مقاله پژوهشی

تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی در افراد مبتلا به بیماری‌های کرونری قلب: یک مطالعه تطبیقی

میثم نیک‌دانش[۱]، محمدحسن دوازده‌امامی[۲]، محمد اسماعیل قیداری[۳]، مریم بختیاری[۴]، ابوالفضل محمدی[۵]

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۱/۲۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۳/۳۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: هدف این پژوهش بررسی تطبیقی تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی در بیماران قلبی و افراد سالم می‌باشد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه پس رویدادی می‌باشد که به روش مقطعی انجام شده است. در این پژوهش جامعه موردمطالعه کلیه بیماران قلبی عروقی و همراهان بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی تهران در سال ۱۳۹۵ می‌باشد. از جامعه‌ی فوق تعداد ۶۱ بیمار دارای تشخیص بیماری قلبی عروقی به شیوه‌ی هدفمند انتخاب شدند. گروه افراد سالم (N=63) نیز از همراهان بیماران به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. به‌منظور آزمون فرضیه پژوهش و برای مقایسه‌ی بین گروه‌ها ابتدا ویژگی‌های مربوط به پارامتریک یا ناپارامتریک بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف موردبررسی قرار گرفت. سپس از آزمون ناپارامتریک یو من ویتنی برای مقایسه‌ی بین گروه‌ها استفاده شد. در این پژوهش از پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت شناختی، پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجان (DERS)، پرسش‌نامه پنج‌وجهی ذهن آگاهی بائر (FFMQ) و پرسش‌نامه اضطراب وجودی گود (EAI) استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری در دو گروه بیماران قلبی-عروقی و افراد سالم در هر سه متغیر پژوهش (تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی) وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی از عوامل روان‌شناختی مهم در اختلالات قلبی عروقی محسوب می‌شود و باید به نقش آن‌ها در این اختلالات توجه بیش‌تری داشت.

کلیدواژه‌ها: بیماری‌های قلبی عروقی، تنظیم هیجانی، اضطراب وجودی، ذهن آگاهی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هشتم، شماره ششم، ص ۳۹۳-۳۸٤، شهریور ۱۳۹٦

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گروه روانشناسی بالینی تلفن: ۰۹۱۳۳۲۵۸۷۷۶

Email: davazdahemamy@gmail.com

مقدمه

با توجه به اطلاعات سازمان بهداشت جهانی بیماری‌های قلب عروقی علت اصلی مرگ‌ومیر در سراسر جهان محسوب می‌شود و مردم جهان بیش از هر چیز، بر اثر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی جان خود را از دست می‌دهند (۱). در ایران نیز سهم بیماری‌های قلبی از مرگ‌ومیر کلی حدود ۳۹ در صد است (۲). این بیماری یکی از عمومی‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌ها محسوب می‌شود (۳). عوامل خطر مرسوم (مانند سیگار کشیدن، فشارخون، کلسترول بالا، چاقی و دیابت) تنها ۴۰ درصد وقوع بیماری‌های قلبی عروقی را تبیین می‌کنند (۴). این در حالی است که بیماری‌های قلبی اغلب به سبب ماهیت پیش‌رونده نشانه‌های جسمانی، استرس‌زا هستند درنتیجه علاوه بر نشانه‌های بیولوژیکی، پیامدهای روان‌شناختی نسبتاً عمومی در همه‌ی بیماری‌های قلبی وجود دارد (۵، ۶). یکی از این پیامدهای روان‌شناختی هیجان‌ها هستند.

هیجان‌ها ممکن است از چند مسیر بر سلامت قلب و عروق تأثیر بگذارند. مسیرهای مشخص ممکن است شامل بیش فعالی

[۱] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

[۲] دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (نویسنده‌ی مسئول)

[۳] استادیار، فوق تخصص قلب و عروق، گروه قلب و عروق، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

[۴] دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

[۵] دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

سیستم عصبی سمپاتیک یا محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال(HPA) باشد. مسیر دیگر ممکن است شامل مسیر غیرمستقیم رفتاری مانند سیگار کشیدن و رژیم غذایی با چربی بالا، مصرف الکل، افزایش شاخص توده بدن و کم کردن فعالیت فیزیکی باشد (۴).

تنظیم هیجانی نیز یکی از سازه‌های مهم روان‌شناختی است که در دو دهه‌ی گذشته توجهات تجربی و نظری فراوانی را به خود جلب کرده است (۷). منظور از تنظیم هیجان متغیری است که بر بد تنظیمی هیجانی و نقص در تنظیم هیجان دلالت دارد. به عبارتی تنظیم هیجان، فرایندی فراتشخیصی و فرا نظری است که طیف وسیعی از اشکال آسیب‌شناسی روانی از منظر رویکردهای نظری متنوع را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که به افراد اجازه نظارت، ارزشیابی و تعدیل ماهیت و طول مدت پاسخ‌های هیجانی را می‌دهد (۸).

