافه‌وزن، چاقی، دیابت شاخص‌های التهابی، انعقادی (گراندی، برور، کلمان، اسمیت و لوفانت، ۲۰۰۴) و سابقه خانوادگی (کاپ ول، آلدرد، کریتچلی، لوید ویلبامز، اوفلارتی و رینر، ۲۰۰۹) سبک زندگی ناسالم مانند، فعالیت فیزیکی ناکافی (گراندی و همکاران، ۲۰۰۴)، رژیم غذایی نامناسب (لیو، مانسون، لی، کلو، هنکنز، ویلت، ۲۰۰۰، ادمان، ۲۰۰۰) و استعمال دخانیات (پاشاروش، خوشبو، رضایی و سعیدی، ۲۰۱۰) و همچنین عوامل روان‌شناختی متعددی به‌خصوص مواردی همچون خشم (ویزبرگ، باجاج و کنترادا، ۲۰۱۶؛ اشمیت، لویز، نوبی، مورا، اسکوترو، گاتچل و کوادروز، ۲۰۱۳)، خصومت^۲ (هلند، میچل، استیل، بونتینگ و هاریسون ۲۰۱۸؛ دمبورسکی، مک‌دوگال، کاستا و گراندیتس، ۱۹۸۹)، استرس^۳ (دایمستل، ۲۰۰۸)، اضطراب^۴ (دشنی، بورنز و اشمیتز، ۲۰۱۸)، نارسایی‌های هیجانی (پرویکو، زینچنکو و استرومووا، ۲۰۱۷؛ بتمان و فونجی، ۲۰۱۰؛ گراندلی و ملوی، ۲۰۱۷) و منبع کنترل^۵ (والستون، والستون، اسمیت و دوینیس، ۱۹۸۷؛ راکیتا، هامکو، کاشمن و بووا، ۲۰۱۴) در ارتباط بوده و از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد.

اضطراب یک هیجان منفی است که با نشانه‌های بدنی مانند تنش جسمانی و ترس در مورد آینده شناخته می‌شود. اضطراب می‌تواند در انسان شامل احساس ذهنی ناآرامی، مجموعه‌ای از رفتارها (نگرانی، دلواپسی و بی‌قراری)، یا یک پاسخ فیزیولوژیکی باشد که از مغز ناشی شده است و در افزایش ضربان قلب و تنش عضلانی انعکاس می‌یابد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا ۲۰۱۳، بارلو ۲۰۰۲). گومز - کامینزو، بلوستالز، روسو و براون و کاستیلا - پونتیز، ۲۰۰۵) در مطالعه خود نشان دادند که مطالعات متعددی وجود دارند که اختلالات اضطرابی را با بیماری‌های قلبی عروقی همبسته می‌دانند.

یکی از مؤلفه‌های مهم مرتبط با اضطراب بدتنظیمی هیجانی^۶ است. تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی چگونگی تجربه، بیان و شدت فرایندهای رفتاری، تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها است (گلمان، ۱۹۹۵) که در سازگاری افراد با وقایع استرس‌زای زندگی نقش بسزایی دارد (فاکس، هانگ و سینه‌ها، ۲۰۰۸). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که تنظیم هیجانی به واسطه تغییر فرایندهای هیجانی و شناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی، استرس و اضطراب افراد اثرگذار است (گلداین و گراس، ۲۰۱۰). شواهدی از مطالعات متعدد وجود دارد که از این فرضیه که نقایص مرتبط با تنظیم هیجانی به‌طور کلی به ایجاد، رشد و تداوم حالات اضطرابی کمک می‌کند، حمایت می‌کنند (برکینگ و واپرمن، ۲۰۱۲، آلدائو و نولن هواکسما، ۲۰۱۲؛ آلدائو، نولن هواکسما و اشوایزر ۲۰۱۰).

