

مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، خوش بینی و رضایت از زندگی در بین افراد مبتلا به بیماری های قلبی عروقی و گوارشی

علی عیسی زادگان^۱، هوشنگ آقایانزاده^۲، سیامک شیخی^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۱۱/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۲/۲۸

چکیده

پیش زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، خوش بینی و رضایت از زندگی در بین افراد مبتلا به بیماری های گوارشی و قلبی عروقی بود.

مواد و روش کار: طرح این پژوهش از نوع مطالعات علی - مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران قلبی عروقی و گوارشی مراجعه کننده به بیمارستان شهید عارفیان شهرستان ارومیه در ماه های مرداد و شهریور سال ۱۳۹۳ تشکیل می دهند که از این جامعه نمونه ای به حجم ۱۶۰ آزمودنی (۸۰ نفر بیمار قلبی عروقی و ۸۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال گوارشی) به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (CERQ)، آزمون بازنگری شده جهت گیری زندگی (LOT-R) و مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) را تکمیل کردند. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها در نرم افزار SPSS با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)، آزمون مقایسه های زوجی LSD و آزمون t مستقل مورد آزمون قرار گرفتند. یافته ها: تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که بین بیماران قلبی و گوارشی در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خوش بینی تفاوت معنی دار وجود دارد (۰/۰۱)، ولی در متغیر رضایت از زندگی بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری: انجام اقداماتی برای بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران قلبی و افزایش میزان خوش بینی در هر دو گروه بیماران قلبی و گوارشی مخصوصاً در بیماران قلبی برای بهبود رضایت زندگی این بیماران ضروری است.

کلیدواژه ها: تنظیم شناختی هیجان، خوش بینی، رضایت از زندگی، بیماری های قلبی عروقی و گوارشی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره پنجم، پی در پی ۷۰، مردادماه ۱۳۹۴، ص ۴۵۰-۴۴۰

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی، ارومیه، ایران، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۲۲۹۳۰

Email: siamak37@yahoo.com

مقدمه

به ویژه بیماری عروق کرونری قلب^۵ یکی از سه علت مرگ و میر در کنار سرطان و سکنه مغزی در اکثر کشورهای صنعتی به شمار می روند (۲). امروزه متخصصان قلب و عروق، عوامل جسمی شناخته شده ای را با بروز بیماری عروق کرونری مرتبط می دانند از جمله این عوامل عبارت اند از: فشار خون بالا، سطح بالای کلسترول بد^۶، دیابت، کمبود فعالیت بدنی، مصرف، سیگار، چاقی و سابقه بیماری قلبی در خانواده (۳).

در جهان امروز بررسی و مطالعه اختلال هایی که دارای ریشه روان شناختی هستند بیش از پیش مورد توجه روان شناسان قرار گرفته است و اغلب آن ها معتقدند که برخی از عوامل روان شناختی از جمله ویژگی های شخصیتی می توانند فرد را مستعد ابتلا به بیماری های روان تنی کنند. از جمله بیماری هایی که به نظر می رسد متاثر از عوامل روان شناختی باشند، بیماری های قلبی و عروقی هستند (۱). امروزه بیماری های قلبی^۴

^۱ دانشیار روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، ارومیه، ایران

^۳ استادیار گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۴ Heart Disease

^۵ Coronary Heart Disease

^۶ Low Density Lipoprotein

بالین‌وجود، شواهد حاکی از آن است که این موارد حداکثر ۵۰٪ از بروز بیماری کرونر قلبی را پیش‌بینی می‌کنند و عوامل جسمانی جسمانی فوق به تنهایی قادر به تبیین بروز و تداوم بیماری کرونر قلبی نیستند (۴). در این میان، پیشرفت‌های نوین پزشکی رفتاری توجه متخصصان روان‌شناسی تندرستی را به نقش کلیدی عوامل غیرزیستی در بیماری کرونر قلبی معطوف ساخته است و چندی است که پژوهش‌ها درباره سبب شناسی این بیماری متوجه عوامل روان‌شناختی و عوامل روانی اجتماعی شده است (۵). تاکید اصلی پژوهش‌ها طی دهه‌های اخیر متمرکز بر نقش عوامل هیجانی در بروز و پیشرفت کرونر قلبی بوده است (۶). در این میان علاوه بر بیماری‌های قلبی عروقی، بیماری‌های دستگاه گوارش نیز به نظر می‌رسد متاثر از عوامل روان‌شناختی باشند. بیماری‌های دستگاه گوارش به همه بیماری‌هایی که مربوط به دستگاه گوارش باشد گفته می‌شود، این بیماری‌ها شامل بیماری‌های مری، معده، روده (مانند سندرم روده تحریک‌پذیر^۱ و بیماری التهابی روده^۲)، کبد (مانند هپاتیت^۳)، لوزالمعده (پانکراتیک^۴)، کیسه صفرا (سنگ کیسه صفرا) و غیره می‌شود. سیستم گوارشی انسان یکی از ضروری‌ترین و حساس‌ترین قسمت‌های بدن به شمار می‌رود و زمانی که عملکرد این سیستم دچار اختلال می‌گردد، دیگر قسمت‌های بدن نیز با مشکل مواجه می‌شوند. بیماری‌های گوارشی از لحاظ درخواست مشاوره روان‌پزشکی در بین بیماری‌های طبی رتبه اول را دارند که این موضوع بازتابی از شیوع بالای این بیماری‌ها و ارتباط اختلال‌های روان‌پزشکی با علائم جسمی بیماری‌های دستگاه گوارش است. همچنین درصد بالایی از بیماری‌های دستگاه گوارش، بیماری‌های عملکردی هستند (مانند سندرم روده تحریک‌پذیر) و شواهد گویای شیوع بیشتر اختلال‌های روان‌شناختی در این طبقه از اختلالات گوارشی است (۱). بیماری‌های عملکردی دستگاه گوارش بیماری‌های مزمنی هستند که با علت نامشخص، ملاک‌های تشخیصی سوال برانگیز، همراهی با اختلال‌های روان‌شناختی و تأثیر دارویی اندک مشخص می‌شوند؛ و در بسیاری از موارد، عوامل روان‌شناختی در سبب شناسی، تشدید علائم و پیش‌آگهی آن‌ها تأثیر قابل توجهی دارند (۸،۷).

