Journal Website

Article history:
Received 06 October 2024
Revised 23 November 2024
Accepted 10 December 2024
Published online 14 Dec. 2024

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 3, Issue 4, pp 64-81

E-ISSN: 2981-1759

Development of a Hope Model Based on Emotion Regulation with Spiritual Well-Being as a Mediator in Heart Failure Patients in Kermanshah and Its Effectiveness on Death Anxiety

Shahin Safari[1], Shima Parandin[2]*, Maryam Akbari[3]

1.PhD Student, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, West Islamabad Branch, Islamic Azad University, West Islamabad, Iran (Corresponding author).
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

*** Corresponding author email address**: Parandinshima@yahoo.com

A r t i c l e I n f o

Article type:
Original Research

How to cite this article:
Safari SH, Parandin SH, Akbari M. (2024). Development of a Hope Model Based on Emotion Regulation with Spiritual Well-Being as a Mediator in Heart Failure Patients in Kermanshah and Its Effectiveness on Death Anxiety. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders, 3*(4), 64-81.

© 2024 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

A B S T R A C T

Objective: The purpose of this study was to develop a model of hope based on emotion regulation, with spiritual well-being as a mediator, in heart failure patients in Kermanshah and to evaluate its effectiveness on death anxiety.

Methodology: This research was conducted in two phases. In the first phase, a descriptive correlational method was used to examine the relationship between predictor variables, criteria, and mediators. In the second phase, a semi-experimental research design with a pretest-posttest design and control group was used. The study population consisted of all young heart failure patients visiting Imam Ali (A.S.) Hospital and private clinics in Kermanshah in 2022. In the first phase of the study, 270 participants were selected based on the Cochran formula and the study's inclusion criteria. In the second phase, 30 participants who scored lower on the hope, spiritual well-being, and emotion regulation scales and higher on the death anxiety questionnaire compared to other patients were selected through purposive sampling and divided into experimental (n=15) and control (n=15) groups. Structural equation modeling and analysis of covariance were used for data analysis. These analyses were performed using SPSS and AMOS software, version 23.

Findings: The results showed that emotion regulation had a significant causal relationship with spiritual well-being and hope. Furthermore, a significant causal relationship was found between spiritual well-being and hope.

Conclusion: The findings of this study confirmed the mediating role of spiritual well-being in the relationship between the mentioned variables. The educational program developed based on hope was effective in reducing death anxiety in heart failure patients.

Keywords: *Hope, emotion regulation, spiritual well-being, death anxiety.*

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Heart failure (HF) refers to the inability of the heart to pump blood effectively, resulting in insufficient blood supply to the organs of the body (Piamjariyakul et al., 2024). It is a leading cause of mortality in industrialized nations such as the United States, where cardiovascular diseases, particularly heart failure, are responsible for approximately half of all deaths in these countries (Andreoli et al., 2019). The World Health Organization reported that in 2020, cardiovascular diseases, especially heart disease and stroke, caused the deaths of nearly 23.6 million people worldwide (Biddinger, 2022).

Hope plays a significant role in improving health outcomes for individuals with chronic conditions, including heart failure. Hopeful individuals are generally more resilient in the face of challenges and exhibit better coping strategies when dealing with health problems (Liao et al., 2018). Hope influences emotional regulation, which is essential for individuals coping with chronic diseases. Research shows that individuals with higher levels of hope are more likely to employ adaptive emotion regulation strategies, such as cognitive reappraisal, which is particularly beneficial for individuals with cardiovascular diseases (Pepe, 2020). Another important factor related to well-being in individuals with heart failure is spiritual well-being, a multidimensional construct that includes both vertical (relationship with God) and horizontal (life purpose and satisfaction) aspects (Yaghoubi et al., 2013). Spiritual well-being has been found to be a powerful predictor of both physical and psychological health in individuals with heart failure (Chelmardi & Khakdal, 2018). Moreover, spirituality in heart failure patients can increase resilience, improve coping mechanisms, and enhance psychological well-being, facilitating better adaptation to illness and improved health outcomes (Salehi & Dehshiri, 2018).

Death anxiety, characterized by fear, sadness, and hopelessness associated with the awareness of one's mortality, is a prevalent emotional response among individuals with heart failure (Lee et al., 2024; Masoudzadeh et al., 2018). Studies suggest that death anxiety can significantly affect an individual's health behaviors and emotional state (Ghorbani et al., 2020; Kafi et al., 2024). In this context, hope can act as a protective factor, helping individuals with heart failure manage their emotional responses, including death anxiety. By fostering a hopeful outlook, patients may experience greater emotional stability and a more positive attitude toward their illness, leading to improved coping and reduced psychological distress (Ghorbani et al., 2020). This research aims to explore whether a hope-based intervention designed around emotion regulation, with spiritual well-being as a mediating factor, can significantly reduce death anxiety in young individuals with heart failure in Kermanshah.

Methodology

This study was conducted in two phases. The first phase employed a descriptive, correlational design to examine the relationships among the predictor, criterion, and mediating variables. The second phase employed a quasi-experimental design with a pre-test and post-test control group. In terms of research objectives, the first phase was developmental, while the second phase was applied. The study's target population included young individuals with heart failure who visited Imam Ali (A.S.) Hospital and private clinics in Kermanshah. A total of 270 participants were selected for the first phase using Cochran's formula. In the second phase, 30 participants who scored lower in measures of hope, spiritual well-being,

E-ISSN: 2981-1759

and emotion regulation (compared to other patients) were selected through purposive sampling. These participants were randomly assigned to experimental (n=15) and control (n=15) groups. Inclusion criteria included being aged between 20 and 40 years, having at least a high school diploma, being a resident of Kermanshah, and having a confirmed diagnosis of heart failure for at least one month. Exclusion criteria included any severe psychiatric disorders, physical health problems, or non-compliance with study protocols.

In the first phase, data was collected through a battery of questionnaires administered to the 270 participants. In the second phase, an emotion regulation-based hope intervention program was developed and implemented for the experimental group. The program was based on existing literature and delivered through a series of structured sessions. The control group did not receive the intervention. Both groups completed pre- and post-test assessments, and the data was analyzed using statistical techniques including structural equation modeling and ANCOVA.

Findings

The analysis revealed that all the key variables in the study, including emotion regulation, spiritual well-being, hope, and death anxiety, exhibited positive relationships. Specifically, participants reported above-average levels of psychological capital, with the mean score for emotion regulation being 13.18 (SD = 3.47), spiritual well-being at 13.27 (SD = 3.09), hope at 38.04 (SD = 8.69), and death anxiety at 11.58 (SD = 3.21). The correlation analysis indicated significant positive associations between these variables, with the strongest relationship observed between emotion regulation and hope.

When analyzing the hypothesis using structural equation modeling, the results showed that the proposed model, which integrates hope based on emotion regulation and spiritual well-being as a mediator, fit the data well. The model's fit indices indicated a good fit, with values such as RMSEA = 0.068, GFI = 0.926, CFI = 0.943, and NFI = 0.931, all supporting the validity of the model. Furthermore, path analysis confirmed that all the paths in the model were statistically significant, with coefficients indicating a meaningful relationship between hope, emotion regulation, and spiritual well-being.

In the quasi-experimental phase, the intervention based on hope and emotion regulation showed a significant effect on reducing death anxiety. The experimental group, which received the intervention, demonstrated a substantial reduction in death anxiety, with the mean pre-test score of 12.40 dropping to 4.86 post-test (a mean difference of 7.53). In contrast, the control group showed a minimal change, with a pre-test mean of 12.73 and a post-test mean of 12.13 (a mean difference of 0.60). The statistical tests confirmed the intervention's effectiveness, with a highly significant difference in death anxiety scores between the experimental and control groups, indicating that the hope-based program had a considerable impact on alleviating death anxiety among participants with heart failure.

Discussion and Conclusion

This study provides evidence that a hope-based intervention, incorporating emotion regulation and spiritual well-being, effectively reduces death anxiety in young individuals with heart failure. The results support the idea that hope can mediate the relationship between emotion regulation and psychological health outcomes in individuals with chronic health conditions. These findings align with previous research indicating that hope and emotional regulation are crucial for improving the psychological well-being of heart failure patients (Dadfar & Golestani, 2020; Hashemi et al., 2024; Moradi et al., 2021).