بر اساس یک مطالعهٔ پیگیری ده‌ساله بر روی ۱۷۳۹ زن و مرد، عواطف و هیجانات مثبت با بروز بیماری عروق کرونری و رویدادهای قلبی پرخطر رابطهٔ معکوس و منفی داشته است (۹). بررسی‌ها نشان داده است که هیجان‌های خاصی مانند اضطراب به‌صورت بالقوه عوامل خطر مهمی برای بیماری‌های قلبی عروقی هستند (۱۰). مروری بر تحقیقات گذشته نشان می‌دهد که به‌طورکلی توجه شایانی به اضطراب و ارتباط آن با بیماری‌های قلبی عروقی شده است (۱۳-۱۱) اما به متغیری چون اضطراب وجودی توجه اندکی شده است این در صورتی است که پژوهش‌های تجربی نیز ارتباط معنادار اضطراب وجودی با بیماری‌های روانی را تأیید می‌کنند. (۱۶-۱۴) فرا تحلیلی که مشتمل بر ۲۰ تحقیق در رابطه با بیماری قلبی-عروقی بود، نشان داد که اضطراب به‌طور ویژه با مرگ‌ومیر قلبی ارتباط دارد؛ چنان‌که افراد مضطرب ۴۸ درصد بیش‌تر با افزایش احتمال خطر با مرگ قلبی مواجه هستند (۱۳). بررسی‌ها نشان داده است که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به‌طور تقریبی سه برابر بیش‌تر شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی را از خود نشان می‌دهند (۱۷).

از سوی دیگر ذهن آگاهی به معنای توجه کردن ویژه و هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است. در ذهن آگاهی فرد در هرلحظه از شیوه‌ی ذهنی آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرامی‌گیرد (۱۸). سیگل ذهن آگاهی را روشی برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنابخشی و معنادارسازی زندگی تعریف می‌کند (۱۹) ذهن آگاهی سبب افزایش پذیرش، ایجاد حس هیجانی به‌دوراز قضاوت و با احساس گناه کم‌تر و پی بردن به این موضوع می‌شود که نیازی نیست هیجان‌ها کنترل یا سرکوب شوند، بلکه می‌توان آن‌ها را تحمل و تجربه کرد (۲۰). بررسی‌ها نشان داده است که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و افزایش خلق مثبت و کیفیت زندگی بالا مؤثر است (۲۱).

در این راستا الکساندره و همکاران در پژوهشی که باهدف بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی و یوگا در افراد در معرض خطر بیماری‌های قلبی-عروقی صورت گرفته بود، نشان دادند که تمرینات ذهن آگاهی و یوگا، آرام‌سازی با ورزش‌های سبک نه‌تنها باعث کاهش قابل‌توجه هیجان‌های منفی در این بیماران شد، بلکه باعث افزایش در بهزیستی اشخاص با عوامل خطرساز برای بیماری آترواسکلروزیس گردید (۲۲). نتایج مطالعات اسکات و همکاران نشان داده است که هرچه ذهن آگاهی افزایش پیدا کند به‌موازات آن، آرامش فرد، عملکرد انطباقی فرد، توانایی‌های عاطفی، و مدیریت و کنترل احساسات خود و دیگران نیز افزایش پیدا می‌کند (۲۳). بررسی‌ها نشان داده که آموزش ذهن آگاهی گروهی تأثیر معناداری در کاهش علائم آسیب‌شناسی روانی در مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب دارد (۲۴). مطالعه کابات زین نشان داد که درمان حضور ذهن در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب بیماران جسمی مؤثر می‌باشد (۲۵).

با توجه به این‌که برخی از پژوهشگران معتقدند، راهبردهای تنظیم هیجانی شناختی هیجان ممکن است یکی از فرایندهای زیربنایی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی باشد (۲۶) و ازآنجایی‌که در زمینه ارتباط سه مؤلفه‌ی تنظیم هیجان با ذهن آگاهی و اضطراب وجودی در بیماران قلبی عروقی با یکدیگر در ایران پژوهشی یافت نشد؛ و از طرفی دیگر با توجه به اهمیت متغیرهای موردبحث (تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی، اضطراب وجودی) و ارتباط آن با سلامت روانی و جسمانی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و افراد سالم و طی کردن مسیر بهتر در عرصه‌های بالینی در جهت انتخاب راهبردهای درمانی مؤثر و به‌کارگیری راهکارهای پیشگیرانه مناسب برای افرادی که دچار بیماری‌های قلب و عروقی می‌باشند، ضرورت و اهمیت تحقیق حاضر را مشخص می‌کند.

با توجه به مطالب مطرح‌شده در بالا، مسئله کنونی ما در این تحقیق این است که آیا بین تنظیم هیجانی با ذهن آگاهی و اضطراب وجودی در بیماران قلبی عروقی و افراد سالم در هریک از متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های علی-مقایسه ای است. در این پژوهش جامعه موردمطالعه کلیه بیماران قلبی عروقی و همراهان بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی تهران در سال ۱۳۹۵ می‌باشد. در این راستا ۶۱ نفر مبتلا به بیماری قلبی (۲۹ مرد و ۳۲