از سویی، یکی از تعیین‌کننده‌های چگونگی مقابله با تنیدگی، نگرش فرد نسبت به زندگی و ارزیابی کلی وی از رویدادهای زندگی است. آنچه از آن تحت عنوان رضایت از زندگی^۵ نام برده

می‌شود. رضایت از زندگی مؤلفه‌ای از بهزیستی^۶ است. رضایت از زندگی قضاوت فرد در مورد مطلوبیت کلی زندگی خود است به این معنا که هر فردی جنبه‌های مثبت و منفی زندگی خود را ارزش‌گذاری کرده و سپس به یک قضاوت کلی در مورد میزان رضایت از زندگی خود دست می‌یابد (۹). رضایت از زندگی ارزیابی کلی هر فرد از زندگی‌اش نیز تعریف شده است (۱۰). در این راستا نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه رضایت از زندگی و شاخص‌های مختلف بهداشت روانی است. در پژوهشی مشخص شد که بین کیفیت زندگی (شامل، رضایت از زندگی، سلامت جسمی و اجتماعی) و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر رابطه وجود دارد (۱۱).

از دیگر متغیرهایی که در سال‌های اخیر علایق پژوهشی زیادی را در حوزه‌های روان‌شناسی اجتماعی، بالینی و شخصیت برانگیخته است، مفاهیم خوش‌بین و بدبینی است (۱۲). خوش‌بینی یک انتظار کلی است حاکی از این‌که در آینده، رویدادهای خوب بیشتر اتفاق خواهند افتاد. بر اساس نظریه یو کارور^۷ (۱۹۸۵) خوش‌بینی و بدبینی، انتظار پیامدهای مثبت و منفی تعمیم‌یافته در نظر گرفته می‌شود و این متغیرها، تفاوت‌های فردی نسبتاً ثابت مؤثر در افزایش یا کاهش بهزیستی روان‌شناختی را بازتاب می‌کنند. به‌طور خاص آن‌ها اعتقاد دارند که خوش‌بینی با پیامدهای مثبت ارتباط دارد و فرد را به‌طرف چنین پیامدهایی سوق می‌دهد، درحالی‌که بدبینی با پیامدهای منفی مرتبط است. نظر بر این است که افراد خوش‌بین در رویارویی با دشواری‌ها به دنبال کردن هدف‌های با ارزش خود ادامه می‌دهند و با بکارگیری راهبردهای کنارآمدن مؤثر، حالت‌های شخصی خودشان را تنظیم می‌کنند تا اینکه بتوانند به هدف‌های خود برسند (۱۳). نتایج پژوهش‌ها نیز حاکی از این امر است که در کل خوش‌بینی و بدبینی به ترتیب با سازگاری و ناسازگاری روان‌شناختی رابطه دارند و در این میان خوش‌بینی پیش‌بین معتبری برای سلامت جسمانی و روانی از جمله خلق مثبت، پاسخ مثبت به مداخله‌های پزشکی، نیرومندی ایمنی‌شناختی^۸، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت می‌باشد (۱۴،۱۵).

در این راستا، چنانکه مطرح گردید، در بیماری‌های قلبی عروقی و گوارشی، هیجان‌ها (بیان یا سرکوب آن‌ها) از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر هستند که می‌توانند در بروز یا تشدید این بیماری‌ها سهم داشته باشند، در این رابطه یکی از راهبردهای مهمی که در تنظیم هیجان نقش اساسی دارد " راهبردهای تنظیم

¹ Irritable Bowel Syndromes

² Inflammatory Bowel Disease

³ Hepatitis

⁴ Pancreatic

⁵ Life Satisfaction

⁶ Well - Being

⁷ Sceier& Carver

⁸ Immunological

شناختی هیجان^۱ است که به واسطه آن اطلاعات ورودی برانگیزاننده هیجان تحت کنترل شخصی فرد قرار می‌گیرند، به‌ویژه در مواقعی که فرد با یک تجربه هیجانی منفی یا یک رویداد تهدیدکننده مواجه می‌شود (۱۶). به‌طور اخص تنظیم هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که به‌منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود و شکل خاصی از خودتنظیمی است (۲). هیجان یک آشفتگی زودگذر و مداوم در ذهن است که به علت تفاوت بین واقعیت ادراک‌شده و تمایلات فردی ایجاد می‌شود (۱۷)، هیجان‌ها در هر لحظه می‌توانند پاسخ‌های فیزیولوژیکی، تعامل‌های اجتماعی و فرایندهای ذهنی مانند توجه، تصمیم‌گیری و حافظه را تحت تأثیر قرار دهند (۱۸)، هیجان‌ها به افراد کمک می‌کنند تا بتوانند به مشکلات و فرصت‌هایی که در زندگی با آن‌ها مواجه می‌شوند، سازگارانده پاسخ دهند (۱۹). با این وجود، هیجان‌ها همیشه مفید نیستند و می‌توانند آسیب‌زا باشند و زمینه مشکلات هیجانی را فراهم کنند (۲۰). از سویی تنظیم هیجانی به‌عنوان یک واسطه در زمینه سازگاری با استرس مطرح می‌شود (۲۱) و افرادی که از راهبردهای شناختی ناسازگارانده استفاده می‌کنند بیشتر از افرادی که درگیر راهبردهای سازگارانده می‌شوند، استرس را تجربه می‌کنند. مطالعات در این خصوص نشان می‌دهد که بازداری هیجان‌های منفی موجب افزایش فعالیت سمپاتیک نظام قلبی عروقی می‌شود (۲۲).

به‌طور کلی، از آنجایی که طب روان‌تنی حوزه‌ای است که به بررسی بیماری‌های جسمی از نقطه‌نظر اختلالات هیجانی می‌پردازد، انجام اقداماتی که دربرگیرنده درمان دارویی و غیر دارویی جهت رفع و کاهش مشکلات هیجانی بیماران قلبی عروقی و گوارشی که شیوع بالایی دارند، ضروری به نظر می‌رسد. همچنین توجه به برخی از راهکارها جهت درمان، می‌تواند پیامدهای منفی این بیماری را کاهش و بر بهبود کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد. فرض بر این است که اختلالات قلبی عروقی و گوارشی می‌توانند از مداخلات مبتنی بر هیجان و پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه سود ببرند. از این‌رو، با توجه به مطالب مطرح‌شده و اهمیت موضوع پژوهش حاضر با هدف مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، خوش‌بینی و رضایت از زندگی در بیماران قلبی عروقی و گوارشی انجام گرفت.

