

Research Paper

Investigation the structural model of the relationship between cognitive emotion regulation and defensive lifestyles with quality of life mediated by Alexithymia in patients with hypertension

Ali Tahamtan¹, Maryam Kalhornia Golkar², Kobra Haj Alizadeh³

1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

Citation: Tahamtan A, Kalhornia Golkar M, Haj Alizadeh K, Khodabakhshi Koolae A. Investigation the structural model of the relationship between cognitive emotion regulation and defensive lifestyles with quality of life mediated by Alexithymia in patients with hypertension. J of Psychological Science. 2022; 20(108): 2285-2305.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1122-fa.html>



ORCID



doi 10.52547/JPS.20.108.2285

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Quality of life,
Emotional Cognitive
Regulation,
Alexithymia,
Defensive styles,
Blood pressure

Background: High blood pressure is one of the most common and important factors threatening individuals' mental health and quality of life. Accordingly, the study of important psychological factors such as cognitive regulation of emotion and defense styles used by patients with high blood pressure, and the impact of these variables on their quality of life can help them improve their psychological state.

Aims: The purpose of this study was to investigate the structural model of the relationship between cognitive emotion regulation and defensive lifestyles with quality of life mediated by Alexithymia in patients with hypertension.

Methods: The present study is descriptive and of correlations and structural equations type. The statistical population includes 700 patients with hypertension who referred to Shiraz Heart Hospital in the spring and summer of 1398. 480 patients were selected from among them. The research instruments included the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire of Garnefski et al. (2007), the Defense Styles Questionnaire of et al. (1993), Quality of Life Questionnaire of the World Health Organization (1996) and the Toronto Alexithymia Scale-20 Questionnaire by Tyler et al. (1994). Data were analyzed by Kolmogorov-Smirnov test, linear regression and structural equation modeling using SPSS 25 and LISREL 8/8 software.

Results: The relationship between emotional cognitive regulation variables and defense styles with quality of life variable mediated by alexithymia in patients with hypertension is significant ($P < 0.001$).

Conclusion: Applying cognitive emotion regulation strategies and defensive styles to overcome alexithymia by patients with high blood pressure can affect the quality of life of these patients.

Received: 23 Jan 2021

Accepted: 27 Feb 2021

Available: 20 Feb 2022

* **Corresponding Author:** Maryam Kalhornia Golkar, Associate Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

E-mail: maryamgol1986@yahoo.com

Tel: (+98) 9126082921

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Nowadays, due to lifestyle changes and increased stress and anxiety, cardiovascular disease has increased significantly in different communities (Tavakoli et al. 2020). Studies in different countries have shown that hypertension is one of the important factors that play a key role in the spread of cardiovascular disease (WHO). Many studies have found that psychological stressors such as anxiety and stress, anger, lack of emotion control, depression caused by poor quality of life, and negative emotions lead into hypertension more than other environmental factors (Ifeagwazi, Egberi & Chukwuorji, 2018). Studies have indicated that emotional disorder and stressful events have a significant relationship with physiological indicators such as hypertension, so the use of emotion regulation strategies can affect the relationship between emotion and hypertension. One of the strategies for emotion regulation is the use of cognitive emotion processes, in which the person can control emotion stimuli (McRae, 2016). Inability to regulate emotions is associated with physical and mental problems in people with alexithymia. Among the psychological dimensions associated with hypertension, alexithymia has been studied as a personality problem in individuals. Studies have revealed that alexithymia can help a person temporarily and of course abnormally relieve themselves of the stresses of painful emotions by avoiding painful factors based on physiological stimuli (Blakey et al. 2017). As a result, it predisposes the person to diseases such as high blood sugar, hypertension, irritable bowel syndrome (Porcelli, Carne & Leandro, 2017) and tension headaches (Esin, Gorobets, Khairullin & Esin, 2017) and so on.