The study highlights the importance of integrating psychological and spiritual interventions into the treatment plan for individuals with heart failure, particularly in younger populations. By fostering hope and enhancing emotion regulation skills, healthcare providers can improve both the emotional and physical well-being of patients, thereby promoting better coping mechanisms and overall health outcomes. Future research should explore the long-term effects of hope-based interventions on heart failure patients' quality of life and psychological resilience.

This research also underscores the role of spiritual well-being in fostering hope and resilience in patients with chronic illnesses. Spiritual practices and beliefs can significantly enhance coping mechanisms and reduce psychological distress, ultimately leading to improved health outcomes. Therefore, integrating spiritual well-being into clinical practice may be a valuable strategy for supporting individuals with heart failure in managing their condition and improving their quality of life.

In conclusion, hope, emotion regulation, and spiritual well-being are crucial components of psychological resilience in young individuals with heart failure. Implementing hope-based interventions that target these factors can significantly reduce death anxiety and improve the emotional well-being of patients. This research contributes to the growing body of evidence on the importance of psychological and spiritual interventions in managing chronic illnesses, particularly heart failure, and provides practical implications for healthcare providers seeking to enhance patient care.

E-ISSN: 2981-1759



شاپای الکترونیکی: ۱۷۵۹-۲۹۸۱

پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی

دوره ۳، شماره ۴، صفحه ۶۴-۸۱

وبسایت مجله

تاریخچه مقاله
دریافت شده در تاریخ ۱۵ مهر ۱۴۰۳
اصلاح شده در تاریخ ۰۳ آذر ۱۴۰۳
پذیرفته شده در تاریخ ۲۰ آذر ۱۴۰۳
منتشر شده در تاریخ ۲۴ آذر ۱۴۰۳

تدوین مدل امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شهر کرمانشاه و اثربخشی آن بر اضطراب مرگ

شهین صفری[۱]، شیما پرندین[۲]*، مریم اکبری[۳]

۱.دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران (نویسنده مسئول).

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

*ایمیل نویسنده مسئول: Parandinshima@yahoo.com

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

صفری ش، پرندین ش، اکبری م. (۱۴۰۳). تدوین مدل امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شهر کرمانشاه و اثربخشی آن بر اضطراب مرگ. *پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی*، ۳(۴)، ۶۴-۸۱.

© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

چکیده

هدف: موضوع این پژوهش تدوین مدل امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شهر کرمانشاه و اثربخشی آن بر اضطراب مرگ بود. **روش‌شناسی:** این پژوهش در دو مرحله انجام گرفت.در مرحله اول روش توصیفی از نوع همبستگی بود که ارتباط بین متغیرهای پیش بین،ملاک و میانجی مورد بررسی قرار گرفت.در مرحله دوم پژوهش از روش تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شدجامعه آماری در این پژوهش تمام جوانان مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان امام علی (ع) و مطب‌های خصوصی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱ بودند. در فاز اول مطالعه و بر اساس فرمول کوکران و با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش تعداد ۲۷۰ نفر به عنوان حجم نمونه آماری انتخاب شد. در فاز دوم پژوهش نیز بصورت هدفمند و با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش از میان جامعه آماری تکمیل کننده ابزارهای پژوهش که نمره کمتری در مقیاس‌های امیدواری و بهزیستی معنوی و تنظیم شناختی هیجان و همچنین نمره بیشتری در پرسشنامه اضطراب مرگ نسبت به بقیه بیماران کسب نمودند تعداد ۳۰ نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش (تجربی) و کنترل (گواه) (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده شدند.در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل سازی معادلات ساختاری و آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.لازم به ذکر است که این تحلیل‌ها با کمک نرم افزارهای SPSS و AMOS نسخه ۲۳ انجام گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که تنظیم شناختی هیجان با بهزیستی معنوی و امیدواری ارتباط علی معناداری دارند.همچنین مشخص گردید که ارتباط علی بین بهزیستی معنوی و امیدواری معنادار است. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش تایید کننده نقش میانجی بهزیستی معنوی در ارتباط بین متغیرهای مذکور بود. همچنین برنامه آموزشی تدوین شده بر اساس امیدواری بر میزان اضطراب مرگ بیماران با نارسایی قلبی اثربخش بود.

کلیدواژگان: *امیدواری، تنظیم شناختی هیجان، بهزیستی معنوی، اضطراب مرگ.*

مقدمه

نارسایی قلبی به معنی عدم کارآیی قلب در پمپاژ خون است. در چنین شرایطی قلب قادر نیست که جریان خون کافی را به دیگر اعضای بدن برساند (Piamjariyakul et al., 2024). این بیماری علت اصلی مرگ و میر در کشورهای صنعتی از جمله ایالات متحده است. نصفی از همه مرگ‌ها در کشورهای صنعتی و ۲۵ درصد در کشورهای درحالت توسعه نیز مربوط به بیماری نارسایی قلبی است (Andreoli et al., 2019). بر اساس اطلاعات منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۲۰ علت مرگ تقریباً ۶/۲۳ میلیون نفر در سراسر جهان ناشی از بیماری‌های قلبی ـ عروقی، به‌ویژه بیماری‌های قلبی و سکته مغزی بود (Biddinger, 2022). امروزه نارسایی قلب یکی از معضلات کنونی جامعه ایران نیز است که در جوانان بیشتر به علت چاقی و سبک زندگی نامناسب ایجاد می‌شود که بعلت زندگی ماشینی، امروزه در کشورمان در حال شیوع است.مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که میزان بروز مرگ‌ومیر ناشی از بیماری نارسایی قلبی بخصوص در میان قشر جوان در ایران در حال افزایش است، به‌طوری‌که بیماری‌های قلبی ـ عروقی اولین علت مرگ‌ومیر در این کشور محسوب می‌شود (Saraf-Zadegan, 2020). یافته‌های علمی از این واقعیت حمایت می‌کند که عوامل روانشناختی مانند نا امیدی و اضطراب مرگ می‌توانند بر ایجاد و تداوم بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری نارسایی قلبی تأثیرگذارند (Glozier, 2019; Nakamura, 2020; Ramond, 2016). با وجود اینکه بسیار از مردم دنیا و ایران نارسایی قلبی را یک بیماری برای افراد مسن می‌دانند اما نتایج مطالعات نشان می‌دهد که در چند سال گذشته ابتلا به این بیماری در جوانان نیز شیوع پیدا کرده است (Ghorbani et al., 2020). برخی از افراد هستند که تصور می‌کنند افراد با رده سنی جوان به بیماری قلبی مبتلا نمی‌شوند. زیرا آن‌ها برای این مسائل بسیار جوان هستند. این مسئله اشتباه است، زیرا مشکلات قلبی و حتی حمله‌های قلبی، در هر سنی ممکن است رخ دهند. یک فرد در ۲۰ سالگی ممکن است دچار نارسایی قلبی شود. بر اساس یک بررسی در سال ۲۰۱۸ که مطالعاتی روی افراد ۲۰ ساله در سوئد انجام شده، در حدود یک درصد از افرادی که در بیمارستان به دلیل نارسایی قلبی بستری می‌شوند افراد بین ۱۸ تا ۴۴ سال یعنی رده سنی جوانان هستند و در ایالات متحده، حدود ۶/۲ میلیون نفر از افراد جامعه مبتلا به نارسایی قلب هستند که در میان حدود ۱/۴ میلیون نفر زیر ۵۵ سال سن دارند (Baratpour & Dasht Bozorgi, 2020; Dadfar & Golestani, 2020; Fazlinezhad et al., 2020). همچنین طبق آمار اعلام شده مدیرکل ثبت احوال استان کرمانشاه از ۱۱ هزار و ۳۸۸ فوتی در یکسال بیش از ۵ هزار و ۴۳۷ نفر بر اثر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی در این استان جان خود را از دست داده‌اند که این امار اهمیت پرداختن به این مساله را آشکارتر می‌کند. اولین و اصلی ترین متغیری که در این پژوهش با آن مواجه هستیم امید است، امیدواری و نقش آن در بهبود بیماری‌های قلبی و تاثیر آن بر سلامت جسم و روان، یک امر بدیهی است. امید در هر شرایطی به نفع بشر است. این احساس مثبت باعث حرکت روبه جلو و تلاش در زندگی می‌شود. امیدوار بودن و داشتن تفکرات امیدوارانه بر سیستم عصبی افراد تاثیر زیادی می‌گذارد. پژوهشگران معتقدند هر چه در بدن اتفاق می‌افتد بر ذهن نیز تاثیرگذار است و هر چه بر ذهن تاثیرگذار باشد، بر جسم نیز تاثیر می‌گذارد. به همین علت می‌گویند بیماران با امیدواری می‌تواند برخی بیماری‌های سخت مانند نارسایی قلبی و یا انواع سرطان را درمان کنند و بهتر با بیماری خود کنار بیایند (Liao et al., 2018). نگاه امیدوارانه، اثرات زیادی در سازگاری بیمار با شرایط به خصوص در طی دوران درمان دارد. در رابطه با ارتباط بین امید و تنظیم هیجان طبق مطالعات انجام شده، امیدواری به شکل مطلوبی توانایی بهبود برخی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در بیماران قلبی داراست (Pepe, 2020)؛ در نهایت اهمیت مهارت تنظیم هیجان برای حفظ سلامت جسم و روان در بیماران قلبی در پژوهش‌های زیادی تایید شده است (Gross, 2008, 2018; Tajeryan et al., 2023). سومین متغیر این پژوهش بهزیستی معنوی است؛ پژوهشگران اعتقاد دارند که متغیر بهزیستی معنوی سازه‌ای چندبعدی است و شامل یک بعد عمودی و یک بعد افقی است که بعد عمودی آن، به ارتباط با خدا و بعد