مواد و روش کار

طرح پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی است و به لحاظ گردآوری داده‌ها به طرح‌های علی - مقایسه‌ای تعلق دارد. جامعه

آماري این پژوهش را کلیه بیماران قلبی عروقی و گوارشی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید عارفیان شهرستان ارومیه در ماه‌های مرداد و شهریور سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دهند که با توجه به سابقه بیماران در سال‌های گذشته ۴۰۰ تا ۵۰۰ نفر تخمین زده شد که با در نظر گرفتن حجم جامعه فوق و با استفاده از جدول نمونه‌گیری مورگان، نمونه‌ای به حجم ۱۶۰ آزمودنی (۸۰ نفر بیمار قلبی عروقی و ۸۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال گوارشی) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به‌طوری که ۸۰ نفر بیمار قلبی عروقی و ۸۰ نفر بیمار گوارشی از لحاظ سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل هم‌تاسازی شدند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر عبارت بودند از: داشتن سن ۲۳ تا ۵۰ سال برای هر دو گروه، نداشتن سابقه بستری به علت اختلال روانی برای هر دو گروه، ابتلا به بیماری قلبی از نوع کرونر و نداشتن بیماری گوارشی در گروه بیماران قلبی، نداشتن سابقه بیماری قلبی برای گروه بیماران گوارشی، حداقل سطح سواد دوم راهنمایی برای دو گروه، دارا بودن شرایط جسمانی لازم جهت پاسخگویی به پرسشنامه و رضایت کامل برای هر دو گروه. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها در برنامه SPSS با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)، آزمون مقایسه‌های زوجی LSD و آزمون t مستقل مورد آزمون قرار گرفتند.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی، کرایچی و اسپینهوون^۲ (۲۳) به‌منظور ارزیابی نحوه‌ی تفکر افراد بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی ابداع‌شده و دارای ۳۶ گویه است که بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت، در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. عبارات این پرسشنامه از نظر مفهومی ۹ خرده‌مقیاس متمایز از هم را تشکیل می‌دهند که هر یک به‌منزله راهبردی خاص از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و دارای ۴ عبارت است. نمره‌ی هر راهبرد از طریق جمع نمرات داده‌شده به هر یک از عبارات تشکیل‌دهنده‌ی آن راهبرد به دست می‌آید و می‌تواند در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰ قرار بگیرد. به‌جز این، راهبردهای مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، تمرکز بر رفتار و مصیبت‌بار تلقی کردن، در جمع با یکدیگر، راهبردهای «منفی» تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند و راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، باز ارزیابی مثبت و درجای حقیقی خود قرار دادن، بر روی هم راهبردهای «مثبت» تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. از جمع کل نمرات ۳۶ عبارت نیز یک نمره‌ی کلی به دست می‌آید که بیانگر استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است و

². Garnefski, Kraaij&Spinhoven

¹. Cognitive Emotion Regulation Strategy

یافته‌ها

جدول (۱) شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو

گروه بیماران قلبی عروقی و گوارشی

بیماران قلبی - عروقی		بیماران گوارشی	
میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
معیار	معیار		
۱۳/۰۲	۴/۱۳	۱۱/۵۱	۲/۲۸
۱۲/۳۴	۳/۷۷	۱۱/۲۵	۲/۱۶
۱۳/۷۱	۳/۴۰	۱۲/۲۱	۱/۱۵
۱۳/۶۰	۴/۶۳	۱۱/۷۱	۲/۷۲
۸/۲۹	۲/۶۸	۱۰/۴۰	۲/۶۰
۱۲/۴۵	۵/۲۷	۱۳/۳۴	۳/۵۷
۷/۸۵	۱/۴۲	۱۱/۵۸	۳/۴۶
۱۰/۱۴	۲/۰۹	۱۱/۴۱	۴/۲۸
۸/۱۶	۲/۱۹	۹/۲۶	۲/۶۰
۵۲/۶۶	۸/۱۹	۴۶/۷۰	۱۱/۲۸
۴۰/۰۴	۷/۶۴	۴۷/۵۱	۹/۰۲
۹۴/۸۹	۹/۴۵	۹۹/۰۰	۱۱/۴۶
۱۲/۲۶	۳/۲۴	۱۴/۹۱	۴/۲۸
۱۶/۲۱	۴/۱۰	۱۷/۶۲	۵/۶۰

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری، پیش‌فرض همگنی واریانس با آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در برخی از متغیرهای مربوط به تنظیم شناختی هیجان تأیید و در برخی دیگر تأیید نگردید. چنانکه در جدول (۲) ملاحظه می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارند. این نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه بیماران قلبی عروقی و گوارشی حداقل از نظر یکی از متغیرهای تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بدین ترتیب به‌منظور بررسی تفاوت‌های دو گروه در متغیر تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شد.

می‌تواند در دامنه‌ای از ۳۶ تا ۱۸۰ قرار گیرد. پایایی کل راهبردهای «مثبت»، «منفی» و «کل شناختی» با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آمده است (۲۳). پایایی پرسشنامه در فرهنگ ایرانی را یوسفی (۲۴) در نمونه‌ای متشکل از آزمودنی‌های ۱۵ تا ۲۵ سال، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای «کل شناختی» برابر ۰/۸۲ گزارش کرده است.