در عین حال منبع کنترل نیز از دیگر عواملی است که در تعیین نوع، میزان و تداوم اضطراب نقش مهمی ایفا می‌کند. منبع کنترل به‌عنوان یک عامل مهم چندبعدی در طول تاریخ به شکل‌های مختلفی مطرح شده است. فلاسفه مفهوم منبع کنترل را به شکل جبر و اختیار، جامعه‌شناسان به‌صورت خودمختاری در مقابل ازخودبیگانگی و روانشناسان به‌صورت رفتارگرایی در مقابل فردگرایی موردبحث قرار داده‌اند. باوجوداین، مفهوم منبع کنترل به‌عنوان یک سازه روان‌شناختی از دهه ۱۹۶۰ به شکل رسمی موردتوجه قرار گرفت. این اصطلاح توسط جولیان راتر به‌کاربرده شده و به خصوصیتی اشاره دارد که بر اساس آن افراد احساس می‌کنند تا چه حد بر خود و موقعیت‌ها کنترل دارند به‌عبارت‌دیگر منبع کنترل اشاره به دریافت علمی پیامدهای

¹ Cardiovascular diseases

² hostility

³ Stress

⁴ anxiety

⁵ locus of control

⁶ emotional dysregulation

رفتاری دارد که عبارت است از اعتقاد به نقشی که افراد در به وقوع پیوستن رویدادهای مثبت و منفی زندگی خود دارند و میزان تلاش‌ها و کوشش‌های فرد و پذیرش مسئولیت در قبال رفتار خود را مدنظر قرار می‌دهد (راتر، ۱۹۶۶). لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) عقیده دارند هرگاه افراد با منبع کنترل درونی بر این باور باشند که می‌توانند نتایج رویدادها را تحت کنترل داشته باشند، در مقایسه با افرادی که منبع کنترل بیرونی دارند، از راهبردهای مقابله‌ای معطوف به حل مسئله استفاده خواهند کرد.

با توجه به آنچه تا بدینجا به آن اشاره شد می‌توان استنباط نمود که بیماری‌های قلبی عروقی به‌عنوان آن دسته‌از بیماری‌هایی که صرفاً منشأ فیزیولوژیکی و ارثی ندارند می‌توانند به‌شدت تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرند تا در افراد بروز کنند و یا حفظ و درمان شوند. می‌توان در کنار سایر موارد مؤثر بر بیماری‌های قلبی به نقش اضطراب، منبع کنترل بیرونی و ناتوانی در تنظیم هیجان اشاره نمود. در تبیین چگونگی ارتباط اضطراب و بیماری‌های قلبی دیدگاه‌های متفاوتی ارائه شده است رزانسکی و همکارانش (۱۹۹۹) معتقدند حساسیت زیاد سیستم اعصاب سمپاتیک^۷ باعث افزایش ضربان قلب و افزایش فشارخون می‌شود و استرس روانی - اجتماعی عامل‌های خطر بیماری‌های قلبی مانند بالا رفتن کلسترول و افزایش فشارخون را در پی دارد. فاوا (۱۹۹۶) نیز بر این باور است که اضطراب به‌صورت مستقیم و همچنین به واسطه سایر عوامل روان‌شناختی به عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی و عروقی پیوند می‌یابد. مواجهه افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی با طیف بالایی از هیجانات توانایی این گروه در تنظیم و کنترل هیجانات را بیش از سایر گروه‌ها ضروری می‌سازد. این افراد باید بتوانند در صورت مواجهه با موقعیت‌های اضطراب برانگیز به بهترین نحو هیجانات خود را در مسیری سازنده هدایت نمایند. شواهد حاکی از آن است که توانایی افراد در تنظیم هیجان باعث بهبود و ارتقاء سلامت جسمانی می‌شود (گراس، ۱۹۹۸) از سویی نتایج مطالعات مختلف از این حقیقت حکایت دارند که بین منبع کنترل بیرونی و افسردگی، پارانویا، وسواس فکری و عملی، جسمانی سازی و اضطراب رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (شریف، ۲۰۱۷؛ هو، تن، چک و ماک، ۲۰۰۸) و افراد دارای منبع کنترل بیرونی بیشتر در معرض خطرات مربوط به تجربه بیماری‌ها و سلامت روان قرار دارند (جوهرانسون، بتی و هولدرسوارت، ۲۰۰۹، اسپکتور، ۱۹۸۸). ضمن شواهدی که مؤید رابطه اضطراب و منبع کنترل بیرونی و بدتنظیمی هیجان می‌باشند، مطالعاتی وجود دارند که حاکی از همبستگی میان منبع کنترل بیرونی و بدتنظیمی هیجانی هستند (ناپ، واکفیلد، نورسی و کامپان، ۲۰۱۸؛ قنبری، عبدالرحیمی نوشاد، بزاز زاده، اسکندری و مؤذن، ۱۳۹۷، براون و شوارتز، ۲۰۱۲).