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

زن) از بین بیماران واجد شرایط با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به تمام آزمودنی‌ها توضیحات یکسان و واضح در خصوص پر کردن ابزارهای پژوهش و اینکه ورود و یا خروج از پژوهش کاملاً اختیاری خواهد بود؛ داده شد. و در مقابل ۶۳ نفر از افراد سالم (۲۷ مرد و ۳۶ زن) که از همراهان بیمارآن‌که واجد ملاک‌های ورود به این پژوهش بودند جهت مقایسه انتخاب شدند. تعداد نمونه‌های پژوهش بر اساس جدول تعیین حجم نمونه کوهن و همکاران (۲۷) با اطمینان ۹۵ و توان ۹۰ درصد و با توجه به سایر مطالعات (۲۸، ۲۹) برآورد شد. ملاک‌های ورود به پژوهش: تشخیص اولیه یکی از بیماری‌های قلبی عروقی توسط پزشک متخصص برای گروه بیماری‌های قلبی، عدم وجود بستری به‌واسطه‌ی بیماری‌های قلبی عروقی در گروه افراد سالم، تحصیلات سوم راهنمایی به بالا، عدم وجود شواهدی مبنی بر سوءمصرف مواد در بیمار، عدم سابقه‌ی بستری به‌واسطه‌ی بیماری‌های طیف اسکیزوفرنی، دوقطبی، و یا اختلالات شناختی ارگانیک در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش:

پرسش‌نامه تنظیم هیجانی (DERS): این مقیاس، یک شاخص خودگزارشی برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده مقیاس (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی) است. این مقیاس همسانی درونی بالا (آلفای کرونباخ برای کل مقیاس (۰/۹۳) دارد و در رابطه با روایی، بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش‌بین کافی برای این مقیاس است. همسانی درونی فرم ترجمه‌شده به فارسی موردبررسی قرار گرفته شده است. نتایج این مطالعه همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس نشان می‌دهد. همچنین همسانی درونی برای خرده مقیاس‌های عدم پذیرش ۰/۷۵، اهداف ۰/۷۴، تکانه ۰/۷۶، آگاهی ۰/۶۳، راهبردها ۰/۷۴ و شفافیت ۰/۸۵ در یک جمعیت ایرانی به دست آمد. (۳۰)

پرسش‌نامه پنج عاملی ذهن آگاهی (FFMQ): پرسشنامه مذبور توسط بائر و همکاران (۲۰۰۶)، از تلفیق ۵ پرسش‌نامه ذهن آگاهی ایجاد شده است و ۵ عامل ذهن آگاهی را با ۳۹ عبارت، مورد وارسی قرار می‌دهد. بائر و همکاران (۲۰۰۶) همسانی درونی عامل‌ها را مناسب و ضریب آلفا برای غیر واکنشی بودن را برابر ۰،۷۵، توصیف را برابر ۰،۹۱، مشاهده را برابر ۰،۸۳، عمل با هشیاری را برابر ۰،۸۷، غیر قضاوتی بودن را برابر ۰،۸۷، گزارش کرده‌اند. بائر و همکاران (۲۰۰۶)، همبستگی بین عامل‌ها را نیز متوسط ولی معنادار و در طیفی بین ۰،۱۵ تا ۰،۳۴ گزارش کرده‌اند. (۳۱) هم‌چنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران انجام گرفت، ضریب همبستگی آزمون-بازآزمون پرسش‌نامه FFMQ در نمونه ایرانی بین ۰،۵۷ =r(مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) و ۰،۸۴ =r(عامل مشاهده) مشاهده گردید. (۳۱)

پرسش‌نامه اضطراب وجودی (EAI): پرسشنامه اضطراب وجودی گود این مقیاس ۳۲ ماده‌ای توسط گود و گود (۱۹۷۴) ساخته‌شده و گنجی (۱۳۸۸) آن را به فارسی ترجمه نمود. هالت روایی این پرسشنامه را با همبسته کردن با آزمون‌های هدفمندی در زندگی، پیگردی اهداف معرفتی، و افسردگی محاسبه کرد. همبستگی نمره مقیاس اضطراب وجودی با ترکیب نمره سه پرسشنامه پیش‌گفته ۶۶/. بود. معینی (۱۳۸۹) روایی محتوایی خوبی را برای آزمون گزارش نمود. همچنین از طریق تحلیل مواد نیز روایی این آزمون را آزمود به‌نحوی‌که همبستگی بالایی بین کلیه‌ی سؤال‌ها و نمره‌ی کل آزمون گزارش کرد. (۳۲)

همچنین نورعلی زاده و جان بزرگی (۳۳) این آزمون را در پژوهش خود به روش آلفای کرونباخ اعتباریابی کردند که ضریب آلفای برابر با a=0.888 به دست آوردند

یافته‌ها

اطلاعات و یافته‌های جمعیت شناختی گروه نمونه مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات به تفکیک بیماران قلبی و گروه کنترل در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول (۱): شاخص‌های جمعیت شناختی بیماران قلبی و گروه کنترل

متغیر	سطح	بیماران قلبی	افراد سالم
سن	میانگین سن	۴۵،۱۸	۴۱،۴۲
	انحراف استاندارد	۹،۶	۸،۷۳
جنسیت	مرد	۲۹	۲۷
	زن	۳۲	۳۶

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

وضعیت تأهل	مجرد	۱۹	۱۹
	متأهل	۴۲	۴۴
تحصیلات	زیر دیپلم	۷	۱۷
	دیپلم	۳۷	۳۶
	لیسانس	۱۳	۹
	فوق‌لیسانس	۴	۱

جدول (۲): آزمون کولموگروف اسمیرنف

متغیر	اضطراب وجودی	ذهن آگاهی	دشواری هیجانی
شاخص			
آماره آزمون	۰/۰۶۳	۰/۰۶۴	۰/۲۲۵
معناداری	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰	۰/۰۰۰

با توجه به این مطلب که پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بوده بدین منظور برای مقایسه‌ی بین گروه‌ها ابتدا ویژگی‌های مربوط به پارامتریک یا ناپارامتریک بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف موردبررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. با توجه به نتایج جدول ۲ معناداری آزمون کم‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد که نشان‌دهنده‌ی عدم نرمال بودن داده‌هاست به این خاطر از آزمون معادل ناپارامتریک T-test (یو من ویتنی) استفاده شد.