آزمون بازنگری شده جهت‌گیری زندگی^۱ (۲۵) نسخه کوتاه شده آزمون جهت‌گیری زندگی^۲ (LOT) شییر و کارور (۱۳) است که تفاوت‌های فردی در خوش‌بینی - بدبینی را می‌سنجد. از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود تا میزان توافقشان را برای هر یک از ماده‌ها، بر پایه مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای درجه‌بندی کنند و دامنه‌ای از صفر (کاملاً مخالفم) تا چهار (کاملاً موافقم) دارد. این مقیاس ۱۰ ماده‌ای، دارای سه ماده درباره خوش‌بینی، سه ماده درباره بدبینی و چهار ماده «پرکننده» (ماده‌هایی از یک آزمون که سنجش آن‌ها هدف اصلی آزمون نیست ولی به‌منظور این که آزمودنی نسبت به ماده‌های اصلی آزمون حساس نشود به‌کاربرده می‌شوند) می‌باشد. پس از معکوس کردن نمرات به دست آمده از پرسش‌های بدبینی، مجموع نمرات ماده‌های خوش‌بینی و بدبینی به‌عنوان نمره کلی خوش‌بینی محاسبه می‌گردد. نمره‌های بالاتر در LOT-R در مجموع گویای گرایش بیشتر به انتظار نتایج مثبت‌تر در برابر نتایج منفی‌تر است. شییر و کارور (۱۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۷۹ (با چهار هفته فاصله) را برای یک گروه از دانشجویان گزارش کردند. پایایی ضریب آلفا در نمونه‌ای شامل ۵۹ زن دچار سرطان سینه ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی با فاصله ۱۲ ماه ۰/۷۴ بوده است (۲۵).

مقیاس رضایت از زندگی^۳ (SWLS) ۵ سؤال، توسط دینر^۴ و همکاران (۲۶) جهت سنجش میزان رضایت کلی از زندگی تهیه شده است. شیوه نمره‌گذاری هر سؤال به‌صورت لیکرت ۷ درجه‌ای است. به‌طوری که ۱ برای کاملاً مخالفم، ۲ برای مخالفم، ۳ برای کمی مخالفم، ۴ برای نه موافقم و نه مخالفم، ۵ برای کمی موافقم، ۶ برای موافقم و ۷ برای کاملاً موافقم. بالاترین نمره ۳۵ و پایین‌ترین نمره ۵ است. دینر و همکاران (۱۹۸۵) اعتبار درونی مطلوبی (آلفای کرونباخ ۰/۸۹) را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. احدی و همکاران (۲۷) نیز ضریب پایایی ۰/۸۱ را برای این مقیاس به دست آوردند.

^۱ life orientation test-revised^۲ Life orientation test^۳ Satisfaction with life scale^۴ Diener

جدول (۲): نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای دو گروه بیماران قلبی و گوارشی

نام آزمون	ارزش	F	معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۲۰۵	۳/۱۶	۰/۰۰۰۱
لاندای ویلکز	۰/۷۹۵	۳/۱۶	۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۲۵۸	۳/۱۶	۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۲۵۸	۳/۱۶	۰/۰۰۰۱

جدول (۳): نتایج تحلیل واریانس چندگانه تفاوت نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خوش‌بینی و بدبینی در دو گروه بیماران قلبی و گوارشی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
سرزنش خود	۹۱/۵۰	۱	۹۱/۵۰	۵/۱۶	۰/۰۲۴
سرزنش دیگران	۴۷/۳۰	۱	۴۷/۳۰	۲/۹۹	۰/۰۸۶
نشخوار ذهنی	۹۰/۰۰	۱	۹۰/۰۰	۸/۳۶	۰/۰۰۴
فاجعه‌آمیز پنداری	۱۴۲/۵۰	۱	۱۴۲/۵۰	۶/۵۰	۰/۰۱۲
پذیرش	۱۷۸/۵۰	۱	۱۷۸/۵۰	۶/۹۰	۰/۰۰۹
توجه مجدد به برنامه‌ریزی	۳۱/۵۰	۱	۳۱/۵۰	۱/۱۸	۰/۲۷۸
توجه مثبت مجدد	۵۵۵/۰۲	۱	۵۵۵/۰۲	۲۵/۰۱	۰/۰۰۰۱
بازارزیابی مثبت	۶۵/۰۲	۱	۶۵/۰۲	۲/۴۰	۰/۱۲۳
اتخاذ دیدگاه	۴۸/۴۰	۱	۴۸/۴۰	۲/۵۸	۰/۱۱۰
طیف راهبردهای منفی	۱۴۲۲/۰۵	۱	۱۴۲۲/۰۵	۵/۹۶	۰/۰۱۶
طیف راهبردهای مثبت	۲۲۳۵/۰۲	۱	۲۲۳۵/۰۲	۵/۱۷	۰/۰۲۴
تنظیم هیجانی کل	۶۷۶/۵۰	۱	۶۷۶/۵۰	۶/۱۷	۰/۰۱۴

شناختی هیجان ($F=۶۷۶/۵۰$, $P=۰/۰۱۴$) تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود دارد؛ اما در متغیرهای مربوط به سرزنش دیگران ($F=۴۷/۳۰$, $P=۰/۰۸۶$)، توجه مجدد به برنامه‌ریزی ($F=۳۱/۵۰$ ، $P=۰/۲۷۸$)، باز ارزیابی مثبت ($F=۶۵/۰۲$ ، $P=۰/۱۲۳$) و اتخاذ دیدگاه ($F=۴۸/۴۰$ ، $P=۰/۱۱۰$) این تفاوت بین میانگین دو گروه بیماران قلبی عروقی و بیماران گوارشی از نظر آماری معنی‌دار نیست.

چنانکه در جدول (۳) مشاهده می‌شود، بین میانگین دو گروه بیماران قلبی عروقی و بیماران گوارشی در متغیرهای مربوط به سرزنش خود ($F=۹۱/۵۰$ ، $P=۰/۰۲۴$)، نشخوار ذهنی ($F=۹۰/۰۰$ ، $P=۰/۰۰۴$)، فاجعه‌آمیز پنداری ($F=۱۴۲/۵۰$ ، $P=۰/۰۱۲$)، پذیرش ($F=۱۷۸/۵۰$ ، $P=۰/۰۰۹$)، توجه مثبت مجدد ($F=۵۵۵/۰۲$ ، $P=۰/۰۰۰۱$)، طیف راهبردهای منفی ($F=۱۴۲۲/۰۵$ ، $P=۰/۰۱۶$)، طیف راهبردهای مثبت ($F=۲۲۳۵/۰۲$ ، $P=۰/۰۲۴$) و کل تنظیم

جدول (۴): نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه زوجی میانگین دو گروه بیماران قلبی عروقی و بیماران گوارشی در متغیر تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن

متغیر	میانگین بیماران	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی‌داری
	قلبی	بیماران گوارشی			
سرزنش خود	۱۳/۰۲	۱۱/۵۱	۱/۵۱۳*	۰/۶۶۶	۰/۰۲۴
سرزنش دیگران	۱۲/۳۴	۱۱/۲۵	۱/۰۸۸	۰/۶۲۹	۰/۰۸۶
نشخوار ذهنی	۱۳/۷۱	۱۲/۲۱	۱/۵۰۰*	۰/۵۱۹	۰/۰۰۴
فاجعه‌آمیز پنداری	۱۳/۶۰	۱۱/۷۱	۱/۸۸۸*	۰/۷۴۰	۰/۰۱۲

ادامه جدول (۴)

پذیرش	۸/۲۹	۱۰/۴۰	۲/۱۱۳*	۰/۸۰۴	۰/۰۰۹
توجه مجدد به برنامه‌ریزی	۱۲/۴۵	۱۳/۳۴	-۰/۸۸۸	۰/۸۱۵	۰/۲۷۸
توجه مثبت مجدد	۷/۸۵	۱۱/۵۸	۳/۷۲۵*	۰/۷۴۵	۰/۰۰۰۱
بازارزیابی مثبت	۱۰/۱۴	۱۱/۴۱	-۱/۲۷۵	۰/۸۲۲	۰/۱۲۳
اتخاذ دیدگاه	۸/۱۶	۹/۲۶	-۱/۱۰۰	۰/۶۸۴	۰/۱۱۰
طیف راهبردهای منفی	۵۲/۶۶	۴۶/۷۰	۵/۹۶۳*	۲/۴۴	۰/۰۱۶
طیف راهبردهای مثبت	۴۰/۰۴	۴۷/۵۱	-۷/۴۷۵*	۳/۲۸۶	۰/۰۲۴
تنظیم هیجانی کل	۹۴/۸۹	۹۹/۰۰	-۴/۱۱۳*	۱/۶۵۵	۰/۰۱۴

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

نتایج مربوط به آزمون LSD نشان می‌دهد که در متغیرهای مربوط به سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه‌آمیز پنداری و طیف راهبردهای منفی تفاوت بین میانگین دو گروه بیماران قلبی عروقی و گوارشی در سطح (۰/۰۵) معنی‌دار است و این معنی‌داری به نفع میانگین گروه بیماران قلبی عروقی است. یعنی بیماران قلبی عروقی میانگین نمرات بالاتری را در این متغیرها نسبت به بیماران گوارشی دارند. همچنین در متغیرهای مربوط به پذیرش، توجه مثبت مجدد، طیف راهبردهای مثبت و کل تنظیم شناختی هیجان، تفاوت بین میانگین دو گروه بیماران قلبی عروقی و گوارشی در سطح (۰/۰۵) معنی‌دار است و این معنی‌داری به نفع

میانگین گروه بیماران گوارشی است و نشان می‌دهد که بیماران گوارشی میانگین نمرات بالاتری در این متغیرها نسبت به بیماران قلبی عروقی دارند. از این رو با توجه به یافته فوق، می‌توان مطرح کرد که بیماران قلبی عروقی بیشتر از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند و بیماران گوارشی نسبت به بیماران قلبی بیشتر از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان استفاده می‌کنند، همچنین یافته مربوط به تنظیم شناختی هیجان کل نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به بیماری‌های گوارشی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بیشتر از بیماران قلبی عروقی استفاده می‌کنند.

جدول (۵): آزمون t مستقل برای تفاوت میانگین دو گروه بیماران قلبی عروقی و گوارشی در خوش‌بینی

متغیر وابسته	آزمون لون	سطح معنی‌داری	میانگین بیماران قلبی	میانگین بیماران گوارشی	تفاوت میانگین	t	df	سطح معنی‌داری t
خوش‌بینی	۰/۰۵۱	۰/۸۸۲	۱۲/۲۶	۱۴/۹۱	-۲/۶۵	-۳/۲۲	۱۵۸	۰/۰۰۲

جدول (۵) نتایج آزمون t مستقل را برای متغیر خوش‌بینی در دو گروه بیماران قلبی عروقی و گوارشی با برابر فرض کردن واریانس‌ها نشان می‌دهد، با توجه به جدول فوق تفاوت میانگین نمرات میان دو گروه بیماران قلبی عروقی و گوارشی در رابطه با متغیر خوش‌بینی در سطح (۰/۰۵) معنی‌دار است (شاخص t: -۳/۲۲، درجه آزادی: ۱۵۸، تفاوت میانگین: -۲/۶۵، سطح معنی‌داری: ۰/۰۰۲). از این رو با توجه به یافته فوق، می‌توان مطرح کرد که بیماران گوارشی خوش‌بینی و انتظار نتایج مثبت آتی

بیشتری نسبت به بیماران قلبی عروقی دارند. از سوی دیگر ملاحظه می‌گردد که باوجود تفاوت معنی‌دار ۲ گروه در متغیر خوش‌بینی، میانگین هر دو گروه در این متغیر به مراتب از میانگین مقیاس خوش‌بینی (۵ گویه در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای - ۱۷/۵) پایین‌تر است و نشان می‌دهد که هر دو گروه بیماران خوش‌بینی پایینی دارند ولی این خوش‌بینی در بیماران قلبی بیشتر از بیماران گوارشی است.