E-ISSN: 2981-1759

افقی آن به احساس هدفمندی و رضایمتندی از نوع زندگی، بدون در نظر گرفتن مذهب خاص اشاره دارد (Yaghoubi et al., 2013). در رابطه با ارتباط بین بهزیستی معنوی و مشکلات قلبی نتایج تحقیقات محققین حوزه روانشناسی نشان می‌دهد که بهزیستی معنوی تبیین کننده بهزیستی روانی و جسمانی و قوی ترین پیش‌بین سلامت روانی در بیماران با نارسایی قلبی است (Chelmardi & Khakdal, 2018) و معنویت در این بیماران در پیوند با سایر ویژگی‌های اخلاقی و روانشناختی، قدرت مقابله در برابر تنش‌ها را بالا می‌برد و تقویت باورها و عقاید مذهبی در تمامی مراحل زندگی یک بیمار قلبی می‌تواند اقدام پیش گیری کننده در کاهش اختلالات روانی و بهبود بیماری در وی باشد و کارکرد روانی، سلامت روان و سازگاری با بیماری را در این افراد تقویت کند (Safaei, 2020) که این خود از اهمیت بسزایی برخوردار است. پس می‌توان گفت که پیوند میان دو متغیر امیدواری و گرایش‌های معنوی، موجب ارتقاء زندگی بیماران قلبی می‌شود، تحقیقات نشان داده اند که بیماران با حس معنوی بالاتر امیدوارترند و با بیماری خود بهتر مقابله می‌کنند (Salehi & Dehshiri, 2018).

اضطراب مرگ همان احساس ترس و اندوه و نا امیدی است که همراه با انتظار مرگ ممکن است همراه با بیماران قلبی باشد و به آن‌ها یادآوری کند که باید مراقب خود باشند. رویارویی با مرگ برای انسان‌ها پدیده‌ایست دشوار. به همین خاطر است که واقعیت مرگ را سرکوب می‌کنیم و دفاع‌های مختلف روانی را به کار می‌گیریم تا از فکر کردن به آن فرار کنیم.بیشتر انسان‌ها می‌گویند به‌ندرت به مرگ فکر می‌کنند. با این وجود، در یک سطح ناخودآگاه، شناخت از مرگ احتمالی ما موجب اضطراب مرگ می‌شود که بر جنبه‌های مهم زندگی ما تأثیر می‌گذارد و باعث ایجاد انگیزه در بسیاری از اقدامات ما می‌شود (Lee et al., 2024; Masoudzadeh et al., 2018). نتایج پژوهش‌های مختلف حکایت از آن دارد که امید و اضطراب مرگ می‌توانند سلامت روان را به طور معنی داری پیش بینی کنند (Ghorbani et al., 2020). آگاهی از مرگ غیرقابل گریز است و اضطراب مربوط به آن به رفتارهای گوناگون منجر می‌شود؛ به عبارت دیگر، وقتی مردم با اضطراب مرگ روبه رو می‌شوند، واکنش‌های متفاوتی از خود نشان می‌دهند (Kafi et al., 2024; Kashmari et al., 2024). بیماری قلبی عروقی می‌تواند یک تجربه منفی همانند اضطراب به ویژه اضطراب مرگ به همراه داشته باشد.اضطراب مرگ را در این بیماران می‌توان یک مکانیسم دفاعی فرض کرد که با تعارض‌های ناخودآگاه سروکار دارد. اضطراب مرگ علت چیزی نیست، بلکه صرفا نشانه‌ای ازآسیب روانی است. درد یک تجربه حسی و عاطفی ناخوشایند مرتبط با آسیب دیدگی واقعی یا بالقوه بافتی، یا شبیه آن است؛ تحقیقات نشان می‌دهند که حس امیدواری و شادی از طریق تحمل کردن درد جسمی ممکن است که تجربه شود و این مساله باعث می‌شود که بیماران قلبی اعتماد بنفس بالاتری بگیرند و داروی کمتری استفاده کنند (Ghorbani et al., 2020). هاشمی و همکاران (۱۴۰۳) در مطالعه خود با عنوان« رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان، اضطراب مرگ و امیدواری در بیماران قلبی-عروقی» که بر روی ۱۰۰ بیمار قلبی-عروقی مراجعه کننده به بیمارستان جم شهر تهران انجام شد نشان دادند که بین امیدواری و هر یک از ابعاد آن با بهزیستی معنوی در بیماران قلبی-عروقی رابطه مثبت و معنی داری وجود داشت و رگرسیون چندمتغیره نشان داد که متغیرهای پیشبین توانسته اند با هم ۳۳ درصد از تغییرات مربوط به بهزیستی معنوی را تبیین نمایند (Hashemi et al., 2024). پپه (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند که امیدواری به شکل مطلوبی توانایی بهبود برخی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را داراست و تفکر امیدوارکننده به رفاه رتنظیم هیجانات می‌رسد و همچنین اثر متقابل بین امید و ارزیابی مجدد در پژوهش این افراد نشان داد که ارزیابی مجدد به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی ممکن است برای بیماران با امید کم، یاری دهنده باشد (Pepe, 2020). امروزه، علاقه مندی زیادی نسبت به ارزیابی و بهبود امیدواری در افراد دچار بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری قلبی وجود دارد و بهبود امیدواری و عملکرد روزانه این بیماران به یک هدف تبدیل شده است. سرعت بهبودی در افراد امیدوار بسیار بیشتر از افراد ناامید است. بعضی از بیماری‌ها و علل مرگ باعث کاهش شدید امیدواری این افراد می‌شود، بنابراین باید در جهت کنترل عواملی که کاهش بیشتری در مرگ و افزایش مطلوبی در امیدواری دارند،پژوهش‌هایی انجام داد، تشخیص بیماری قلبی یک تجربه بسیار ناخوشایند و غیرقابل باور برای هر

فرد است که باعث می‌شود شغل، وضعیت اقتصادی اجتماعی و زندگی خانوادگی بیمار دچار اختلال گردد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی این سؤال است که آیا تدوین مدل امیدواری بر اساس تنظیم هیجان با در نظر گرفتن نقش میانجی بهزیستی معنوی در جوانان کرمانشاهی مبتلا به نارسایی قلبی از برازش مطلوبی برخوردار است؟ آیا برنامه آموزشی امیدواری بر میزان متغیرهای اضطراب مرگ افراد با نارسایی قلبی شهر کرمانشاه موثر است؟