همچنین میانگین و انحراف معیار نمره‌های بیماران قلبی-عروقی و افراد سالم در خرده مقیاس‌های تنظیم هیجانی (عدم پذیرش، دشواری در انتخاب اهداف، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی، عدم شفافیت هیجانی، نمره کل دشواری هیجانی) و خرده مقیاس‌های ذهن آگاهی (مشاهده، توصیف، عمل با هشیاری، غیرواکنشی بودن، غیرقضاوتی بودن، کل نمره ذهن آگاهی) و اضطراب وجودی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول (۳): شاخص‌های خرده مقیاس‌های پژوهش به تفکیک گروه‌های مطالعه و نتایج مطالعه

نمونه	بیمار N=61	سالم N=63	من-ویتنی یو	معناداری
شاخص	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار		
مشاهده	۲۰ ± ۲/۲۴	۲۳ ± ۴/۳۳	۹۳۲	P<0.001
توصیف	۲۵/۲ ± ۲/۷۹	۲۵/۶۸ ± ۳/۱۵	۱۷۸۹/۵۰۰	.p>0.507
عمل با هشیاری	۲۹/۱۸ ± ۳/۳۷	۲۰/۴۴ ± ۴/۷۳	۲۵۶	P<0.001
غیرواکنشی بودن	۱۵/۲۶ ± ۲/۳۵	۲۱/۴۴ ± ۳/۱۵	۲۳۱/۵۰۰	P<0.001
غیرقضاوتی بودن	۲۹/۶۳ ± ۳/۵۲	۲۴/۳۱ ± ۴/۹۴	۷۱۹/۵۰۰	P<0.001
کل نمره ذهن آگاهی	۱۱۹/۳۴ ±۶ /۴۷	۱۱۴/۹ ± ۹/۲	۱۳۴۸	P<0.004
عدم پذیرش	۲۲/۵۵ ± ۳/۱۱	۹/۸۵ ± ۱/۹۳	۰/۰۰۰	P<0.001
دشواری در انتخاب اهداف	۲۶/۶۷ ± ۳/۴۳	۱۸/۴ ± ۵/۰۷	۱۷۱/۵	P<0.001

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

دشواری در کنترل تکانه	۱۹/۱۴ ± ۲/۲۱	۹/۷۷ ± ۲/۰۴	۵/۵	P<0.001
فقدان آگاهی هیجانی	۲۴/۱۹ ± ۲/۴۸	۱۱/۸ ± ۲/۱۷	۰/۰۰۰	P<0.001
دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی	۲۹/۷۷ ± ۳/۷۸	۱۴/۴۲ ± ۴/۷	۶۱	P<0.001
عدم شفافیت هیجانی	۱۶/۷۰ ± ۱/۵۴	۱۳/۸ ± ۲/۰۲	۵۱۰	P<0.001
نمره کل دشواری هیجانی	۱۴۱/۴ ± ۱۲/۳۳	۷۴/۶۶ ± ۱۰/۹۵	۳۲	P<0.001
اضطراب وجودی	۱۳/۰۸ ± ۴/۵۸	۷/۰۱ ± ۴/۲۴	۶۲۶/۵۰۰	P<0.001

با توجه به نتایج معناداری جدول ۳ در خرده مقیاس‌های اضطراب وجودی، تنظیم هیجانی (عدم پذیرش، دشواری در انتخاب اهداف، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی، عدم شفافیت هیجانی، نمره کل دشواری هیجانی) و همچنین در خرده مقیاس‌های ذهن آگاهی (مشاهده، عمل با هشیاری، غیرواکنشی بودن، غیرقضاوتی بودن، کل نمره ذهن آگاهی) تفاوت معناداری در سطح P<0.001 بین دو گروه مشاهده شد اما در خرده مقیاس توصیف تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نگردید (p>0.507).