In other studies, alexithymia has been introduced as a defense or coping mechanism that a person uses to protect himself or herself against emotional helplessness that occurs in traumatic situations (Besharat and Khajavi, 2013). The defense mechanisms are responsible for protecting the "I" in the face of different forms of anxiety. They are divided into three types, including immature, neurotic and mature. Immature and neurotic defenses are

maladaptive and inefficient coping styles. Mature defenses are considered as adaptive, normal and efficient coping methods (Talepasand & Mahfar, 2018). Emotion-based defense mechanisms are negatively associated with systolic and diastolic blood pressure, and suppression and denial mechanisms are positively associated with systolic and diastolic blood pressure (Ali Akbari Dehkordi, Salehi & Rezaei 2013). Studies have also shown that the quality of life component plays a major role in predicting the degree of defense mechanism and its high level indicates the health of the person (Gharibi, Rostami, Mohammadian Sharif & Manqi, 2016). Hypertension affects a person's quality of life by reducing a person's physical abilities and physiological capacities (Nemat & Tavousi, 2017). Also, the use of adaptive cognitive emotion regulation strategies to cope with stress has a positive effect on quality of life. Every person who can cope with his or her deep problems and not lose his or her power against inevitable inner conflicts, he or she will have a mental health and a good quality of life (Saeidian, Sohrabi and Zemestani, 2019).

Quality of life is one of the most important components of the general concept of health, so that their quality of life should be examined to determine the people health needs and promote their health. Also, hypertension is one of the most common and important threats to mental health and quality of life and almost a quarter of all deaths in the elderly are due to hypertension or its complications (Saeidian, Sohrabi and Zemestani, 2019). Thus, to reduce blood pressure and improve the quality of life of these patients, it is necessary to address the variables that can be related to the quality of life of these patients. In the present study, psychological variables were studied in the form of a research model to determine the direct and indirect relationships between the variables of emotion recognition regulation and defense styles and quality of life mediated by alexithymia in people with hypertension to improve the psychological conditions of patients with hypertension.

Method

The present study is descriptive-correlational research conducted using structural equations

method. The statistical population of the present study consisted of 700 patients with hypertension referred to Shiraz Heart Hospital in the spring and summer of 2019. Among them, 480 people were selected by using a convenience sampling method. Inclusion criteria were having an age between 35 and 50 years, minimum systolic and diastolic blood pressure of 9-14, having at least one year of hypertension and having reading and writing skills. Exclusion criteria were having any other medical illness as well as the presence of a major psychiatric disorder mentioned in the patient's medical record and the use of psychiatric medications. In this study, ethical considerations were considered and the people who participated in this study were assured that their information would remain confidential and would not be provided to anyone without their permission. Then, the collected data were analyzed using Smartpls, LISREL 8.8, and SPSS25 software.

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): This questionnaire was developed by Garnefski and Kraaij in 2007 and has 36 items.

Its questions are scored on a five-point Likert scale. This questionnaire includes 9 subscales with two positive and negative strategies. Scores range from 36 to 180. Garnefski stated the reliability positive and negative strategies and whole questionnaire at 0.91, 0.87 and 0.93, respectively, using Cronbach's alpha coefficient. Pazuki, Kuchak Entezar & Ghanbari Panah (2015) evaluated the reliability of this questionnaire in Iran and reported the Cronbach's alpha coefficient at 0.63 for blaming others, 0.61 for self-blame, 0.54 for rumination, 0.60 for catastrophizing, and 0.57 for acceptance and Cronbach's alpha coefficient for the whole questionnaire was obtained at 0.81.

Defense Styles Questionnaire (DSQ): This questionnaire was designed by Andrews, Singh and Bond in 1993. It includes 40 questions, scored on a Likert scale from 1 (strongly disagree) and 9 (strongly agree). This questionnaire measures 20 defense styles based on three subscales of mature, neurotic and immature defense styles. The score for each defense style is a number between 2 and 18. Besharat (2012) evaluated this questionnaire in his research and reported the Cronbach's alpha coefficient from 0.83

to 0.94 for the mature style, from 0.81 to 0.92 for the immature style, and from 0.79 to 0.91 for the neurotic style.