با توجه به شیوع بالای بیماری‌های قلبی در بین سنین و اقبال مختلف جامعه و فراگیر شدن عوامل برانگیزاننده در لایه‌های مختلف زندگی بشری پژوهش حاضر سعی دارد در جهت ایجاد نگرشی عمیق‌تر به سبب‌شناسی و عوامل تداوم‌بخش بروز اضطراب در بین بیماران قلبی به محققان و درمانگران کمک نماید تا با در نظر گرفتن عوامل پایدارتر روانی - شخصیتی گام مؤثرتری در جهت درمان و اعتلای سلامت جسم و روان بیماران قلبی بردارد. یافته‌های حاصل از مطالعه پیش رو و مطالعات مشابه به محققان، خود بیماران، پزشکان و برنامه ریزان عرصه سلامت کمک خواهد کرد تا در توصیف، ارزیابی و درمان بیماران قلبی صرفاً بر اضطراب بیماران تمرکز نکرده و با دیدی عمیق‌تر عوامل مؤثر بر اضطراب را نیز مدنظر قرار دهند.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ روش از نوع مطالعات گذشته‌نگر - توصیفی و همبستگی و از نظر هدف در رده مطالعات بنیادی می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه را کلیه بیماران مبتلا به انواع بیماری‌های قلبی شهرستان اردبیل تشکیل می‌دهند که از این تعداد ۲۴۰ بیمار قلبی که به درمانگاه قلب بیمارستان امام خمینی اردبیل مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به‌وسیله پرسشنامه‌های علائم اضطرابی و پرسشنامه منبع کنترل درونی - بیرونی و مقیاس دشواری تنظیم هیجان مورد ارزیابی قرار گرفتند. به این صورت که پس از تأیید ابتدای این افراد به یکی از اختلالات شایع قلبی توسط پزشک متخصص، به‌منظور رعایت اخلاق حرفه‌ای هدف از اجرای این پژوهش به‌صورت کلی برای بیماران بیان شد و پس از جلب رضایت آن‌ها و ارائه اطمینان خاطر از بابت محرمانه ماندن نتایج از آن‌ها خواسته شد با دقت به سؤالات هر یک از پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. با توجه به نحوه ارزیابی داوطلبان (پرسشنامه) دارا بودن سواد و همچنین دریافت تشخیص بیماری توسط پزشک متخصص از شرایط ورود به این مطالعه در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه علائم اضطراب: این پرسشنامه بخشی از پرسشنامه علائم اختلالات اضطرابی و افسردگی IDAS است که متشکل از ۱۷ گویه برای ارزیابی علائم اضطرابی (نفوذ افکار تروماتیک، پانیک و اضطراب اجتماعی) می‌باشد که اولین بار توسط واتسون و همکاران (۲۰۰۷) طراحی و اجرا

⁷ Sympathetic nervous system

گردید. این محققان یک گروه نمونه ۳۰۶ نفری از دانشجویان و همچنین یک گروه نمونه ۶۰۵ نفری از بیماران مبتلا به اختلالات روان شناختی را به وسیله این پرسشنامه مورد بررسی قرار دادند. میانگین همبستگی همگرا در دانشجویان ۰/۵۱ و در گروه بیماران ۰/۶۲ به دست آمد. در ایران نیز جوربنیان، عبدی و چلبیانلو (زیرچاپ) با اجرای این پرسشنامه در یک جمعیت ۳۸۵ نفری از دانشجویان ضریب پایایی عامل های پانیک، اضطراب اجتماعی و نفوذ افکار تروماتیک را به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷، ۰/۷۳ و ۰/۷۹ گزارش نمودند.