مواد و روش پژوهش

این پژوهش در دو مرحله انجام گرفت.در مرحله اول روش توصیفی از نوع همبستگی بود که ارتباط بین متغیرهای پیش بین،ملاک و میانجی مورد بررسی قرار گرفت.در مرحله دوم پژوهش از روش تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. از نظر هدف پژوهش، مرحله اول جز تحقیقات توسعه‌ای و مرحله دوم جز تحقیقات کاربردی بود.جامعه آماری در این پژوهش تمام جوانان مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان امام علی(ع) و مطب‌های خصوصی شهر کرمانشاه بود. پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم از جمله با شناسه اخلاق .IR.IAU.SDJ.REC.۱۴۰۲,۰۲۴ از دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج رعایت اصول اخلاقی و حفظ اطلاعات شرکت کنندگان، در فاز اول مطالعه و بر اساس فرمول کوکران و با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش تعداد ۲۷۰ نفر به عنوان حجم نمونه آماری انتخاب شد. در فاز دوم پژوهش نیز بصورت هدفمند و با رعایت ملاک‌های ورود به پژوهش از میان جامعه آماری تکمیل کننده ابزارهای پژوهش که نمره کمتری در مقیاس‌های امیدواری و بهزیستی معنوی و تنظیم شناختی هیجان و همچنین پرسشنامه‌های اضطراب مرگ نسبت به بقیه بیماران کسب نمودند تعداد ۳۰ نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش(تجربی) و کنترل(گواه) _ هر گروه ۱۵ نفر_ قرار داده شد. ملاک‌های ورود شامل قرار داشتن در رده سنی ۴۰-۲۰ سال،داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، ساکن کرمانشاه،دارای پرونده بیماری با تایید پزشکی ابتلا به نارسایی قلبی و با حداقل یکماه زمان بیماری و قرارداشتن در فرآیند درمان،عدم ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی طی یکسال گذشته،تمایل به شرکت در مطالعه با رضایت و تصمیم خود (لازم به ذکر است که ملاک‌های ورود در یک مصاحبه مقدماتی قبل از ارائه پرسشنامه‌ها از بیماران نارسایی قلبی پرسیده شد و در صورت دارا بودن ملاک‌های پرسشنامه‌ها اجرا شد). ملاک خروج شامل داشتن مشکلات جسمی و یا روانپزشکی،عدم همکاری شرکت کننده در انجام تکالیف یا شرکت در جلسات و غیبت بیش از یک جلسه، انصراف بیمار.شرح کامل روش اجرای پژوهش به این صورت است که در مرحله اول پژوهش و پس از تعیین تعداد حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، ابزارهای پژوهش (به شرحی که در ذیل آورده شده اند) در میان ۲۷۰ نفر حجم نمونه اولیه توزیع،تکمیل و جمع آوری شد.سپس مدل امیدواری بر اساس تنظیم هیجان و نقش میانجی بهزیستی معنوی هیجان در قالب یک برنامه آموزشی و با استفاده از منابع مختلف و با جلسات معین و ساعات مشخص طراحی و تهیه گشت و در مرحله دوم جلسات آموزشی بر روی ۱۵ نفر گروه آزمایش در حالی که گروه کنترل هیچ برنامه آموزشی را دریافت ن کرد برگزار شد و تاثیر این برنامه آموزشی بر متغیرهای اضطراب مرگ افراد نمونه بررسی شد علاوه بر این یک مجموعه آموزشی برای متغیر مستقل طراحی و در اختیار گروه آزمایش قرار گرفت. در پایان جلسات نیز از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد و نتایج جمع آوری شد.

۱)پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر (۲۰۰۵): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۵ توسط اشنایدرو همکاران و با هدف سنجش میزان امید به زندگی در افراد بزرگسال (بالای سن ۱۵ سال) ساخته شد.این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می‌باشد. شیوه نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملا موافقم،موافقم،نظری ندارم،مخالفم،کاملا مخالفم و از امتیاز ۵ تا ۱) می‌باشد.اما این شیوه نمره گذاری در مورد سوالات شماره ۳، ۷ و ۱۱ معکوس شده و به صورت (کاملا موافقم۱ امتیاز تا کاملا مخالفم ۵ امتیاز) می‌باشد و دامنه امتیازات آن بین ۱ تا ۴۹ بوده و امتیازات بالاترنشان دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ دهنده است و برعکس.

E-ISSN: 2981-1759

خرده مقیاس‌های این آزمون عبارتند از: تفکرعامل[1](اراده برای دستیابی به هدف و داشتن انرژی هدفمند) و مسیرها[2](برنامه ریزی مسیرهایی جهت رسیدن به اهداف). روایی و پایایی این پرسشنامه با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ بدست آمده است. همچنین این مقیاس توسط استادان رشته مدیریت و مطالعه آزمایشی دانشگاه مشهد و تربیت معلم مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (Abedi et al., 2024).

۲) پرسشنامه بهزیستی معنوی پالوتزیان و الیسون (۲۰۱۹): مقیاس بهزیستی معنوی (SWB) توسط پالوتزیان و الیسون طراحی شده است. این مقیاس یک پرسشنامه حاوی ۲۰ عبارت است که پاسخ‌های آن بر طبق مقیاس لیکرت ۶ قسمتی(از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم) می‌باشد. این مقیاس به دو گروه سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می‌شود که هر کدام ۱۰ عبارت را شامل شده و نمره ۱۰ را به خود اختصاص می‌دهد. عبارت‌های فرد سلامت مذهبی و عبارت‌های زوج سلامت وجودی را نشان می‌دهند. نمره کل بهزیستی معنوی جمع نمره‌های این دو زیر گروه می‌باشد که بین ۱۲۰-۲۰ بود.در عبارت‌های با فعل مثبت پاسخ‌های کاملا موافقم» نمره ۶ و «کاملا مخالفم» نمره ۱ را می‌گیرند و بقیه عبارت‌ها که با فعل منفی هستند، پاسخ‌های «کاملا موافقم» نمره ۱ و «کاملا مخالفم» نمره ۶ را می‌گیرند. مجموع نمرات به دست آمده را می‌توان بدین صورت دسته بندی نمود: بهزیستی معنوی در حد پایین: ۴۰-۲۰؛ بهزیستی معنوی در حد متوسط: ۹۹-۴۱ و بهزیستی معنوی در حد بالا: ۱۲۰-۱۰۰. این پرسشنامه در ایران توسط عباسی در سال ۱۳۸۴ بر روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه‌های ایران، تهران و شهید بهشتی اجرا گردیده است. برای این پرسشنامه۰/۸۲ = R گزارش شده است. در مطالعه سیدفاطمی و همکاران، روایی پرسشنامه بهزیستی معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص گردید. پایایی آن در سال ۱۳۸۵ توسط رضایی در تهران با ضریب آلفای کرونباخ ۸۲ درصد مورد تأیید قرار گرفت (Mikaeli-Manee et al., 2021).

۳) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (۲۰۱۲): پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۱۲) تدوین شده است. این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد.بر خلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از یک تجربه منفی یا وقایع آسیب زا ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و دارای ۹ زیر مقیاس و ۳۶ ماده می‌باشد. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولا، گاهی، هرگز) جمع آوری می‌شود. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده می‌باشد.پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) نه راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند.روش نمره‌گذاری:در این پرسشنامه، تعیین نمرات هر یک از مؤلّفه‌ها با جمع نمرات سوال‌های مربوط به آن انجام می‌شود. نمره‌گذاری به شکل زیر صورت می‌گیرد.(هرگزنمره صفر-.....-همیشه نمره۷).سازندگان این پرسشنامه پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. پیوسته گر و حیدری (۱۳۸۵) همسو با یافته‌های فوق ضرایب بالایی را گزارش کرده اند. در تحلیل عاملی که امین آبادی (۱۳۸۸) با روش تحلیل مولفه‌های اصلی بر پرسشنامه انجام داد، ۳۶ گویه به ۲۶ گویه و ۹ خرده مقیاس به ۴ خرده مقیاس (سرزنش خود و فاجعه آمیز پنداری، مقابله و پذیرش، مثبت اندیشی و سرزنش دیگران) کاهش یافت و ضرایب پایایی ۰/۷۷، ۰/۷۰، ۰/۷۶ و ۰/۶۴ برای خرده مقیاس‌ها و برای کل پرسشنامه ۰/۷۰ گزارش گردید.روایی ملاکی پرسشنامه از طریق روایی همزمان

[1] agency thinking
[2] Pathways

(اجرای همزمان با سیاهه افسردگی بک) مورد بررسی قرار گرفته و روابط درونی خوبی بین خرده مقیاس‌ها دیده شد (Abbasian Hadadan, 2024; Hosseini, 2024).