World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): In 1996, a group of WHO researchers designed a quality of life questionnaire based on a 100-question version. This questionnaire includes 4 subscales of physical health, mental health, social relations, environmental health and a general score. Scores range from 0 to 100. In their research, Rafiei et al's (2014) reported that Cronbach's alpha coefficient of the whole questionnaire at 0.93 and the reliability standard coefficients were reported between 0.74 and 0.90. Spearman correlation coefficient and agreement coefficient of the whole questionnaire were 0.89 and 0.88, respectively.

The Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20): This questionnaire was designed by Bagby, Tyler and Parker in 1994. The questionnaire includes 20 questions in which three subscales of difficulty in identifying emotions, difficulty in describing emotions and objective thinking are measured in a five-point Likert scale ranging from strongly disagree=1 to strongly agree=5. The score range for the whole scale is between 20 and 100. In his study, Taylor obtained Cronbach's alpha coefficients at 0.74 for total Alexithymia. Internal consistency coefficients for three scales of difficulty in recognizing emotions difficulty in describing emotions, and objective thinking was also reported at 0.73, 0.75, and 0.72, respectively, indicating satisfactory reliability.

Results

Investigating the descriptive demographic statistics of this study showed that among the 480 subjects, 248 were male and 232 were female. Also, 100 of them were between 35 and 40 years old, 222 were between 41 and 45 years old and 158 were between 46 and 50 years old. In this study, 88 people had only reading and writing skill, 81 people had secondary level of education, 146 people had diplomas, 107 people had associate degree, 48 people had bachelor degree and 10 people had master degree and higher. Moreover, 96 people had a history of hypertension for between 1 and 5 years, 249 people had a history of

hypertension for between 6 and 10 years, and 135 people had a history of hypertension for between 11 and 15 years. The mean of all studied variables, regardless of the standard deviation, was almost at average level. To use these variables in modelling, one-variable normality test (Kolmogorov-Smirnov test) was used. The probability value for all variables was greater than 0.05. All variables had a normal distribution so the assumption of normality was not rejected for any of the variables. Pearson correlation coefficient was performed to investigate the examine lack of multicollinearity between variables, relationship intensity and relationship type (direct and inverse). The correlation coefficient between all variables was positive and significant, indicating a direct relationship between the variables ($P < 0.001$). The highest correlation coefficient was observed between 2 variables of defense style and quality of life (0.643) and the lowest correlation coefficient was found in the relationship between the 2 variables of cognitive emotion regulation and alexithymia (0.112).

VAF statistic was used to determine the intensity of the effect of the mediating variable. According to the results, the relationship between the defense styles and quality of life mediated by alexithymia was 0.52, meaning that about 52% of the relationship between defense style and quality of life was explained by mediating variable of alexithymia. Also, the relationship between cognitive emotion regulation and quality of life mediated by alexithymia was 0.49, meaning that about 49% of the relationship between cognitive emotion regulation and quality of life was explained by mediating variable of alexithymia. The value Durbin-Watson statistic was 1.7999, so it was in the standard range of 1.5 to 2.5, indicating the

independence of the residuals. Then, the structural model (SEM) was analyzed (Figure 1). First, fit indices of χ^2 , NNFI, NFI, GFI and CFI were calculated. The ratio of χ^2/df was less than 3 and the value of RMSEA was close to zero. The values of the other fit indices were close to one. Thus, the model had a good fit ($P < 0.001$).

According to the results of Table 1, the standard coefficient between the components of immature and neurotic defense style and quality of life variable was obtained between -0.3 and -0.6, indicating a negative, moderate and significant relationship between these variables. Accordingly, a positive, strong and significant relationship was observed between negative cognitive emotion regulation, and alexithymia and a negative, strong and significant relationship between cognitive regulation of positive emotion and alexithymia. The relationship between the components of mature and neurotic defense style and alexithymia was positive, moderate and significant, and the relationship between immature defense style and negative alexithymia was negative, moderate and significant. Also, a negative, moderate and significant relationship was observed between negative cognitive emotion regulation and quality of life and a positive, strong and significant relationship was observed between positive cognitive emotion regulation and quality of life. There was also a negative, strong, and significant relationship between alexithymia and quality of life. Based on the results, it was concluded that the relationship between cognitive emotion regulation and defense styles and the quality of life with a mediating role of alexithymia in patients with hypertension was significant ($P < 0.001$).