بحث و نتیجه گیری

هدف اساسی مطالعه‌ی حاضر، بررسی تطبیقی تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی، اضطراب وجودی در بیماران قلبی عروقی و افراد سالم بود. در این راستا یکی از یافته‌های این پژوهش نشانگر این مطلب است که افراد مبتلا به بیماری قلبی در مقایسه با افراد سالم، نمرات بالاتری در دشواری در تنظیم هیجانی دارند که این یافته با نتایج پژوهش‌های داویدسون و همکاران (۹) و پوتیجک (۳۴) استپتو، واردل و مارمات (۳۵) پیپر و بروس چت (۳۶) مطابقت دارد. همان‌گونه که اذعان گردید تنظیم هیجان مدیریت رفتار، شناخت، توجه، فیزیولوژی یا راهبردهای هیجان، برای پایان دادن، باقی ماندن یا تغییر تجربه هیجانی یا ابراز آن را شامل می‌شود. (۳۷) تنظیم هیجان کارآمد با پیامدهای خوبی در زمینه سلامت روان همراه است. برکینگ و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان دادند که پذیرش، تحمل و تعدیل فعال هیجان‌های منفی بر سلامت روان و پیامدهای درمانی تأثیرگذار است و مداخلاتی که شامل مهارت‌های عمومی تنظیم هیجانی هستند اثرگذاری مداخلات روان‌درمانی را افزایش می‌دهند. از سوی دیگر مشکلات در تنظیم هیجان، باعث آشفتگی‌های بیش‌تری می‌شود که خود می‌تواند به اختلال‌های هیجانی و علائم بیماری بینجامد (۳۷، ۳۸) پوتیجک و همکاران در پژوهشی با عنوان «خطر بیماری قلبی عروقی در مردان با کنترل هیجانی ضعیف: یک مطالعه آینده‌نگر» نتیجه گرفتند که عوامل روانی اجتماعی زیادی با بیماری قلبی عروقی ارتباط دارند آن‌ها این فرضیه را مطرح و مورد آزمون قرار دادند که ممکن است زیربنای این عوامل توانایی‌های تنظیم هیجان باشد. هدف آن‌ها این بود که تعیین کنند که کنترل هیجانی ضعیف، خطر این بیماری را در بلندمدت پیش‌بینی می‌کند. در این مطالعه ملی ۴۶۳۹۳ مرد که برای خدمت نظامی فراخوانده شده بودند، ازنظر میزان کنترل هیجانی مورد ارزیابی قرار گرفتند. بعد از ۳۸ سال پیگیری (۲۰۰۹ تا ۱۹۷۱)، نتایج نشان داد که کنترل هیجانی ضعیف با میزان نسبت خطر ۱،۳۱ خطر بیماری قلبی عروقی را افزایش می‌دهد (۳۴). در پژوهشی که توسط پیپر و بروس چت انجام شد پیشنهاد کردند که عاطفه منفی یا احساس پریشانی، با طولانی شدن واکنش قلبی-عروقی مرتبط به استرس، همراه است و بنابراین بهبودی قلبی-عروقی را کاهش می‌دهد (۳۶) استپتو، واردل و مارمات نشان دادند که عواطف مثبت با فعالیت کمتر سیستم‌های نرواندوکرین، التهابی و قلبی عروقی همراه است (۳۵).

با توجه به تفاوت معنادار بین تنظیم هیجانی در بیماران قلبی عروقی و افراد سالم می‌توان این‌گونه استنباط کرد بیماران قلبی عروقی نسبت به افراد عادی گرایش بیش‌تری به داشتن پاسخ‌های ثانوی منفی به هیجانات منفی، یا عدم پذیرش واکنش‌ها به پریشانی فردی را دارا هستند و به دلیل فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی مناسب در برخورد با موقعیت‌هایی که نیاز به تنظیم هیجانی است، با مشکلاتی مواجهه‌اند، همین‌طور در تمرکز کردن و به اتمام رساندن تکالیف، و کنترل تکانه به هنگام تجربه کردن هیجانات منفی با دشواری‌هایی روبرو هستند که این موارد منجر به دشواری در تنظیم هیجان و عاطفه منفی در این افراد می‌شود که سطوح کورتیزول را در بدن افزایش می‌دهد. بنابراین،

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

افرادی که عواطف منفی را تجربه می‌کنند برای افزایش فشارخون و بیماری قلبی مستعدتر می‌گردند.