جدول (۶): آزمون t مستقل برای تفاوت میانگین دو گروه بیماران قلبی عروقی و گوارشی در رضایت از زندگی

رضایت از زندگی	آزمون لون	سطح معنی‌داری	میانگین بیماران قلبی	میانگین بیماران گوارشی	تفاوت میانگین	t	df	سطح معنی‌داری t
رضایت از زندگی	۷/۲۳۱	۰/۰۰۸	۱۶/۲۱	۱۷/۶۲	-۱/۴۱۱	-۱/۸۰	۱۴۴	۰/۰۷۳

جدول (۶) نتایج آزمون t مستقل را برای متغیر رضایت از زندگی در دو گروه بیماران قلبی عروقی و گوارشی بدون برابر فرض کردن واریانس‌ها نشان می‌دهد، با توجه به جدول فوق تفاوت میانگین نمرات میان دو گروه بیماران قلبی عروقی و گوارشی در رابطه با متغیر رضایت از زندگی معنی‌دار نیست (شاخص $t: 1/80 -$ ، درجه آزادی: 144 ، تفاوت میانگین: $1/411 -$ ، سطح معنی‌داری: $0/073$). از این رو با توجه به یافته فوق، می‌توان مطرح کرد که بیماران گوارشی و بیماران قلبی عروقی رضایت از زندگی مطلوبی ندارند؛ و با توجه به میانگین دو گروه در متغیر رضایت از زندگی ملاحظه می‌گردد که هر دو گروه از زندگی خود ناراضی هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته مربوط به فرضیه اول پژوهش نشان داد که بین بیماران قلبی عروقی و گوارشی در ارتباط با متغیر تنظیم شناختی هیجان و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به‌طوری‌که بیماران قلبی عروقی در متغیرهای سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه‌آمیز پنداری و طیف راهبردهای منفی میانگین نمره بالاتری را نسبت به بیماران گوارشی دارند و این امر بدین معنی است که بیماران قلبی عروقی بیشتر از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند و به‌طور کلی از راهبردهای تنظیم شناختی کمتری نسبت به بیماران گوارشی استفاده می‌کنند. همچنین بیماران گوارشی در متغیرهای پذیرش، توجه مثبت مجدد، طیف راهبردهای مثبت و کل تنظیم شناختی هیجان میانگین نمره بالاتری را نسبت به بیماران قلبی عروقی دارند و این امر بدین معنی است که بیماران گوارشی نسبت به بیماران قلبی عروقی بیشتر از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کنند و به‌طور کلی بیماران گوارشی از راهبردهای تنظیم شناختی بیشتری نسبت به بیماران قلبی عروقی استفاده می‌کنند. در این رابطه، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد تنظیم هیجانی ناسازگارانه با تجربیات استرس‌آمیز مرتبط است (۲۸) و اینکه فقدان تنظیم هیجانی سازگارانه فشار روانی را افزایش می‌دهد (۲۹). از این رو این امکان وجود دارد که تنظیم هیجانی ناسازگارانه در بیماران قلبی عروقی وجود داشته باشد، به‌عنوان مثال دنولت (۳۰) مطرح کرده است که بیماران قلبی و مخصوصاً آن‌هایی که با تیپ شخصیتی D مشخص می‌شوند، تمایل به سرکوب بیان هیجانی خود در تعاملات اجتماعی دارند. از سویی مطابق با دنولت (۳۱)، این سبک‌های مقابله‌ای منفعلانه برای سرکوب هیجانات شامل اجتناب از اطلاعات تهدیدآمیز و تمایل به دوراز ذهن نگه‌داشتن تجربیات ناخوشایند هستند. از سویی پژوهش‌ها در خصوص اثرات مزمن بازدارنده هیجان‌های منفی،

نشان می‌دهد که موجب افزایش فعالیت سمپاتیک نظام قلبی عروقی می‌شود (۳۲). از این رو مطابق با مطالب مطرح‌شده می‌توان مطرح کرد که اکثر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، مرگ را به معنی راحت شدن از رنج بیماری تلقی می‌نمایند و از درد و از دست دادن استقلال و شأن خود در زندگی به علت بیماری نارسایی قلبی اظهار نگرانی می‌کنند (۳۳). این بیماران، علائم جسمی و ناتوانی، علائم روانی و نگرانی‌های مربوط به مرگ و زندگی را از مشخصات بیماری قلبی در زندگی خود می‌دانند (۳۴). از طرفی با توجه به یافته این پژوهش بیماران گوارشی نسبت به بیماران قلبی عروقی از راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت بیشتر و راهبردهای منفی کمتر استفاده می‌کنند و این احتمال وجود دارد که این بیماران در مقایسه با افراد عادی از راهبردهای مثبت کمتر و راهبردهای منفی بیشتری استفاده کنند، به‌طوری‌که با توجه به یافته پژوهش حاضر بالاینکه بین میانگین دو گروه بیماران قلبی و گوارشی در راهبردهای مثبت و منفی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ولی این تفاوت در سطح پایینی قرار دارد. به‌طوری‌که در این خصوص شواهد گویای این است که مبتلایان به نشانگان روده‌ی تحریک‌پذیر (یکی از اختلالات دستگاه گوارش) هنگام رویارویی با مشکلات و فشارهای روانی از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (منفی) و هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (۳۵).

یافته مربوط به فرضیه دوم پژوهش نشان داد که بین بیماران قلبی عروقی و گوارشی در ارتباط با خوش‌بینی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به‌طوری‌که بیماران گوارشی در متغیر خوش‌بینی میانگین نمره بالاتری را نسبت به بیماران قلبی عروقی دارند و این امر بدین معنی است که بیماران گوارشی نسبت به بیماران قلبی نسبت به رخدادهای زندگی خوش‌بین‌تر هستند و بیماران قلبی عروقی بدبینی بیشتری دارند. با این وجود این گرایش خوش‌بینانه در بیماران گوارشی از میانگین مقیاس خوش‌بینی، پایین‌تر بود. در این رابطه سارجنت و همکاران (۳۶) در پژوهشی گزارش کردند که گرایش خوش‌بینانه در همه شرکت‌کنندگان وجود داشت؛ اما در گروهی از این بیماران که در ۲۸ روز گذشته بیماری حاد دستگاه گوارشی داشته‌اند این گرایش به خوش‌بینی از نظر آماری معنی‌دار نبود، یعنی این بیماران گرایش به خوش‌بین کمتری را گزارش کرده‌اند. در این خصوص شواهدی وجود دارد که پیشنهاد می‌کنند خوش‌بینی با بهبودی بهتر پس از بستری مجدد برای بیماری‌های قلبی مرتبط است. به‌طوری‌که بررسی‌ها گویای آن است که خوش‌بینی یا به‌طور کلی باورهای مثبت، با ابعاد مختلف سلامت رابطه مثبت و معنی‌داری دارد و نقش مهمی در پیشگیری از بروز اختلالات جسمی و روانی و افزایش سطح سلامت روان دارد (۳۸، ۳۷). بر این باورند که اگر ادراکات عادی انسان بایک مفهوم

مثبت از خود و کنترل شخصی و یک دیدگاه خوشبینانه (حتی کاذب) در مورد آینده همراه شود، نه تنها در کنترل مسائل روزانه زندگی، بلکه در کنار آمدن با حوادث بسیار استرس‌زا و تهدیدزای زندگی نیز به فرد کمک می‌کند (۳۹).