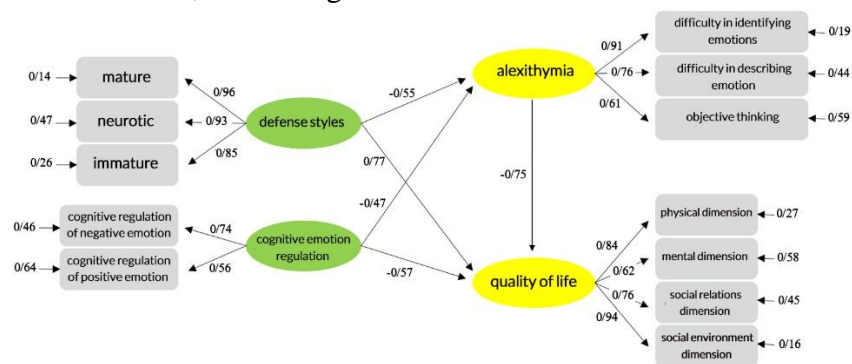


Figure 1. Fit structural model to explain the structural relationship of variables

Table 1. Direct and indirect standard path coefficients between research variables

| Variable | direct standard path coefficients | indirect standard path coefficients | Standard error | Probability level |
|--|--------------------------------------|--|-------------------|----------------------|
| Cognitive emotion regulation - quality of life | -0/57 | - | 0/042 | <0/001 |
| Cognitive regulation of negative emotion - quality of life | -0/47 | - | 0/156 | <0/001 |
| Cognitive regulation of positive emotion - quality of life | 0/76 | - | 0/122 | <0/001 |
| Defense styles - quality of life | 0/77 | - | 0/014 | <0/001 |
| Developed - quality of life | 0/89 | - | 0/057 | <0/001 |
| Neurotic - quality of life | -0/52 | - | 0/143 | <0/001 |
| immature - quality of life | -0/47 | - | 0/023 | <0/001 |
| Cognitive emotion regulation - Alexithymia | -0/47 | - | 0/184 | <0/001 |
| Cognitive regulation of negative emotion - alexithymia | 0/67 | - | 0/050 | <0/001 |
| Cognitive regulation of positive emotion - alexithymia | -0/43 | - | 0/021 | <0/001 |
| Defense style - Alexithymia | -0/55 | - | 0/125 | <0/001 |
| Developed - Alexithymia | -0/47 | - | 0/043 | <0/001 |
| Neurotic - Alexithymia | 0/56 | - | 0/173 | <0/001 |
| immature - Alexithymia | 0/73 | - | 0/167 | <0/001 |
| Excitement - quality of life | -0/57 | - | 0/085 | <0/001 |
| Defense style - Alexithymia - Quality of Life | - | -0/41 | 0/043 | <0/001 |
| Cognitive emotion regulation - alexithymia - quality of life | - | -0/35 | 0/134 | <0/001 |

According to Table 2, the upper and lower confidence intervals for the path of defense styles and quality of life mediated by alexithymia and for the path of cognitive emotion regulation and quality of life

mediated by alexithymia were not zero. Since zero was outside this interval, the indirect relationship between the variables in both paths was significant.

Table 2. Indirect relationship of variables in the fit structural model

| path | data | boot | bias | Standard error | Lower bound | Upper bound |
|--|--------|--------|--------|-------------------|----------------|----------------|
| cognitive emotion regulation and quality of life mediated by alexithymia | 0/4200 | 0/4300 | 0/0100 | 0/6565 | 0/3198 | 0/5498 |
| defense styles and quality of life mediated by alexithymia | 0/2804 | 0/2817 | 0/0013 | 0/0683 | 0/1659 | 0/4468 |