پرسشنامه منبع کنترل درونی-بیرونی لونسون (IPC): این پرسشنامه حاوی ۲۴ سؤال است که در یک طیف ۵ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود و دارای سه مؤلفه است که عبارتند از: مقیاس درونی (I): این مقیاس دارای ۸ ماده است، میزان باور افراد را نسبت به بر عهده داشتن کنترل زندگی خود اندازه گیری می کند. مقیاس قدرتمند بودن دیگران (P): این مقیاس نیز شامل ۸ ماده است و با کنترل افراد قدرتمند در ارتباط است و میزان باور افراد را به کنترل پیامدها توسط افراد قدرتمند اندازه گیری می کند. مقیاس شانس (C): این مقیاس همانند دو مقیاس دیگر دارای ۸ ماده است و در زمینه ادراک کنترل توسط عوامل تصادفی و شانس بوده و اعتقاد افراد را به میزان کنترل زندگی توسط شانس اندازه گیری می کند. نمره هر فرد در مقیاس های سه گانه بین ۰-۴۸ می باشد لونسون ضریب پایایی کودر-ریچاردسون را برای هر یک از مقیاس های IPC را به ترتیب ۰/۶۱٪، ۰/۷۷٪ گزارش کرده است (لونسون، ۱۹۷۳).

مقیاس دشواری تنظیم هیجان (DERS) مقیاس دشواری تنظیم هیجان (گرتز و رومر، ۲۰۰۴) یک ابزار ۳۶ گویه ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه های پنج درجه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه می سنجد. از مجموع نمرات شش زیرمقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می شود. نمره بیشتر در هر یک از زیرمقیاس ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. ویژگی های روان سنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان شامل همسانی درونی، پایایی باز آزمایی و روایی سازه و پیش بین در نمونه های بالینی و غیر بالینی در پژوهش های خارجی تأیید شده است (گرتز و تول، ۲۰۱۰) ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه های بالینی (۱۸۷ نفر) و غیر بالینی (۷۶۳ نفر) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته اند (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). در این پژوهش ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش های عدم پذیرش هیجان های منفی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ برای دشواری در انجام رفتارهای هدفتمند از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و برای کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد که همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تأیید می کند.

یافته ها

پس از گردآوری داده ها و استخراج اطلاعات لازم و بررسی پیش فرض های ضروری همچون نرمال بودن توزیع داده ها، فاصله ای بودن مقیاس های اندازه گیری و همگنی واریانس ها به منظور ارزیابی همبستگی متغیرهای پژوهش از روش ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که یافته های حاصل از آن در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱ ماتریس همبستگی اضطراب، ابعاد تنظیم هیجانی و منبع کنترل

میانگین (انحراف استاندارد)	۱	۲	۳	۴
۱	۵۲/۹۲ (۱۸/۱۳)			
۲	۱۳/۸۸ (۴/۵۵)	۰/۶۰***		
۳	۱۵/۱۰ (۴/۰۸)	۰/۵۸***	۰/۷۷***	
۴	۱۷/۱۳ (۴/۲۲)	۰/۴۹***	۰/۶۳***	۰/۷۹***

										۵	۱۲/۷۷ (۲/۳۵)
										۶	۲۳/۱۱ (۶/۹۷)
										۷	۹/۷۷ (۳/۲۳)
										۸	۹۱/۷۹ (۱۸/۸۷)
										۹	۳۲/۱۸ (۴/۵۴)
										۱۰	۵۲/۹۲ (۱۳/۲۳)