۴)پرسشنامه اضطراب مرگ (DAS): این مقیاس توسط تمپلر (۲۰۱۵) ساخت و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه یکی از پرکاربردترین پرسشنامه‌ها به شمار می‌آید. مقیاس اضطراب مرگ تمپلر توسط رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) به فارسی ترجمه شد این مقیاس یک پرسشنامه خود اجرایی متشکل از ۱۵ سوال صحیح - غلط می‌باشد، که نگرش آزمودنی نسبت به مرگ را مورد پرسش قرار می‌دهد. پاسخ بله نشانه وجود عامل اضطراب‌زا در فرد است. بنابراین نمرات این مقیاس می‌توان بین ۰ تا ۱۵ متغیر باشد، که نمره بالا نشانگر اضطراب مرگ در افراد است. ۹ آیتم از ۱۵ سؤال به پاسخ صحیح امتیاز یک و در ۶ مورد به انتخاب گزینه نادرست امتیاز یک تعلق می‌گیرد. در تحقیق حاضر نمره ۷ به عنوان نمره برش و حداقل نمره لازم برای شرکت در تحقیق در نظر گرفته شده است. نتایج تحقیقات بی‌شای و نبولی (۲۰۰۱) نشان داده است که ترجمه ی این پرسشنامه به ۲۶ زبان دنیا دارای اعتبار بالایی است. خود تمپلر (۲۰۱۵) در مقاله‌ای که به معرفی آمون پرداخت ضریب بازآزمایی مقیاس (DAS) را ۸۳/. به دست آورد. در مطالعات تحلیل‌عاملی، وارن و کوبرا (۱۹۷۹) این مقیاس را روی دانشجویان استرالیا اجرا کردند آن‌ها به سه عامل دست یافتند که ۳۸/. از کل واریانس را تبیین می‌کرد؛ اضطراب مرگ صرف، عامل عمومی، ترس از درد. ساچینو و کلاین (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای عاملهای سه گانهای که با روش تحلیل عوامل به ترتیب عبارتند از ۶۸/.، ۴۹/.، ۶۰/. گزارش کردند. کونتی، وینر و پلاچیک (۱۹۸۲) اعتبار تنصیف مقیاس اضطراب مرگ را ۷۶/. و همبستگی هر سوال با نمره‌ی کل را از ۳۰/. تا ۷۴/. با میانگین ۵۱/. برای افراد سالخورده و ۴۴/. برای گروه دانشجویان گزارش کرده‌اند. همچنین، عبدالخالق و احمد (۱۹۹۱)، ضرایب اعتبار تنصیف مقیاس برای فرم عربی آن را برای مردان ۵۷/. و برای زنان ۷۸/. بدست آورده‌اند. کلی و کوریویو (۱۹۹۵) اعتبار بازآزمایی مقیاس اضطراب مرگ را ۸۵/. و ضریب همسانی درنی آن را ۷۳/. گزارش کرده‌اند (به نقل از علی اکبری دهکردی، اورکی و برقی ایرانی، ۱۳۹۰).نتایج حاصل از تحلیل عاملی پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر توسط رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) ضریب اعتبار تنصیف مقیاس اضطراب مرگ را ۶۲/. وضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه معادل ۷۳/. گزارش شده است. در پژوهش رفیعی اردستانی (۱۳۹۱) در خصوص اثر بخشی معنی درمانی بر اضطراب مرگ بیماران سرطانی پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۶۲۵/. به دست آمد که نشان از پیوستگی درونی نسبی این مقیاس است (Kashmari et al., 2024).

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌های این پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی با استفاده از مدل سازی معادلات ساختاری و آزمون تحلیل کواریانس از طریق نرم افزارهای SPSS و AMOS نسخه ۲۳ در سطح خطای ۰/۰۵ انجام گرفت.

یافته‌ها

با استناد به نتایج جدول شماره۲،میانگین کلیه متغیرهای تحقیق در نمونه آماری پژوهش بالاتر از میانگین فرضی است به عبارت دیگر نمونه آماری سرمایه روانشناختی را بالاتر از حد متوسط ارزیابی کرده‌اند.

E-ISSN: 2981-1759

جدول ۱

توصیف متغیرهای تحقیق

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
تنظیم شناختی هیجان	۴/۰۰	۲۰/۰۰	۱۳/۱۸	۳/۴۷
بهزیستی معنوی	۶/۰۰	۲۰/۰۰	۱۳/۲۷	۳/۰۹
اضطراب مرگ	۴/۰۰	۲۰/۰۰	۱۱/۵۸	۳/۲۱
امیدواری	۱۵/۰۰	۶۰/۰۰	۳۸/۰۴	۸/۶۹

با استناد به نتایج ماتریس همبستگی پیرسون در جدول ۱ مشخص می‌شود که بین تمامی متغیرهای پژوهش تحقیق ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. در این بین بیشترین ارتباط مربوط به رابطه تنظیم شناختی هیجان و امیدواری و کمترین ارتباط نیز متعلق به رابطه تنظیم شناختی هیجان با امیدواری بود.

جدول ۲

ماتریس همبستگی پیرسون متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	تنظیم شناختی هیجان	بهزیستی معنوی	امیدواری
تنظیم شناختی هیجان	۱		
بهزیستی معنوی	۰/۲۱۳**	۱	
امیدواری	۰/۲۱۷**	۰/۲۱۰**	۱
امیدواری	۱۵/۰۰	۶۰/۰۰	۸/۶۹

برای تحلیل فرضیه اصلی، از تکنیک مدل معادلات ساختاری با بررسی و ارزیابی اثرات کل، مستقیم و میانجی (غیرمستقیم) به کمک نرم‌افزار آموس(AMOS) استفاده می‌شود. لازم به یادآوری است که مدل پس از اصلاح و ارتباط بین خطاها و مینیمم آن‌ها بدست آمده است.

جدول ۳ نتایج آزمون شاخص‌های ارزندگی مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی را نشان می‌دهد.

جدول ۳

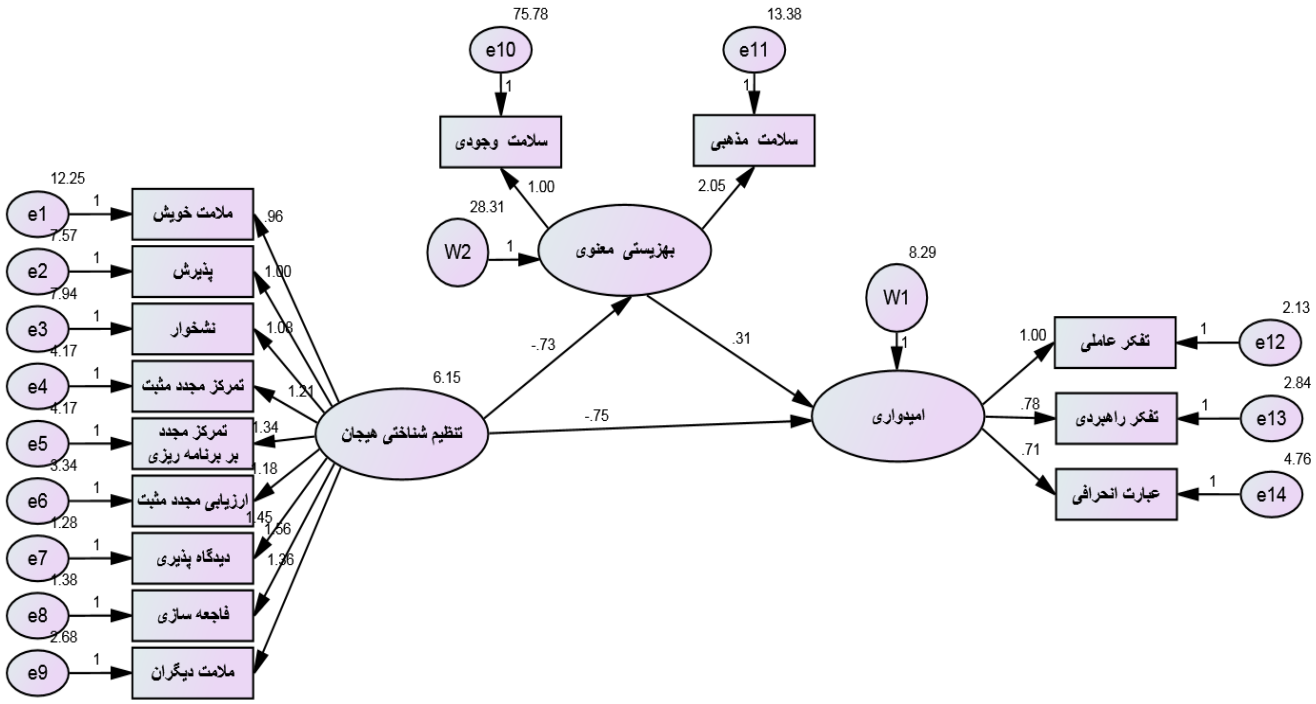
نتایج آزمون شاخص‌های ارزندگی مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی

مدل	χ^2	*DF*	χ^2/DF	*RMSEA*	*GFI*	*CFI*	*NFI*
مدل تجربی پژوهش	۱۸۴/۱۴۸	۷۶	۲/۴۲۳	۰۶۸۰/	۰/۹۲۶	۰/۹۴۳	۰/۹۳۱

نتایج شاخص‌های ارزندگی در جدول ۳ نشان می‌دهد میزان شاخص χ^2/df در ارزندگی مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی کمتر از سطح مطلوب و مقدار قابل قبول عدد ۴ می‌باشد. همچنین، میزان شاخص *RMSEA* در مدل کمتر از سطح معنی‌داری و قابل قبول ۰/۰۸ بوده که نشان‌دهنده برازش مناسب و خوب مدل است. به همین ترتیب، در جدول ۳ مقادیر اندازه‌های برازندگی *GFI*، *CFI* و *NFI* ارزندگی مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی بزرگتر از ۰/۹۰ می‌باشند، که مقادیری مناسب و مطلوب محسوب می‌شوند. از این رو ارزندگی مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی توسط داده‌های پژوهش در سطح مناسبی از نظریه‌های استفاده شده حمایت کرده و برای تبیین مدل، مناسب محسوب می‌شود. در نمودارهای زیر نتایج برآورد ضرایب مسیر و بارهای عاملی ارزندگی مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی با تخمین غیر استاندارد و استاندارد نمایش داده شده است.

شکل ۱

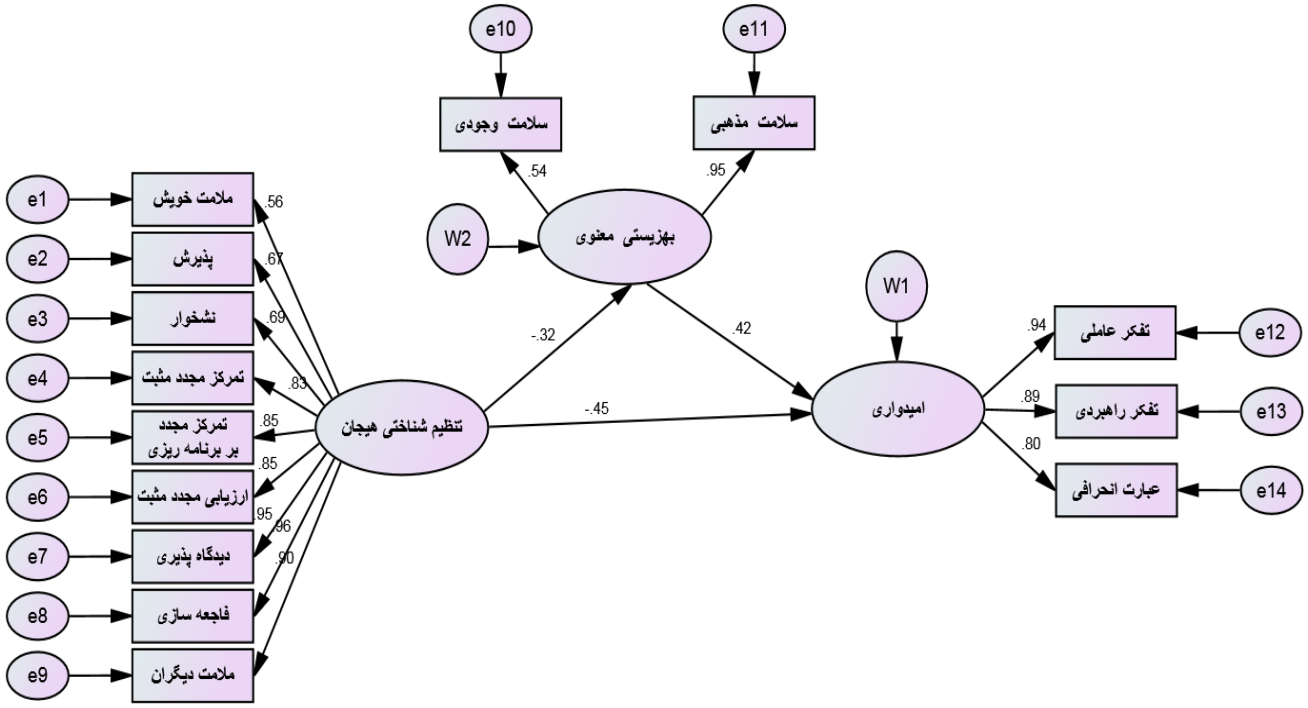
نتایج ضرایب مسیر و بار عاملی مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی با تخمین غیر استاندارد



E-ISSN: 2981-1759

شکل ۲

نتایج ضرایب مسیر و بار عاملی مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی با تخمین استاندارد



نمودارهای فوق نشان می‌دهند کلیه‌ی بارهای عاملی بین گویه‌ها، ابعاد و متغیر مرتبط با آن‌ها برای همه کلیه ی مؤلفه‌های مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی بزرگتر از ۰/۳۰ می‌باشد. در نتیجه، قدرت رابطه و قدرت تبیین‌کنندگی برای هر متغیر با بعد و گویه‌های آن در مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی مطلوب و مناسب بوده است.

براساس نمودارهای فوق، نتایج تخمین ضرایب مسیر غیراستاندارد (B) و استاندارد (بتا) و آزمون آن‌ها (C.R) در مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴

نتایج ضرایب مسیر و آزمون آن‌ها در مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی

مسیر			B	β	C.R	P
تنظیم شناختی هیجان	←	امیدواری	-۰/۷۵۱	-۰/۴۵۳	-۷/۸۰۶	***
بهزیستی معنوی	←	امیدواری	۰/۳۱۰	۰/۴۲۴	۳/۳۰۹	***
تنظیم شناختی هیجان	←	بهزیستی معنوی	-۰/۷۳۰	-۰/۳۲۲	-۶/۸۸۴	***

همانگونه که جدول ۴ نشان می‌دهد کلیه ضرایب مسیر در مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی، معنادار می‌باشد، زیرا مقادیر C.R خارج فاصله (۲+ و ۲-) می‌باشند. همچنین، معناداری مقادیر P کمتر از سطح معنی داری

۰/۰۵ است. بنابراین، کلیه گویه‌ها (سوالات) به کار گرفته در تحقیق، قدرت تبیین‌کنندگی مورد نظر را برای مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی مورد نظر داشته‌اند و با توجه به نتایج مشخصه‌های برازندگی، ضرایب آلفای کرونباخ گزارش شده و بار عاملی، ضرایب مسیر و C.R، ابزار گردآوری داده‌ها مدل تجربی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی دارای ویژگی‌های فنی (قابلیت اعتماد و اعتبار) در سطح بسیار خوب و مطلوبی می‌باشد. لذا، مدل مفهومی امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی با مدل تجربی پژوهش برازش دارد.