Conclusion

The aim of present study was to evaluate the relationship between cognitive emotion regulation and defense styles and quality of life mediated by alexithymia in patients with hypertension. Based on the 4 variables studied in this study, the relationship between cognitive emotion regulation and quality of life in these patients was first examined. The results showed a significant relationship between these variables of the study. These results are consistent with those of studies conducted by Martino et al. (2020), Reilly (2018), Talepasand and Mahfar (2018), Zhang, Fan, Sang, & Sang (2017), Graniri et al. (2017), Vojvodic, Gordana & Djukic-Dejanovic (2017), Barberis, Cernaro & Costa (2017), Carvalho, Siqueira, Sousa & Jardim (2013), Dubey & Pandey (2013), Hyphantis et al. (2013), Saeidian et al. (2019)), Soltani Nejad (2018), Khodapanah, Sohrabi, Ahadi & Taghiloo (2018), Rezaei Nejad et al. (2018), Nargesi, Fathi Ashtiani, Davoodi and

Ashrafi (2018), Besharat et al. (2014), Dehkordi et al. (2013), and Besharat (2012). In explaining the obtained results, it can be stated that alexithymia plays an important role in regulating a person's emotions and as it increases, one's vulnerability to personality disorders, mood disorders such as depression or even physical illnesses increases (Khodapanah et al., 2018).

The results of a study conducted by Dubey & Pandey (2013) showed that people with alexithymia are more likely to use suppression strategies and less likely to use reappraisal strategies than normal people. Suppression strategies are more closely related to mental and physical health problems, so they are considered maladaptive strategies for regulating emotions. People with impairment in cognitive processing are emotionally and cognitively disturbed because they cannot be perceived and evaluated in the cognitive processing process. This disability disrupts the organization of a person's emotions and

cognitions and increases the probability of using neurotic and immature defense styles in stressful situations. These people face stress and stressful conditions through denial and ignorance (considered among neurotic and immature styles) (Granieri et al. 2017). This denial and ignorance of stress by these individuals justifies the positive relationship between alexithymia and neurotic and immature defense styles obtained in this study. Emotion regulation and especially positive strategies in emotion control reduce negative emotions, increase positive emotions and adaptive behavior in people. In other words, the use of adaptive strategies makes a person feel more control of the environment and creates a kind of positive feeling in him or her that not only prevents the person from experiencing emotional problems but also has a positive effect on his or her quality of life (Barberis et al. 2017). Symptoms related to the disease affect a person's physical, mental and social function and reduce his or her quality of life. What is crucial in evaluating the quality of life is the patient's psychological adaptation to the symptoms of the disease. If the patient uses unsuccessful strategies in reducing stress, his or her physical and mental health and consequently his or her quality of life will decrease (Talepasand and Mahfar, 2018).

As a general conclusion, when the processes of recognizing and describing emotions are disrupted for any reason, psychological helplessness closes the ways of logical analysis and thinking and limits the person's cognitive style to objective, pragmatic and realistic thinking. Examples of this cognitive style are the preference of a person with alexithymia just to observe the events and not to analyze and interpret them, to limit their relationships and activities to objective matters, and ignore their own and others' feelings. Besharat (2010) also argues that the cognitive emotion regulation ability is associated with physical, social, mental and physiological health

consequences and emotion regulation is affected by the ability to recognize, understand and manage emotions or alexithymia. Thus, defense styles cause confusion in a person's emotional system and are directly related to alexithymia. Therefore, patients with hypertension can use cognitive skills to solve problems and overcome alexithymia by applying adaptive cognitive emotion regulation strategies. Also, in the light of mental concentration and emotional calm, it is possible to identify the source of stress and increase the quality of life by recognizing its source of control. Given the relationship between alexithymia and mental health and quality of life, it is recommended to provide training on life skills, especially problem solving skills training for people with alexithymia. Since people with hypertension face problems in alexithymia and emotion regulation, trainings such as emotion regulation, emotional intelligence training, and emotion control training that are effective in reducing emotional problems are recommended for these people.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: Adherence to the principles of research ethics: The present article was derived from a doctoral dissertation of the first author of the article in the field of health psychology from Kish International Azad University under the code of ethics of IR.HUMS.REC.1399.098. In this study, participants participated in the research consciously and voluntarily.