*=p<0.05 **=p<0.01 ***=p<0.001

مندرجات جدول همبستگی فوق نشان می‌دهد که بین اضطراب و همه ابعاد تنظیم هیجان همبستگی معناداری وجود دارد که این همبستگی در بعد فقدان آگاهی هیجانی منفی می‌باشد. همچنین بین اضطراب و هر دو بعد منبع کنترل درونی و بیرونی نیز همبستگی معناداری یافت شد که جهت این همبستگی در اضطراب و منبع کنترل درونی منفی و همبستگی بین اضطراب و منبع کنترل بیرونی مثبت می‌باشد. همچنین بین منبع کنترل بیرونی و همه ابعاد تنظیم هیجانی همبستگی معنادار یافت شد و بین منبع کنترل درونی و ابعاد دشواری در انجام رفتار هدفمند، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی و دشواری در تنظیم هیجان نیز همبستگی معنادار به دست آمد.

همچنین به منظور بررسی نقش ابعاد بدتنظیمی هیجانی در پیش‌بینی شدت علائم اضطرابی بیماران قلبی از روش رگرسیون چندگانه هم‌زمان استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه هم‌زمان جهت پیش‌بینی علائم اضطراب بیماران قلبی با استفاده از عوامل بدتنظیمی هیجانی

f	Sig	T	Beta	R ²	R	دوربین واتسون	
	.۰۰۰	۳/۹۰	۰/۳۱				عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی
۳۰/۴۲***	.۰۶۹	۰/۳۹	۰/۰۴	.۰۶۶	۰/۴۳	۱/۶۳	دشواری در انجام رفتار هدفمند
	.۰۴۸	۰/۶۹	۰/۰۵				دشواری در کنترل تکانه
	.۰۲۴	-۱/۱۶	-۰/۰۶				فقدان آگاهی هیجانی
	.۰۰۲	۲/۲۶	۰/۲۲				دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی
	.۰۰۰	۲/۶۲	۰/۱۴				عدم وضوح هیجانی

پس از ارزیابی پیش‌فرض‌های آزمون رگرسیون و کسب اطمینان از تحقق آنها، بررسی مقادیر بدست آمده در جدول ۲ نشان می‌دهد که مجموعه عوامل بدتنظیمی هیجانی می‌تواند ۶۶ درصد از علائم اضطرابی بیماران قلبی را تبیین کنند که در بین آنها عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی بیشترین سهم را داشته و دو عامل دشواری در کنترل تکانه و فقدان آگاهی هیجانی سهم معناداری ندارند. همچنین نقش پیش‌بینی کنندگی دو خرده مقیاس منبع کنترل در پیش‌بینی علائم اضطراب بیماران قلبی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج بدست آمده در جدول شماره ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه هم‌زمان جهت پیش‌بینی علائم اضطراب بیماران قلبی با منابع کنترل

f	Sig	T	Beta	R ²	R	دوربین واتسون	
۳۷/۶۵***	.۰۱۱	-۱/۵۹	-۰/۰۹	.۰۴۹	۰/۲۴	۱/۴۴	منبع کنترل درونی
	.۰۰۰	۸/۲۳	۰/۴۷				منبع کنترل بیرونی

طبق مندرجات جدول شماره ۳ منبع کنترل می‌تواند به صورت مثبت ۴۹ درصد علائم اضطراب بیماران قلبی را پیش‌بینی کند که از بین دو بعد منبع کنترل، تنها منبع کنترل بیرونی نقش معناداری را در این پیش‌بینی ایفا نموده است.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه سعی شد تا نقش بدتنظیمی هیجانی و منبع کنترل به عنوان دو عامل مهم و تأثیرگذار روانشناختی در پیش بینی شدت علائم اضطرابی بیماران قلبی و عروقی مورد بررسی قرار گیرد. در واقع منابع کنترل یکی از فاکتورهای روانشناختی بنیادی به شمار می‌رود که نقش آن‌ها در بروز بیماری‌های قلبی و عروقی و اضطراب انکارناپذیر می‌نماید است. فرد دارای منبع کنترل درونی خود را قادر به تحت تأثیر قرار دادن اغلب موقعیت‌های زندگی دانسته و در این راستا نقشی فعال ایفا می‌کند (لونسون، ۱۹۷۳) در مقابل فرد دارای منبع کنترل بیرونی قدرت اختیار چندانی برای خود قائل نبوده و با نوعی احساس درماندگی خود را محکوم به تجربه بسیاری از رویدادهای زندگی می‌بیند (کلین و کلر، ۱۹۹۰). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که منبع کنترل درونی به صورت منفی با شدت علائم اختلالات اضطرابی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی همبستگی دارد. این یافته با مطالعه سلطانی، حسنی، گلشنی و کوچک انتظار (۱۴۰۰) همسو است.