جدول ۵

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اثر آموزشی مبتنی بر امیدواری بر اضطراب مرگ

منابع تغییر	مجموع مربعات SS	درجات آزادی	میانگین مربعات	ارزش F	سطح معنا داری	اندازه اثر
عرض از مبدا	۱۳.۵۱۴	۱	۱۳.۵۱۴	۱۰.۳۲۱	.۰۰۴	.۳۱۰
اثر گروه ها	۳۷۵.۱۰۲	۱	۳۷۵.۱۰۲	۲۸۶.۴۸۷	.۰۰۰	.۹۲۶
اثر پیش آزمون	۳۳.۳۵۲	۵	۶.۶۷۰	۵.۰۹۵	.۰۰۳	.۵۲۶
خطا	۳۰.۱۱۴	۲۳	۱.۳۰۹			
مجموع	۲۶۲۷.۰۰	۳۰				

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد مقدار F اثر گروه‌ها (اثر آموزش بسته مبتنی بر امیداری) بر اضطراب مرگ در جوانان مبتلابه بیماری قلبی برابر با ۲۸۶/۹۵۹ می‌باشد و سطح معناداری آزمون برابر با ۰/۰۰۰ می‌باشد که در سطح خطای کمتر از ۱ ٪ معنادار است یعنی مقدار F اثر اختلاف گروه‌ها (اثر درمان مبتنی بر امیدواری) بر کاهش اضطراب مرگ جوانان مبتلا به بیماری قلبی در سطح خطای کمتر از ۱ ٪ معنادار است.

جدول ۶

نتایج آزمون تی زوجی برای مقایسه تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب مرگ گروه کنترل و گروه آزمایش

متغیر	گروه ها	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون	میانگین تفاضل	آماره t	درجه آزادی	سطح معنا داری
اضطراب مرگ	گروه آزمایش	۱۲.۴۰	۴.۸۶	۷.۵۳	۱۶.۱۴۳	۱۴	.۰۰۰
	کنترل	۱۲.۷۳	۱۲.۱۳	۰.۶۰	۱.۸۷۱	۱۴	.۰۸۲

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌گردد با توجه به اینکه میانگین تفاضل پیش آزمون از پس آزمون نمرات اضطراب مرگ در گروه کنترل و گروه آزمایش به ترتیب برابر با (۰/۶۰ و ۷/۵۳) و سطح معنی داری آزمون تی برای گروه کنترل و گروهی که بسته آموزشی مبتنی بر امیدواری دریافت نموده اند به ترتیب برابر با (۰/۰۸۲ و ۱۶/۱۴۳) است. بنابراین در سطح خطای یک درصد تاثیر بسته آموزشی مبتنی بر امیدواری بر کاهش اضطراب مرگ بیماران موثر است.

E-ISSN: 2981-1759

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شهر کرمانشاه و اثربخشی آن بر اضطراب مرگ انجام شد.نتایج نشان داد مدل علی تدوین مدل امیدواری بر اساس تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری بهزیستی معنوی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شهر کرمانشاه و اثربخشی آن بر اضطراب مرگ اثربخشی مستقیم دارد.بررسی شاخص‌های برازش مدل حاکی از آن بود که مدل نهایی،برازش نسبتا مطلوبی با داده‌ها دارد و فرضیه پژوهش تایید گردید.نتایج پژوهش با پژوهش‌های پیشین (Dadfar & Golestani, 2020; Hashemi et al., 2024; Moradi et al., 2021) همخوانی دارد. مرادی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه خود نشان داند که اثر مستقیم کیفیت زندگی برامیدواری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی برابر ثبت شده و بهزیستی معنوی بر امیدواری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی اثر مستقیم و غیرمستقیم به واسطهٔ کیفیت زنـدگی معنادار دارد (Moradi et al., 2021).

در تبیین نتایج می‌توان گفت که تنظیم شناختی هیجان به مدیریت و کنترل هیجانات مثبت و منفی و عملکرد مناسب فرد در انجام رفتارهایش اشاره دارد و یک جنبه از بهزیستی معنوی شخص است که از نکات مثبت امید به درمان است. داشتن امید در یک بیمار با مشکلات قلبی منجر به این باور در وی می‌شود که دنیا مکانی است برای اعتماد کردن و خوشبینانه دیدن و این امر باعث سرزندگی و خوشبینی آنان می‌شود طوری که به طرز عجیبی جهت درمان بیماری خود برای بهبودی گام برمی‌دارند (Shareh, 2018). در مورد رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و نارسایی قلبی می‌توان گفت که تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرسزای زندگی که در بیماران قلبی مدیریت آن بسیار مهم است دارد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بر امیدواری و شادمانی روانشناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر می‌گذارد (Gross, 2008, 2018). مدیریت هیجانات به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد با مشکلات قلبی را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر بیماری و حوادث بعدی آن و همچنی اختلالات روانی چون اضطراب، استرس، افسردگی و ترس از مرگ آسیب‌پذیر سازد (Garnefski et al., 2019)؛ از آن جا که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد با نارسایی قلبی را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود این افراد شود (Amstadter, 2008).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که شرکت کنندگان در مطالعه حاضر فقط از میان جوانان مبتلا به نارسایی قلبی انتخاب شدند و محدودیت سنی برای مطالعه اعمال شد. بنابراین تعمیم نتایج به سایر رده‌های سنی افراد بیمار با نارسایی قلبی جانب احتیاط باید رعایت شود.پیشنهاد می‌شود که از سایر روشهای درمانی برای تهیه بسته آموزشی و بررسی اثربخشی آن بر متغیرهای پژوهش استفاده شود.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

Abbasian Hadadan, M. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Distress and Emotional Regulation in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, *3*(1), 160-174. https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.454880.1088

Abedi, G., Ataeifar, R., & Ghamari, M. (2024). The Effectiveness of Group Marital Conflict Resolution Training Based on Choice Theory on Emotional Divorce and Hope for Life in Married Women. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, *5*(3), 136-146. https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.5.3.10

Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, *22*, 211-221. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.02.004

Andreoli, T., Benjamin, I., Griggs, R., & Wing, E. (2019). *Cecilessentials of medicine* (Vol. 8). Tabibemission. https://books.google.com/books/about/Andreoli_and_Carpenter_s_Cecil_Essential.html?id=CFDJvwZgNtEC

Baratpour, S., & Dasht Bozorgi, Z. (2020). The Effect of Spiritual Well-being on Hope, Distress Tolerance, and Death Anxiety in Cardiovascular Patients After COVID-19 Infection. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *9*(1), 90-99. https://elmnet.ir/doc/21199815-71275

Biddinger, K. J., Emdin, Connor A, Haas, Mary E, Wang, Minxian, Hindy, George, Ellinor, Patrick T, Kathiresan, Sekar, Khera, Amit V, Aragam, Krishna G. (2022). Association of Habitual Alcohol Intake With Risk of Cardiovascular Disease. *JAMA Network Open*, *5*(3), e223849-e223849. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.3849

Chelmardi, A. K., & Khakdal, S. (2018). Investigate the Relationship between Spiritual wellbeing and Hereafter Thought with Psychological wellbeing in Mohaghegh Ardabili University Students. *Journal of Medical Ethics*, *12*(43), 216. https://www.researchgate.net/publication/289644227_The_Relationship_between_Spiritual_Well-being_and_Psychological_Well-being_among_University_Students

Dadfar, S., & Golestani, M. (2020). The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in Predicting Anxiety in Individuals with Cardiovascular Disease.