Funding: The present study was derived from a doctoral dissertation conducted by the first author and it was not financially supported.

Authors' contribution: In the present article, the first author was the principal researcher of the research. The second author was the supervisor and the third author was advisor of the doctoral dissertation.

Conflict of interest: Authors of this article declared no conflict of interest for the present study.

Acknowledgments: We hereby appreciate the supervisors and advisors as well as staffs of Shiraz Heart Hospital who helped us in conducting the present study.

مقاله پژوهشی

بررسی مدل ساختاری رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی و با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا

علی تهمتن^۱، مریم کلهرنیا گل‌کار^{۲*}، کبری حاجی‌علیزاده^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

تنظیم شناختی هیجانی،
سبک‌های دفاعی،
فشارخون،
کیفیت زندگی،
ناگویی هیجانی

زمینه: با توجه به اینکه فشارخون بالا یکی از مهم‌ترین تهدیدکننده‌های سلامت روان و کیفیت زندگی به شمار می‌رود؛ ازاین‌رو، بررسی عوامل مهم روانشناختی همچون تنظیم شناختی هیجان و سبک‌های دفاعی مورد استفاده توسط افراد مبتلا به فشارخون بالا و تأثیر این متغیرها بر کیفیت زندگی آنها، می‌تواند در بهبود وضعیت روانشناختی این بیماران کمک کننده باشد.

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی مدل ساختاری رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا بود.

روش: پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی و معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل ۷۰۰ بیمار مبتلا به فشارخون بالا که در فصل بهار و تابستان سال ۱۳۹۸ به بیمارستان قلب شهر شیراز مراجعه کردند، بود. از بین آنها ۴۸۰ بیمار انتخاب شدند. ابزار پژوهش حاضر، شامل پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۷)، پرسشنامه سبک‌های دفاعی انروز و همکاران (۱۹۹۳)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) و پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو تایلر و همکاران (۱۹۹۴) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف، رگرسیون خطی و مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS25 و لیزرل ۸/۸ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: متغیرهای تنظیم شناخت هیجان و سبک‌های دفاعی رابطه معناداری را با متغیر کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا نشان دادند ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و نوع سبک‌های دفاعی برای غلبه بر ناگویی هیجانی توسط افراد مبتلا به فشارخون بالا، می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را تحت تأثیر قرار دهد.

دریافت شده: ۱۳۹۹/۱۱/۰۴

پذیرفته شده: ۱۳۹۹/۱۲/۰۹

منتشر شده: ۱۴۰۰/۱۲/۰۱

* نویسنده مسئول: مریم کلهرنیا گل‌کار، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران.

رایانامه: maryamgol1986@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۲۶۰۸۲۹۲۱

مقدمه

امروزه در جوامع مختلف، با توجه به تغییر سبک زندگی و افزایش تنش‌های عصبی ناشی از استرس و اضطراب، بیماری‌های قلبی عروقی افزایش چشم‌گیری پیدا کرده است (توکلی، تاجری، رادفر، جمهری و خسروی، ۱۳۹۹). مطالعات انجام گرفته در کشورهای مختلف نشان داده است که فشارخون بالا^۱ یکی از عوامل مهمی است که نقش اساسی در گسترش بیماری‌های قلبی عروقی دارد؛ سازمان بهداشت جهانی^۲ (WHO)، فشارخون بالا را به عنوان سومین علت اصلی مرگ‌ومیر در سراسر جهان معرفی کرده است. (فریدن و جافی، ۲۰۱۸). در ایران نیز بیماری‌های قلبی عروقی اولین علت مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌ها به شمار می‌رود و بر اساس آمار بدست آمده در سال ۱۳۹۳، شیوع فشار خون بالا در ایران در حدود ۳۹/۴ درصد در گروه سنی ۱۵ تا ۶۵ سال بوده است. (مهرایان، فرمانبر، مهدوی روشن، امیدی و عاقبتی، ۲۰۱۷).