به نظر می‌رسد چون افراد دارای منبع کنترل درونی خود را دارای قدرت تأثیرگذاری بر خود، جامعه و دیگران می‌دانند با انجام اقدامات فعالانه با سعی برای تحت کنترل درآوردن منابع اضطراب از میزان اضطراب خود بکاهند و به این طریق زمینه را برای تجربه احساس آرامش خود فراهم سازند. از سویی این گونه به نظر می‌رسد که چنانچه افراد با منبع کنترل درونی به بیماری‌های قلبی و عروقی مواجه شوند بیش از افراد دارای منبع کنترل درونی به صورت فعال فرایندهای درمانی را پیگیری نمایند، چرا که با در نظر گرفتن نقش مؤثر خود برای رفع و درمان بیماری با ایجاد احساس امید به درمان اضطراب و نگرانی‌های ناشی از بیماری را به حداقل می‌رسانند و رفتارهای سالم‌تری را از خود بروز می‌دهند. از دیگر سو مشخص شد که بین اضطراب و منبع کنترل بیرونی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد، در تبیین این یافته به نظر می‌رسد افراد دارای منبع کنترل بیرونی که معمولاً تحت تأثیر شانس و افراد قدرتمندتر قرار دارند با تجربه احساس درماندگی و ناکامی‌های پی‌درپی با اتخاذ یک رویه انفعالی در بلندمدت بیش از سایرین حالات اضطرابی و روان رنجوری را تجربه نمایند. از سویی این ختمشی انفعالی آن‌ها را از پیگیری فرایندهای درمانی سست می‌کند و باعث می‌شود به مرور زمان با مشاهده پیشروی بیماری اضطرابی مضاعف را تجربه نموده و صدمات روحی و جسمانی آن‌ها تشدید گردد.

همچنین نتایج نشان داد که سه بعد عدم پذیر پاسخ‌های هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی به عنوان ابعاد مختلف بدتنظیمی هیجانی علائم اضطرابی بیماران قلبی را پیش بینی می‌کنند. عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی به معنای احساس شرم، عصبانیت و خجالت کلافگی بخاطر داشتن هیجانانگیز منفی است. در افراد با بی‌نظمی هیجانی چرخه رنج هیجانی همچنان ادامه داشته لذا منجر به عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی می‌شود. مگر اینکه این افراد به توقف افکار منفی و القاء افکار مثبت بپردازند تا از حس پریشانی هیجانی خود کاسته و احساس گناه ناشی از هیجانانگیز منفی را از بین ببرند به نظر می‌رسد ناتوانی در پذیرش هیجانانگیز منفی در افراد دچار بیماری‌های قلبی با نوعی خود سرزنشگری در خصوص نداشتن مراقبت کافی از خود یا انتقاد دائمی از عوامل بیرونی سبب‌ساز بیماری همراه می‌شود که زمینه را برای تشدید علائم اضطرابی فراهم می‌کند (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). از سویی دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان در افراد ایجاد شرایط احساس گناه و عدم پذیرش خود و عدم توانایی مدیریت روابط اجتماعی و اجتناب از برقراری روابط اجتماعی می‌شود در نتیجه سیکل معیوب کاهش روابط اجتماعی و عدم توانایی در کنترل هیجانانگیز منجر به تقویت احساس افسردگی و اضطراب در این افراد می‌شود (پارسامنش و همکاران، ۱۳۹۶).