یافته‌ها بیانگر این نکته بودند که بین ذهن آگاهی مبتلایان بیماری قلبی عروقی و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد. که با یافته‌های پژوهش الکساندره (۲۲) لوکس (۴۰) همسو می‌باشد. کمبود ذهن آگاهی در بیماران قلبی عروقی این افراد را مستعد تجربه‌ی فشار روانی بیش‌تر می‌کند که این خود به دامن زدن به مشکلات قلبی عروقی می‌شود. الکساندره و همکاران در پژوهشی که باهدف بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی و یوگا در افراد در معرض خطر بیماری‌های قلبی-عروقی صورت گرفته بود، نشان دادند که تمرینات ذهن آگاهی و یوگا، آرام‌سازی با ورزش‌های سبک نه‌تنها باعث کاهش قابل‌توجه هیجان‌های منفی در این بیماران شد، بلکه باعث افزایش در بهزیستی اشخاص با عوامل خطرساز برای بیماری آترواسکلروزیس گردید (۲۲) لوکس و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی باهدف تعیین رابطه ذهن آگاهی با بیماری قلبی- عروقی، سه مؤلفه اصلی ذهن آگاهی شامل کنترل توجه (توجه بر تجربیات مرتبط با ریسک قلبی مانند رژیم غذایی، فعالیت‌های جسمانی)، تنظیم هیجانی (پاسخ بهبودیافته به استرس، خودکارآمدی و مهارت در ترک سیگار) و خودآگاهی (مانند آگاهی از حس‌های جسمانی که منجر به عامل خطرساز در بیماری قلبی-عروقی می‌شود) را مرتبط با خطر ابتلا به این اختلال دانسته‌اند (۴۰). ذهن آگاهی به ما یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجانات منفی ممکن است رخ دهد، اما جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به‌جای آن‌که به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (۴۱). درنتیجه می‌توان این‌گونه استنباط کرد که در ذهن آگاهی کنترل و اداره‌ی هیجانات مدنظر قرار می‌گیرند و فرد باید به افکار و احساسات خودآگاهی و حضور ذهن کامل داشته باشد. ازآنجایی‌که بیماران قلبی-عروقی کم‌تر با لحظه‌ی حال در تماس هستند. در این راستا ذهن آگاهی و آموزش آن از طریق کنترل توجه، مؤثر واقع می‌شود و به فرد بیمار کمک می‌کند علاوه بر هوشیاری کامل از افکار و احساساتش و پذیرش آن‌ها بدون داوری در یک وضعیت آرامش و تمرکز قرار گیرد و توانایی کنترل افکار، اضطراب و هیجانات خود را به دست آورد، کسب این توانایی باعث شده که فرد احساس کنترل بیشتری در تمام امور زندگی خود داشته باشد و به‌جای دادن پاسخ‌های خودکار منفی، در موقعیت‌های اضطراب‌آور با کنترل، آرامش و آگاهی بیشتری پاسخ دهد و با مشکلات، بهتر مقابله کند. سرانجام این یافته‌ها نشان داد که بین اضطراب وجودی مبتلایان به بیماری قلبی عروقی و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد به این معنی که بیماران قلبی عروقی از اضطراب وجودی بالاتری نسبت به افراد عادی برخوردار هستند. پژوهشی که مستقیماً اضطراب وجودی را در بیماران قلبی عروقی و افراد سالم مقایسه کند یافت نشد اما با توجه به همبستگی بالا بین اضطراب وجودی و اضطراب مرضی می‌توان نتایج پژوهش حاضر را با یافته‌های پژوهش‌هایی که اضطراب مرضی را در بیماران قلبی عروقی بررسی کرده‌اند (۱۳، ۴۲) همسو دانست. فرا تحلیلی که مشتمل بر ۲۰ تحقیق در رابطه با بیماری قلبی-عروقی بود، نشان داد که اضطراب به‌طور ویژه با مرگ‌ومیر قلبی ارتباط دارد؛ چنان‌که افراد مضطرب ۴۸ درصد بیش‌تر با افزایش احتمال خطر با مرگ قلبی مواجه هستند. با توجه به نتایج این تحقیقات، اضطراب مرگ در بین بیماران قلبی-عروقی شیوع بالایی را نشان می‌دهد (۱۳). مطالعه دیگری با فراتحلیل ۲۰ مطالعه بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۹ با میانگین پیگیری حدوداً ۱۱ سال و بر روی ۲۴۹۸۴۶ نفر بین اضطراب و بیماری عروق کرونری رابطه‌ی معنی‌داری را نشان می‌دهد، بر طبق نتایج این فراتحلیل اضطراب به نظر به‌تنهایی یک عامل مستقل خطرساز برای بروز بیماری عروق کرونری و مرگ‌ومیرهای قلبی است (۱۳) در مطالعه‌ای که گوستاد و همکاران (۲۰۱۳) که بر روی ۵۷۹۵۳ بیمار قلب انجام دادند نشان داده شد که بیماران دارای نشانگان اضطرابی ۲۰-۳۰ درصد بیش‌تر در معرض خطر اولین حمله‌ی قلبی قرار دارند. (۴۲) درنتیجه می‌توان گفت که اضطراب یکی از هیجان‌های منفی است که با بیماری عروق کرونر قلب و پیامدهای زیان‌بار متعاقب بیماری ارتباطی نزدیک دارد (۱۳). و یکی از شایع‌ترین پاسخ‌های روان‌شناختی بیماران به حوادث قلبی ـ عروقی است (۴۳) اضطراب با افزایش خطر مرگ‌ومیر در بیماران قلبی عروقی رابطه دارد (۴۴). همچنین اضطراب طولانی‌مدت می‌تواند خطر مرگ قلبی ناگهانی را افزایش دهد (۴۵). این در حالی است که استرجن و حاملی در پژوهش‌های خود، بین اضطراب وجودی و رگه‌ی اضطرابی رابطه‌ی معنادار یافته‌اند (۱۴). از سوی دیگر اضطراب مرگ منجر به تشدید پاسخ‌های مضطرب در افرادی که مشکلات مرتبط با اضطراب دارند می‌شود (۴۶). بررسی‌ها نشان داده است که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به‌طور تقریبی سه برابر بیش‌تر شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی را از خود نشان می‌دهند (۱۷).

به دلیل تأثیر به سزای عوامل روان‌شناختی در بیماری‌های قلبی عروقی، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال که آیا تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی در بیماران قلبی و افراد سالم متفاوت است یا خیر، به این نتیجه دست یافت که تفاوت دو گروه مبتلا به بیماری قلبی و افراد سالم در هر سه متغیر پژوهش معنادار بود. درنتیجه می‌توان این‌گونه استنباط کرد که تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی از عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار در اختلالات قلبی عروقی است و باید به نقش آن‌ها در این