یافته مربوط به فرضیه ۳ پژوهش نشان داد که بین بیماران قلبی عروقی و گوارشی در متغیر رضایت از زندگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ و هر دو گروه بیماران قلبی عروقی و گوارشی از رضایت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند. در این رابطه والکامو و همکاران (۴۰) در پژوهشی اشاره کرده‌اند که ۲۴ درصد از بیماران کرونر قلبی از زندگی خودشان ناراضی هستند. در پژوهشی مطرح کرده است که رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های گردش خون نسبت به سایر بیماران بستری در بیمارستان که به دلایل دیگری بستری شده‌اند، کمتر است (۴۱). در تبیین این یافته می‌توان مطرح کرد که سوزا و سانجا (۴۲)، رضایت از زندگی را به‌عنوان تفاوت بین آنچه شخص می‌خواهد و آنچه هست بیان می‌کنند. این دو در حقیقت یک تفاوت بین واقعیت و ایدئال را مطرح کرده‌اند. به عبارت دیگر می‌توان گفت که نگرش افراد در مورد آنکه تا چه حد می‌توانند آزادانه در مورد زندگی خود تصمیم‌گیری نمایند و تا چه حد منابع تنیدگی تحت مهار آن‌ها

می‌باشد عامل اساسی در برقراری بهداشت روانی آن‌هاست. بدیهی است وقتی افراد خود را در سرنوشت خویش سهیم بدانند، آگاهانه و آزادانه ارزش‌ها اهدافی را برای خود برمی‌گزینند، چنانچه با فشارها و تهدیدات درونی روبرو شوند به دلیل احساس ارزشمندی و رضایتی که می‌کنند، می‌توانند به‌طور سازنده با فشارها روبه‌رو شده و اثرات مخربی را بر جسم و روان خود مہار نمایند. نبود گروهی از افراد غیر بیمار به‌عنوان گروه کنترل در این پژوهش و پیشینه پژوهشی داخلی و خارجی کم و اغلب بی‌ارتباط از عمده‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی علاوه بر دو گروه بیماران قلبی و گوارشی گروهی از افراد غیر بیمار به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شود که این امر قدرت تعمیم پژوهش را افزایش می‌دهد. همچنین برای به دست آوردن نتایج با تعمیم‌پذیری بیشتر پیشنهاد می‌شود از مصاحبه‌های بالینی ساخت‌یافته در کنار آزمون‌های بالینی استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه‌ی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

References:

1. B, Sadock V. 1933. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences. Clinical psychiatry. Translated by: Poor Afkari N. Tehran: Nashre Ab Publication.
2. Issazadegan A, Amani Saribagloo J, Mahmoudi H, & Ahmadian L. A structural model of the D-type personality, cognitive emotion regulation strategies and coronary heart diseases (CHD). Journal of Psychology 2013; 17: 310-329 (Persian).
3. Issazadegan A, Shykhi S, Banehashmishishevan SR, Salmanpour H. The relationships between forgiveness and D-type personality with hope in patient with coronary heart disease in urmia city 2012; 10 (2): 255-265 (Persian).
4. Marmot M. G, 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 The Lancet 1997; 350: 235 – 239.
5. Rozanski A, Blumenthal J. A, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy, Circulation 1999; 99: 2192-2217.
6. Friedman H, S, Booth-Kewley S. Personality and coronary heart disease: the role of emotional expression. Journal of Personality and Social Psychology 1987, 53: 783-792.
7. Van Tilburg M. A, Palsso O. S, Levy R. L, Feld A. D, Turner M. J, Drossman D. A, Et Al. Complementary and alternative medicine use and cost in functional bowel disorders: a six month prospective study in a large hmo. BMC Complement Altern Med 2008; 8 (46): 121-129.
8. Chang L, Toner B. B, Fukudo S, Guthrie E, Locke G. R, Norton N. J, Et Al. Gender, age, society, culture, and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders. Gastroenterology 2006; 130 (5): 1435-46.

9. Gundelach P, & Kreiner S. Happiness and life satisfaction in advanced European countries. *Cross-Cultural Research* 2004; 38: 359-386.
10. Lucas R. E, Diener E, & Suh E. Discriminant validity of well-being measures. *Journal Of Personality And Social Psychology* 1996, 71: 616-628
11. Afsaneh Moghimian, Nasser Ebrahimi Daryani, Azadeh Yaraghchi, Farhad Jomehrie, Omid Rezaei. Predicting Quality Of Life on the Basis of Illness Perception in Patients with Irritable Bowel Syndrome 2013, 18 (3): 164-17
12. Chang E. C. Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research, And Practice. Washington, DC: American Psychological Association 2001; 1-13.
13. Scheier M. F, & Carver C. S. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology* 1985; 4 (3): 219-247.
14. Chang E. C. Distinguishing between optimism and pessimism: a second look at the optimism-neuroticism hypothesis. In: Hoffman RR, Sherrik MF, Warm JS. (Editors). *Viewing Psychology as a Whole: The Integrative Science of William N. Dember*. Washington, D. C: American Psychological Association 1998: 415-32.
15. Agaei A, Raeisidehkordi R, Atash Poor SH. the relationship between optimism and pessimism with mental health in isfahan city adults. *Knowledge and Research In Psychology* 2007; 33: 117-30 [persian].
16. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, & Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review* 2010; 30: 217-237.
17. Payne, F. E. (2013). A definition of emotions. *JBEM Index*; 3 (4). Downloaded From: http://Www.Bmei.Org/Jbem/Volume3/Num4/Payne_ADefinition_Of_Emotions.Php. On 2013 March 26.
18. Hassani J, Azadfallah P, Rasoulzade-Tabatabaei S. K. Impact of reappraisal and suppression of emotional experiences on frontal eeg asymmetries based on neuroticism and extraversion dimensions. *The Journal of Psychology of Tabriz University* 2009, 4: 71-37. [Persian].
19. Levenson R. W. Human emotions: a functional view. In Ekman P & Davidson R (Eds.). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*. New York: Oxford University Press 1994.
20. Parrott, W. G. Beyond hedonism: motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods. In Wegner DM. & Pennebaker JW (Eds.). *Handbook of Mental Control* 1993, 44 (3): 278-305.
21. McCarthy C. J, Lambert R. G, Moller N. P. Preventive resources and emotion regulation expectancies as mediators between attachment and college students' stress outcomes. *International Journal of Stress Management* 2006; 13 (5): 1-22.
22. Gross Y. Y, Levenson R. W. Hiding Feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology* 1997; 106: 95-103.
23. Garnefski, N, Kraaij, V, & Spinhoven, P. (2001). "negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems". *Personality And Individual Differences*,
24. Yousefi F. The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in students of special middle schools for talented students shiraz. *Research on exceptional children* 2007, 6 (4), 871-892.
25. Scheier M. F, Carver C. S, & Bridges M. W. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a re-evaluation of the life orientation test. *Journal of*