فشارخون بالا یک بیماری مزمن است که در آن به دلیل پرفشاری خون در شریان‌ها، قلب متحمل فعالیت بیشتری می‌شود تا بتواند سرعت گردش خون را در رگ‌ها حفظ کند. فشارخون به دو صورت اولیه و ثانویه وجود دارد که فشارخون اولیه (اساسی)^۳ شایع‌ترین نوع فشارخون بالاست که ۹۵-۹۰ درصد از کل موارد را شامل می‌شود (کری و ویلتون، ۲۰۱۸). تاکنون علت مشخصی برای آن شناخته نشده است، اما این‌طور بیان می‌شود که فشار خون بالا ناشی از یک فعل و انفعال پیچیده بین ژن‌ها و عوامل محیطی می‌باشد؛ در واقع می‌توان گفت که فشارخون بالا در افراد دارای یک اتیولوژی چندعاملی است. بسیاری از مطالعات، استرس‌ورهای روانشناختی^۴ همچون اضطراب و استرس، عصبانیت، عدم کنترل هیجانات، افسردگی ناشی از کیفیت نامناسب زندگی و احساسات منفی را در مقایسه با سایر عوامل محیطی، در افزایش و توسعه فشارخون بالا برجسته‌تر می‌دانند (ایفاقوای، ایگبری و چکوروچی، ۲۰۱۸).

بررسی‌ها نشان داده است که هیجانات منفی و مثبت باعث ایجاد پاسخ‌های متفاوتی در دستگاه عصبی خودمختار می‌شوند و از این طریق سلامت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بر این اساس زمانی که فرد با هیجانات مختلف مواجه می‌شود، دچار تنش شده و در نتیجه، شاخص‌های فیزیولوژیکی همچون فشار خون، ضربان قلب، تنفس و ترشح برخی هورمون‌های بدن تغییر می‌کنند (موریس و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به اینکه اختلال در نظم هیجانی و رخداد‌های تنش‌زا ارتباط معناداری با شاخص‌های فیزیولوژیک از جمله افزایش فشارخون اساسی دارد، از این رو بکارگیری استراتژی‌های تنظیم هیجان^۵ می‌تواند بر رابطه هیجان با فشارخون بالا تأثیرگذار باشد. از جمله راهبردهای تنظیم هیجان، استفاده از فرآیندهای شناختی هست که فرد با استفاده از آنها می‌تواند عوامل برانگیزاننده هیجان را مهار کند (مکرا، ۲۰۱۶). گارنفسکی استراتژی‌های شناختی هیجان را بصورت راهبردهای بهنجار یا سازگار شامل پذیرش^۶، تمرکز مثبت مجدد^۷، ارزیابی مجدد مثبت^۸، تمرکز مجدد در برنامه‌ریزی^۹ و راهبردهای ناهنجار یا ناسازگار شامل سرزنش خود^{۱۰}، سرزنش دیگران^{۱۱}، نشخوار فکری^{۱۲} و فاجعه‌آمیز پنداری^{۱۳} مطرح کرد (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۷).

عدم توانایی در تنظیم هیجان‌ها با مشکلات جسمی و روانی افرادی که مبتلا به ناگویی هیجانی (آلکسی تیمیا)^{۱۴} هستند، مرتبط است. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناهنجار، از عوامل مهم دوراندیشی در خصوص ناگویی هیجانی شناخته شده‌اند (کاساگراند و همکاران، ۲۰۱۹). در بین ابعاد روانشناختی مرتبط با فشار خون بالا، ناگویی هیجانی به‌عنوان یک مشکل شخصیتی در افراد، مورد مطالعه قرار گرفته است. ناگویی هیجانی حالتی است که در آن فرد در شناسایی و توصیف احساسات خود دچار ناتوانی شده و در روابط اجتماعی و برقراری ارتباط با دیگران مشکل دارد (تیلور، باگبی و لومینت، ۲۰۰۰).