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

اختلالات توجه بیش‌تری کرد. توجه به این مسئله می‌تواند هم پیامدهای پیشگیرانه و هم پیامدهای درمانی قابل‌توجهی برای کمک به بیماران قلبی عروقی به دنبال داشته باشد. محدودیت پژوهش حاضر، انتخاب گروه مقابل بیماران قلبی بوده است که از همراهان بیماران جهت گروه مقایسه انتخاب شدند. و عدم استفاده از سایر گروه‌های بیماران جسمی و مقایسه آن گروه‌ها با بیماران قلبی عروقی در زمینه‌ی متغیرهای پژوهش را می‌توان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به شمار آورد. ازاین‌روی برای تحقیقات آتی پیشنهاد می‌شود که هریک از متغیرهای مورداستفاده در این تحقیق را در سایر بیماری‌های جسمانی به کاربرده شود تا تفاوت بین گروه بیماران قلبی عروقی با سایر بیماران جسمانی نیز در سه متغیر تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی مورد مقایسه قرار گیرد و در پروتکل‌های درمان روان‌شناختی بیماران قلبی-عروقی به مؤلفه‌ی اضطراب وجودی و سایر متغیرهای این پژوهش توجه بیش‌تری گردد. لازم به ذکر است کد اخلاق این مقاله IR.SBMU.MSP.REC.1395.322 می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از همه‌ی همکاران و شرکت‌کنندگان این پژوهش که در راستای اهداف این پژوهش با ما همکاری نمودند، کمال تشکر را داریم. لازم به ذکر است که مقاله حاضر، برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی آقای میثم نیک دانش با شماره ثبت ۴۳۹ م در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

References:

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) Retrieved from: http: //www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/2015
2. Ahmadi A, Soori H, Sajjadi H. Modeling of in hospital mortality determinants in myocardial infarction patients, with and without type 2 diabetes, undergoing pharmaco-invasive strategy: the first national report using two approaches in Iran. Diabetes Res Clin Pract 2015;108(2): 216-22.
3. Reddy K.S. Cardiovascular disease in non-western countries. N Engl J Med 2004;350: 2438-40.
4. Kubzansky LD, Kawachi I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease?. J Psychosom Res 2000;48(4): 323-37.
5. Murberg T, Bru E. Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure. J Psychosom Res 2001;51: 521-7.
6. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B, et al. The influence of age, gender, and race on theprevalence of depression in heart failure patients. J Am Coll Cardiol 2004;43(9): 1542-9.
7. Dennis T, Hajcak G. The late positive potential: A neurophysiological marker for emotion regulation in children. J Psychol Psychiatry 2009;. 50(11): 1373-83.
8. Johnson SL, Carver CS, Fulford D, Kring AM. Goal dysregulation in the affective disorders, Emotion Regulation and psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment. New York: Guilford Press; 2010. P.204-28.
9. Davidson K.W, Mostofsky E, Whang W. Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10 year incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia Health Survey. Euro Heart J 2010;31: 1065–70.
10. Nakamura S, Kato K, Yoshida A, Fukuma N, Okumura Y, Ito H, et al. prognostic value of depression, anxiety, and anger in hospitalized cardiovascular disease patients for predicting adverse cardiac outcomes. Am J Cardiol 2013;111(10): 1432-6.
11. Frasure-Smith N, Lespe´rance F. Depression and Anxiety as Predictors of 2-Year Cardiac Events in Patients With Stable Coronary Artery Disease. Arch Gen Psychiatry 2008;65(1): 62-71.
12. Shen BJ, Avivi YE, Todaro JF, Spiro A, Laurenceau JP, Ward KD, et al. Anxiety characteristics independently and prospectively predict myocardial infarction in men the unique

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

contribution of anxiety among psychologic factors. J Am College Cardiol 2008;51: 113–9.

13. Roest AM, Martens Ej, Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: A meta-analysis. J Am College Cardiol 2010;56(1): 38-46.
14. Shreve-Neiger, Edelstein BA. Religion and anxiety: A critical review of the literature In Religiosity and anxiety. J Soc Psychol 108: 137–8.
15. Hullett AM. A Validation Study of the Existential Anxiety Scale, Middle Tennessee Psychological Association Nashville. Tennessee: 1994.
16. Berman SL, Weems CF, Stickle TR. Existential anxiety in adolescents: prevalence, structure, association with psychological symptoms and identity development. J Youth Adolescence 2006;35(3): 303–10.
17. Vogelzangs N, Seldenrijk A, Beekman AT, van Hout HP, de Jonge P. Cardiovascular disease in persons with depressive and anxiety disorders. J Affect Disord 2010;125(1-3): 241-8.
18. Segal ZV, Williams J, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. 2002.
19. Siegel RD. The mindfulness Solution (every day practices for every day problems. New York: Guilford; 2010.
20. Armstrong L, Rimes K. Mindfulness-based cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): A pilot randomized study. Behav Ther 2016;47(3): 287-98.
21. Nyklicek I, Vingerhoets AD, Mercel Zeelenberg M. Emotion Regulation and well-bing New York, Dordrecht Heidelberg London. 2011. P. 101-15.
22. Allexandre D, Fox E, Golubic M, Morledge T, Fox JEB. Mindfulness, yoga and cardiovascular disease. leve Clin J Med. 2010;77: 85.
23. Schutte NS, Malouff JM. Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. Pers Individ Dif 2011;5: 1116-9.
24. Jahangirpour M, Musavi SV, Rezaei S, Khosrojavid M, Salari A. The effectiveness of group mindfulness training on reducing symptoms of psychopathology and electrocardiographic changes in patients with coronary heart disease. J Fundamen Mental Health 2014;15(4): 263-73.
25. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Sci Practice 2003;10: 144-56.
26. Robins CJ, Keng SL, Ekblad AG, Brantley JG. Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: a randomized controlled trial. J Clin Psychol 2012;68(1): 117-31.
27. Cohen L; Manion L; Morris K. Research methods in educational by routleolege flamer. 5th edition.
28. Wallis M, Boxer E, Chaboyer W, Grant S, Bardsley K, Carlson M, et al. Health-related quality of life and coping in chronic illness: A pilot study. J Gen Int Med 2006;15(11): 769-89.
29. Rahimi R, Arefi M, Golmohammadian M. Comparing personality dimensions and coping strategies in healthy individuals and heart patients. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2016;23(10): 957-68.
30. Alavi K, Modares M, Amini A, Salehi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness distress tolerance and emotion regulation component) on depressive symptoms of depression in university students. Q J Fundam Ment Health 2013;13(2): 124-35.
31. Ahmadvand Z, Heydarinasab L, Shairi M.R. Prediction of Psychological Well –Being Based onthe Comonents of Mindfulness. Health Psychol 2012; 1(2): 20-31.
32. Marashi S.A, Taami A, Zargar Y. Effectiveness of Education spiritual intelligence on Psychological Well –Being, existantial anxiety and spiritual