از دیگر شاخص‌های بدتنظیمی هیجان می‌توان به عدم وضوح هیجانی اشاره نمود. از آنجایی که نبود وضوح هیجانی به ابهام و عدم تمایز میان هیجان‌ها و پیامدهای انگیزشی نهفته در آنها اشاره دارد (مین، هیکیبرگ، تارگ و فرسکو، ۲۰۰۵). با توجه به این حقیقت که افرادی که شفافیت کافی نسبت به نوع و اهمیت هیجان خود ندارند، در طولانی مدت بخاطر فعالیت نامناسب غدد درون‌ریز آسیب‌های روانی و جسمانی زیادی را متحمل می‌شوند که از جمله آنها می‌توان به اضطراب و به دنبال آن شروع یا تشدید انواع بیماری‌های روان‌تنی از جمله بیماری‌های قلبی را نام برد که این مطالعه همسو با یافته‌های پژوهش‌های متعددی که در این حوزه صورت گرفته بار دیگر پیوند بین بدتنظیمی هیجانی و شدت علائم اضطرابی را به‌خصوص در بیماران قلبی و عروقی (آپلتون و کوبزانسکی، ۲۰۱۴) تأیید می‌کند. از این رو به نظر می‌رسد در هر سطحی از پیشگیری و مداخله در روند بیماری‌های قلبی مورد توجه قرار دادن عوامل روانشناختی در کنار موارد زیستی و وراثتی سهم بسزایی در کیفیت مداخله و بهزیستی بیماران قلبی و عروقی ایفا نماید.

منابع

- بشارت، محمدعلی و بزازیان، سعیده. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی*، ۸۴، ۶۱-۷۰.
- سلطانی، شیوا؛ حسنی، فریبا؛ گلشنی، فاطمه و کوچک انتظار، رویا. (۱۴۰۱). تدوین مدل ساختاری کیفیت زندگی بیماران قلبی بر اساس کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری با نقش میانجی ناگویی خلقی و انعطاف‌پذیری شناختی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۴).
- قنبری فرشته، عبدالرحیمی نوشاد لیلا، بزاز زاده نیلوفر، اسکندری آرزیتا، مؤذن نسربین. بررسی مقایسه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و منبع کنترل سلامت در کودکان مبتلا به آسم و بهنجار. *پژوهش پرستاری*. ۱۳۹۷؛ ۱۳ (۳): ۷۶-۸۲.
- نیک دانش، میثم؛ دوازده امامی، محمدحسن، قیداری، محمد اسماعیل، بختیاری، مریم و محمدی ابوالفضل. (۲۰۱۷). تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی در افراد مبتلا به بیماری‌های کرونری قلب: یک مطالعه تطبیقی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۲۸(۶)، ۳۸۴-۳۹۳.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?. *Journal of abnormal psychology*, 121(1), 276.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Appleton, A. A., & Kubzansky, L. D. (2014). Emotion regulation and cardiovascular disease risk.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11-15.
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 128-134.
- Brown, O., & Swartz, E. (2012). Emotional intelligence and locus of control of adult patients with breast cancer receiving treatment. *South African Family Practice*, 54(2), 139-144.
- Capewell, S., Allender, S., Critchley, J., Lloyd-Williams, F., O'Flaherty, M., Rayner, M., & Scarborough, P. (2009). Modelling the UK burden of cardiovascular disease to 2020.
- Dembroski, T. M., MacDougall, J. M., Costa, P. T., & Grandits, G. A. (1989). Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosomatic Medicine*.
- Deschênes, S. S., Burns, R. J., & Schmitz, N. (2018). Trajectories of anxiety symptoms and associations with incident cardiovascular disease in adults with type 2 diabetes. *Journal of psychosomatic research*, 104, 95-100.
- Dimsdale, J. E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(13), 1237-1246.
- Fava, M., Abraham, M., Pava, J., Shuster, J., & Rosenbaum, J. (1996). Cardiovascular risk factors in depression: the role of anxiety and anger. *Psychosomatics*, 37(1), 31-37.
- Fox, H. C., Hong, K. A., & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive behaviors*, 33(2), 388-394.
- Gazino, J. M. (2005). Heart disease a text book of cardiovascular medicine USA. 7. *WB Saunders Company. Philadelphia, Pennsylvania*, 7.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83.
- Gomez-Camirero, A., Blumentals, W. A., Russo, L. J., Brown, R. R., & Castilla-Puentes, R. (2005). Does panic disorder increase the risk of coronary heart disease? A cohort study of a national managed care database. *Psychosomatic Medicine*, 67(5), 688-691.
- Grandey, A. A., & Melloy, R. C. (2017). The state of the heart: Emotional labor as emotion regulation reviewed and revised. *Journal of occupational health psychology*, 22(3), 407.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, 107-133.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224.
- Grundy, S. M., Brewer Jr, H. B., Cleeman, J. I., Smith Jr, S. C., & Lenfant, C. (2004). Definition of metabolic syndrome: report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation*, 109(3), 433-438.