- Personality and Social Psychology 1994; 67: 1063-1078.
26. Diener E, Emmons R. A, Larsen R. J, Griffin S. The satisfaction with life scale. Journal of Personality Assessment 1985; 49: 71-75.
 27. Ahadi, B, Narimani, M, Abolghasemi, A, Asiaei, M. (2009). The relationship between emotional intelligence, attributional style and self-efficacy and life satisfaction in working women. Journal Of Ferdowsi University Of Educational Studies And Psychology, 10 (1): 117-127. [Persian].
 28. Moore S. A, Zoellner L. A, Mollenholt N. Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? Behaviour
 29. Mennin D. S, Holoway R. M, Moore M. T, Heimberg R. G. Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. Behavior Therapy 2007, 38, 284-302.
 30. Denollet J. Ds14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type d personality. Psychosomatic Medicine 2005, 67, 89-97.
 31. Denollet J. Negative affectivity and repressive coping: pervasive influence on self-reported mood, health, and coronary-prone behavior. Psychosomatic Medicine 1991, 53, 538-56.
 32. Gross Y. Y, Levenson R. W. Hiding Feelings: The Acute Effects Of Inhibiting Negative And Positive Emotion. Journal of Abnormal Psychology 1997, 106, 95-103.
 33. Stromberg A, Jaarsma T. Thoughts about death and perceived health status in elderly patients with heart failure. European Journal of Heart Failure 2010; 10 (6): 608-613.
 34. Cortis J. D, Williams A. Palliative and supportive needs of older adults with heart failure. International Nursing Review 2007; 54 (3): 263-270.
 35. Pinto C, Lele M. V, Joglekar A. S, Panwar V. S, Dhavale H. S (). Stressful life-events, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowels syndrome. J Assoc Physicians India 2000, 48 (6): 589-593.
 36. Sargeant J. M, Majowicz S. E, Sheth U, Edge V. L. Perceptions of risk and optimistic bias for acute gastrointestinal illness: a population survey. Zoonoses Public Health 2008. 57, 177-183
 37. Maruta T, Colligan R. C, Malinchoc M, Offord K. P Optimism-Pessimism Assessed In The 1960s And Self reported Health Status 30 Years Later. Mayo Clinic Proceedings 2002; 77 (8): 748-753.
 38. Segerstrom S. C, Taylor S. E, Kemeny M. A, Fahey J. L Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. Personality And Social Psychology 1998; 74 (3): 1646-1655.
 39. Taylor S. E, Kemeny M. E. Psychological resources, positive illusions, and health. American Psychology 2000: 55 (1), 99-109.
 40. Valkamo M, Koivumaa-Honkanen H. T, Hintikka J, Niskanen L, Honkalampi K, Viinama H. Life satisfaction in patients with chest pain subsequently diagnosed as coronary heart disease – connection through depressive symptoms? Quality Of Life Research 2003. 12, 1099-1105
 41. Koivumaa-Honkanen H-T. Life satisfaction as a health predictor (Doctoral Dissertation). Kuopio University Publications D. Medical Sciences 1998 143. Kuopio: Kuopio University Printing Office
 42. Sousa G, & Sanja S. Life satisfaction in jworral (ed) encyclopedia of women and gender sex similarities and differences 2001, 2: 667-676, Sandiego, Ca.

COMPARISON OF COGNITIVE EMOTION REGULATION STRATEGIES, OPTIMISM AND LIFE SATISFACTION AMONG PEOPLE WITH GASTROINTESTINAL AND CARDIOVASCULAR DISEASE

Issazadegan A¹, Aghayanazade H², Shiekhy S^{3*}

Received: 31 Jan, 2015; Accepted: 4 May, 2015

Abstract

Background & Aims: the aim of this study was to compare cognitive emotion regulation strategies, optimism and life satisfaction among people with gastrointestinal and cardiovascular disease.

Materials & Methods: The design of this study was causal-comparative, the statistical population of this study consisted of all patients with cardiovascular and gastrointestinal disease admitted to Shahid Arefian hospital of Urmia city in the months of August and September of 2014. That of this population, 160 subjects (80 patients with cardiovascular disease, and 80 patients with gastrointestinal disorders) were selected by available sampling method. And completed the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ), life orientation test-revised (LOT-R) and satisfaction with life scale (SWLS). After data collection, the data were tested in SPSS software by multivariate analysis of variance (MANOVA), LSD test and independent t-test.

Results: the analysis showed that, there was a significant difference between cardiovascular and gastrointestinal patients in the cognitive emotion regulation strategies and optimism variable (0/01). But the variable of life satisfaction was not statistically significant between the two groups.

Conclusion: take measures to improve cognitive emotion regulation strategies in cardiac patients and increasing optimism in both groups' cardiovascular and gastrointestinal patients, especially in cardiac patients is essential for improving life satisfaction in these patients.

Keywords: Cognitive Emotion Regulation Strategies, Optimism, Life satisfaction, Gastrointestinal, Cardiovascular Disease

Address: Department of psychiatry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: (+98) 4432722930

Email: siamak37@yahoo.com

¹ Associate Professor of psychology, Urmia University, Urmia, Iran

² M.A in clinical psychology, Science and Research Branch West Azerbaijan, Islamic Azad University, Urmia, Iran

³ Assistant Professor of psychology, Department of psychiatry, Social Determinants of Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)