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

intelligence in university students. J Psychol Chamran Univ 2012;4: 63-80. (Persian)

33. Noorali zadeh M, Janbozorgi M. association existantial anxiety with anxiety disorder and comparison those in criminal, normal and religious individuals. J Psychol Religion 2010;3(2): 29-44. (Persian)
34. Potijk MR, Janszky I, Reijneveld SA, Falkstedt D. Risk of Coronary Heart Disease in Men With Poor Emotional Control: A Prospective Study. Psychosom Med 2016;78(1):60–7.
35. Steptoe A, Wardle J, Marmot M. Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. Proc Natl Acad Sci USA 2005;102(18):6508–12.
36. Pieper S, Brosschot JF. Prolonged stress-related cardiovascular activity: is there any? Annals Behav Med 2005;30: 91-103.
37. Gross JJ. Handbook of Emtion Regulation. New York, NY: Guilford Press; 2007.
38. Aldao A, Nolen- Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2010;30: 217-37.
39. Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. Emotion regulation and the anxiety disorders: an integrative review. J Psychopathol Behav Assess 2010;32: 68-82.
40. Loucks EB, Schuman-Olivier Z, Britton WB, Fresco DG, Brewer JA, Fulwiler C. Mindfulness and Cardiovascular Disease Risk: State of the Evidence, Plausible Mechanisms, and Theoretical Framework. Curr Cardiol Rep 2015;17: 112.
41. Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach AD, Ciesla JA. The role of mindfulness facets in affective forecasting. Pers Individ Dif 2010;49(7): 815-18.
42. Gustad LT, Laugsand LE, Janszky I, Dalen H, Bjerkeset O. Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infarction: the HUNT 2 study. Eur Heart J 2014;35(21):1394–403.
43. Frasure S. In–hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcomes after acute myocardial infarction in men. Am J Cardiol 1991;67: 121-7.
44. Watkins LL, Koch GG, Sherwood A, Blumenthal JA, Davidson JRT, O'Connor C, et al. Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. J Am Heart Association 2013;2: 1-10.
45. Holloway B. Stress Can Increase Your Risk for Heart Disease. New York: University of Rochester Medical Center; 2015.
46. Strachan E, Schimel J, Arndt J, Williams T, Solomon S, Pyszczynski T, et al. Terror mismanagement: evidence that mortality salience exacerbates phobic and compulsive behaviors. Pers Soc Psychol Bull 2007;33(8):1137–51.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

Original Article

EMOTION REGULATION MINDFULNESS AND EXISTENTIAL ANXIETY IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES: A COMPARATIVE STUDY

Meisam Nikdanesh[1], Mohammad Hassan Davazdah Emami[2], Mohammad Esmail Gheydari[3], Maryam Bakhtiyari[4], Abolfazl Mohamadi[5]*

Received: 12 Apr, 2017; Accepted: 21 Jun, 2017

Abstract

Background & Aims: The purpose of this study was to compare emotion regulation, mindfulness, existential anxiety in patients with cardiovascular diseases and healthy individuals.

Materials & Methods: In this case-control cross- sectional study, all cardiac patients who had referred to Taleghani hospital in Tehran over the year of 2016 were included. Out of this population, 61 patients with cardiovascular diseases were selected and 63 healthy subjects were selected from among the attendants of the patients. Instruments for collection of data comprised a demographic characteristics questionnaire, Difficult in Emotion Regulation Scale (DERS), five fact mindfulness questionnaire (FFMQ) and Existential Anxiety Inventory (EAI). To test the research hypothesis, Mann-Whitney U was used.

Results: There was a significant difference between the two groups, with cardiovascular disease and normal subjects in the emotion regulation, mindfulness and existential anxiety.

Conclusion: Emotion regulation, mindfulness and existential anxiety are psychological factors with a potential impact on cardiovascular diseases and their effect is suggested to be taken into account in such disorders.

Keywords: *Cardiovascular disease, Emotion regulation*, *Existential anxiety, Mindfulness*

Address: Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: +989133258776
Email: davazdahemamy@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2017: 28(6): 393 ISSN: 1027-3727

[1] *MA of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2] *Assistant Professor in Clinical Psychology, Psychology Department, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)*
[3] *Assistant Professor, Cardiovascular Diseases Department, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[4] *Associate Professor in Clinical Psychology, Psychology Department, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[5] *Assistant Professor in Clinical Psychology, Psychology Department, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]