- Ho, R. C., Tan, J., Cheak, A., & Mak, A. (2008). 46. Depression and anxiety, health locus of control and quality of life among gouty arthritis males. *Brain Behavior and Immunity*, 4(22), 13.
- Holland, A. K., Mitchell, G. A., Steele, A., Bunting, J., & Harrison, D. W. (2018). Hostility and cognitive control: Evidence of increased cardiovascular reactivity as a function of exposure to affective stress using a dichotic listening paradigm. *International Journal of Psychophysiology*, 131, 57-66.
- Hope, N. H., Wakefield, M. A., Northey, L., & Chapman, A. L. (2018). The association between locus of control, emotion regulation and borderline personality disorder features. *Personality and mental health*.
- Johnson, S. J., Batey, M., & Holdsworth, L. (2009). Personality and health: The mediating role of trait emotional intelligence and work locus of control. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 470-475.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 41(3), 397.
- Ndindjock, R., Gedeon, J., Mendis, S., Paccaud, F., & Bovet, P. (2011). Potential impact of single-risk-factor versus total risk management for the prevention of cardiovascular events in Seychelles. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 286-295.
- PASHAROUSH, L., KHOUSHBOU, S., Rezaei, M., & SAEIDI, M. R. (2010). Frequency and related factors of smoking in high school girls in Kermanshah (2004).
- Pervichko, E., Zinchenko, Y., & Ostroumova, O. (2017). A violation of emotion regulation as a central link in pathogenesis of stress-induced hypertension. *European Psychiatry*, 41, S317.
- Rakita, V., Homko, C., Kashem, A., & Bove, A. (2014). Behavioral locus of control and reduction of cardiovascular disease risk. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(12 Supplement), A1352.
- Reddy, K. S. (2002). Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions, determinants, dynamics and directions for public health action. *Public health nutrition*, 5(1a), 231-237.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease. *Circulation*, 99, 2117-2192.
- Samavat T, Hojat Zadeh E, Shams M, Afkhami A, Mahdavi A, Bashti S, et al. Methods of prevention and control - CardioVascular Disease. 2th ed. Tehran: Mehravesh; 2013. Persian
- Schmidt, M. M., Lopes, R. D., Newby, L. K., Moura, M. R., Stochero, L., Gottschall, C. M., & Quadros, A. S. (2013). Anger control and cardiovascular outcomes. *International journal of cardiology*, 168(4), 4338-4339.
- Sharif, S. P. (2017). Locus of control, quality of life, anxiety, and depression among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of uncertainty. *European Journal of Oncology Nursing*, 27, 28-35.
- Spector, P. E. (1988). Development of the work locus of control scale. *Journal of occupational psychology*, 61(4), 335-340.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., Smith, S., & Dobbins, C. J. (1987). Perceived control and health. *Current Psychology*, 6(1), 5-25.
- Watson, D., O'Hara, M. W., Simms, L. J., Kotov, R., Chmielewski, M., & et al. (2007). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological Assessment*, 19(3), 253-68.
- Weisberg, H. R., Bajaj, A., & Contrada, R. J. (2016). Dispositional behavioral activation: Relationships with cardiovascular activity during anger and sadness. *Personality and Individual Differences*, 98, 42-47.