Fazlinezhad, A., Azari, A., & Bigdeliu, L. (2020). A Case of Cardiac Lymphoma in a 12-Year-Old with Right Heart Failure Symptoms. *Scientific Journal of Birjand University of Medical Sciences*, *16*(1), 90-95. https://civilica.com/doc/1783168/

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2019). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *PersIndiv Differ*, *30*(8), 1311-1327. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6

Ghorbani, E., Saadatmand, S., Sepehrian Azar, F., & Feizipour, H. (2020). The Relationship Between Death Anxiety and Hope in Cardiovascular Patients Referring to the Urmia University of Medical Sciences Center. *Journal of Medical Sciences Studies*, *17*(6), 607-616. https://umj.umsu.ac.ir/article-1-1887-fa.html

Glozier, N. (2019). Psychosocial risk factors for coronary heart disease. *The Medical Journal of Austrailia*, *199*, 179-180. https://doi.org/10.5694/mja13.10440

Gross, J. J. (2008). "The emerging field of emotion regulation: An integrative review". *Review of General Psychology*, *2*, 271-299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271

Gross, J. J. (2018). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281-291. https://doi.org/10.1017/S0048577201393198

Hashemi, Z., Aghajani Heshjin, T., & Shokrgozar, A. (2024). The Relationship Between Spiritual Well-being, Mental Health, Resilience, and Hope in Cardiovascular Patients. *Research in Religion and Health*, *8*(Fall 2021), 38-52. http://ensani.ir/fa/article/509232/%D8%B1%D8%A7%D8%A8%D8%B7%D9%87-%D8%A8%D9%87%D8%B2%DB%8C%D8%B3%D8%AA%DB%8C-%D9%85%D8%B9%D9%86%D9%88%DB%8C-%D8%A8%D8%A7-%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA-%D8%B1%D9%88%D8%A7%D9%86-%D8%AA%D8%A7%D8%A8-%D8%A2%D9%88%D8%B1%DB%8C-%D9%88-%D8%A7%D9%85%DB%8C%D8%AF-%D8%A8%D9%87-%D8%B2%D9%86%D8%AF%DA%AF%DB%8C-

E-ISSN: 2981-1759

%D8%AF%D8%B1-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D8%A7%D8%B1%D8%A7%D9%86-%D9%82%D9%84%D8%A8%DB%8C-%D8%B9%D8%B1%D9%88%D9%82%DB%8C-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D8%A7%D8%B1%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D9%86-%D8%AC%D9%85-%D8%B4%D9%87%D8%B1-%D8%AA%D9%87%D8%B1%D8%A7%D9%86

Hosseini, S. A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Emotional Regulation and Resilience of Mothers with Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, *3*(1), 12-29. https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.442238.1045

Kafi, H., Molayi Zarandi, H., & Manzari-Tavakoli, V. (2024). The effectiveness of positive psychology strategy training on forgiveness and death anxiety in elderly women. *Psychology of Aging*, *10*(1), 41-55. https://jap.razi.ac.ir/article_3075.html?lang=en

Kashmari, A., Shahabizadeh, F., Ahi, G., & Mahmoudi Rad, A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Combined with Self-Compassion and Cognitive-Motor Activities Versus Cognitive-Motor Intervention Alone on Death Anxiety and Aging Perception in the Elderly. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, *3*(1), 86-99. https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.453836.1083

Lee, A., Wong, Y., & Neo, X. S. (2024). Coping Mechanisms Among Patients with Terminal Illnesses. *KMAN Counseling & Psychology Nexus*, *2*(1), 91-97. https://doi.org/10.61838/kman.psychnexus.2.1.14

Liao, M. N., Chen, S. C., Lin, Y. C., Chen, M. F., Wang, C. H., & Jane, S. W. (2018). Education anpsychological support meet the supportive care needs of Taiwanese women threemonths after surgery for newly diagnosed breas cancer: A non-randomized quasi-experimental sudy. *International journal of nursing sudies*, *51*, 390-399. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.007

Masoudzadeh, A., Siavoshi, Z., & Pour Asghar, M. (2018). Comparing Death Anxiety and Meaning in Life in Individuals with and Without Heart Failure.

Mikaeli-Manee, F., Tabatabaee, S. M., & Raad-Masoumi, S. F. (2021). The Comparison of Time Perspective, Spiritual Well-being and Psychological Well-being in the Young Participating and not Participating in I'tikaf Rite. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat (i.e., Research on Religion & Health)*, *7*(3), 68-79. https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i3.31787

Moradi, F., Salehi, M., Kochak Entezar, R., & Eizanlou, B. (2021). Developing a Predictive Model for Hope Based on Psychological Capital and Cognitive Emotion Regulation Mediated by Quality of Life in Women with Heart Failure. *Social Psychology Journal*, *Fall 2020*(56). https://psychologicalscience.ir/article-1-409-fa.html

Nakamura, S. (2020). Prognostic value of depression, anxiety, and anger in hospitalized cardiovascular disease patients for predicting adverse cardiac outcomes. *The American Journal of Cardiology*, *111*, 1432-1436. https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2013.01.293

Pepe, S. P. (2020). The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of psychosomatic research*, *72*(2), 129. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.012

Piamjariyakul, U., Wang, K., & Smith, M. (2024). Family Caregiving of Patients With Heart Failure and Vascular Dementia in Rural Appalachia: A Mixed-Methods Study. *Western Journal of Nursing Research*, *46*(5), 344-355. https://doi.org/10.1177/01939459241242536

Ramond, A. (2016). Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care--a systematic review. *Family Practice*, *28*, 12-21. https://doi.org/10.1093/fampra/cmq072

Safaei, I. (2020). The Relationship Between Spiritual Well-being and Mental Health in Patients. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences and Health Services*, *17*(4), 270-276. https://www.sid.ir/paper/82626/fa

Salehi, R., & Dehshiri, G. (2018). Post-traumatic Growth in Cancer Patients: The Role of Psychological, Spiritual, and Mental Well-being and Hope. *Journal of Psychological Health Research*, *12*(2), 1-13. http://ensani.ir/fa/article/392604/%D8%B1%D8%B4%D8%AF-%D9%BE%D8%B3-%D8%A2%D8%B3%DB%8C%D8%A8%DB%8C-%D8%AF%D8%B1-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D8%A7%D8%B1%D8%A7%D9%86-%D9%85%D8%A8%D8%AA%D9%84%D8%A7-%D8%A8%D9%87-%D8%B3%D8%B1%D8%B7%D8%A7%D9%86-%D9%86%D9%82%D8%B4-%D8%A7%D8%A8%D8%B9%D8%A7%D8%AF-%D8%B1%D9%88%D8%A7%D9%86%DB%8C-%D9%85%D8%B9%D9%86%D9%88%DB%8C-%D9%88-%D8%B0%D9%87%D9%86%DB%8C-%D8%A8%D9%87%D8%B2%DB%8C%D8%B3%D8%AA%DB%8C-%D9%88-%D8%A7%D9%85%DB%8C%D8%AF%D9%88%D8%A7%D8%B1%DB%8C

Saraf-Zadegan, N. (2020). Secular trends in cardiovascular mortality in Iran, with special reference to Isfahan. *Acta cardiologica*, *54*(6), 327-333. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10672288/

Shareh, H. (2018). The Relationship Between Psychological Hardiness and Religious Attitude with Hope in Cardiovascular Patients. *Psychology and Religion*, *44*(4). http://ensani.ir/fa/article/416449/%D8%B1%D8%A7%D8%A8%D8%B7%D9%87-%D8%B3%D8%B1%D8%B3%D8%AE%D8%AA%DB%8C-%D8%B1%D9%88%D8%A7%D9%86-%D8%B4%D9%86%D8%A7%D8%AE%D8%AA%DB%8C-%D9%88-%D9%86%DA%AF%D8%B1%D8%B4-%D9%85%D8%B0%D9%87%D8%A8%DB%8C-%D8%A8%D8%A7-

%D8%A7%D9%85%DB%8C%D8%AF%D9%88%D8%A7%D8%B1%DB%8C-%D8%AF%D8%B1-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D8%A7%D8%B1%D8%A7%D9%86-%D9%82%D9%84%D8%A8%DB%8C-%D8%B9%D8%B1%D9%88%D9%82%DB%8C

Tajeryan, Z., Afrooz, G. A., & Nouryghasemabadi, R. (2023). Emotion Regulation in Women with PTSD and Addiction. *Psychology of Woman Journal*, *4*(2), 160-168. https://doi.org/10.61838/kman.pwj.4.2.19

Yaghoubi, A., Mohagheghi, H., & Manzami Tabar, F. (2013). The Relationship Between Spiritual Well-being, Hope, and Life Satisfaction. *Journal of Psychology and Religion*, *7*(37), 109-121. https://www.sid.ir/paper/491087/fa

E-ISSN: 2981-1759