بر اساس تحقیقات انجام گرفته، عواملی همچون جنسیت، سن، میزان تحصیلات، شغل و موقعیت اجتماعی افراد در میزان شیوع ناگویی هیجانی

8. Positive reappraisal

9. Refocus on planning

10. Self-blame

11. Blaming others

12. Rumination

13. Catastrophizing

14. Alexithymia

1. High blood pressure

2. World Health Organization (WHO)

3. Essential hypertension

4. Psychological stressors

5. Emotion regulation strategies

6. Acceptance

7. Positive refocusing

تأثیرگذار هستند (بارانزوک، ۲۰۱۹). بر اساس پژوهش‌های انجام گرفته بر روی مردم عادی، میزان بروز ناگویی هیجانی در مردان تقریباً دو برابر زنان است. همچنین در افرادی که در سن کار هستند، این مقدار در مردان بین ۷-۱۹ درصد و در زنان ۵-۱۰ درصد گزارش شده است. از طرفی میزان بروز ناگویی هیجانی در افراد بالای ۷۰ سال، تقریباً ۳۴ درصد و در نوجوانان ۷ درصد تخمین زده شده است (سانتورلی و ردی، ۲۰۱۵).

درک و بیان احساسات از ویژگی‌های بسیار مهم در افراد می‌باشند؛ مطالعات انجام گرفته بر روی افرادی که دچار آلکسی تیمیا هستند، نشان داده است که این افراد به دلیل ناتوانی در بیان احساسات خود دچار ضعف در کنترل تکانه‌ها، خشم ناگهانی، بی تفاوتی نسبت به دیگران، حساسیت بالا نسبت به صداها و لمس شدن‌ها، توانایی پایین در درک احساسات دیگران و همدلی با آنها، ناتوانی در تفکیک حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی می‌شوند (دیتلا و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات انجام گرفته در این زمینه، نشان داده است که مبتلایان به ناگویی هیجانی در مقایسه با افراد غیرمبتلا، مشکلات سلامتی بیشتری دارند و در تنظیم هیجان‌های خود با مشکلات بیشتری مواجه هستند (کاساگراند و همکاران، ۲۰۱۹). به عبارتی، ناگویی هیجانی موجب می‌شود تا فرد با اجتناب از عوامل دردناک مبتنی بر تهیج‌های فیزیولوژیک، موقتاً و البته ناهنجار خود را از بار فشارهای حاصل از عواطف دردناک نجات دهد (بلاکی، آبراموویتز، رومان، لئونارد و ریمان، ۲۰۱۷)؛ در نتیجه او را مسبب ابتلا به بیماری‌هایی همچون قند خون بالا، فشارخون اساسی، نشانگان روده تحریک پذیر (پورسلی، دیکارن و لندرو، ۲۰۱۷) و سردردهای تنشی (اسین، گرویتس، خیرولین و اسین، ۲۰۱۷) و غیره می‌کند.

در مطالعات دیگری، ناگویی هیجانی نوعی مکانیسم دفاعی^۱ یا مقابله‌ای معرفی شده که فرد برای حفاظت از خود در مقابل درماندگی هیجانی که در موقعیت‌های آسیب زنده ایجاد می‌شود، بکار می‌گیرد (بشارت و خاجوی، ۲۰۱۳). فروید مکانیسم‌های دفاعی را مجموعه‌ای از تدابیر ناهشیار می‌داند که فرد به منظور رفع هیجانات منفی آنها را بکار می‌گیرد. این مکانیسم‌های دفاعی که بر پایه هیجانات هستند، نه تنها باعث تغییر موقعیت تنش‌زا نمی‌شود، بلکه فقط روش مقابله و تفکر فرد را نسبت به آن عوض

می‌کند (ریلی، ۲۰۱۸). مکانیسم‌های دفاعی مسئول محافظت از من^۲ را در مواجهه با شکل‌های مختلف اضطراب بر عهده دارند و بر حسب نوع کنش‌وری به سه سبک رشدنیافته^۳، نورویتیک^۴ و رشدیافته^۵ تقسیم می‌شوند. سبک رشدنیافته به عنوان مکانیسم واپس‌رونده محسوب می‌شود. دفاع‌های نورویتیک نیز به مؤلفه‌های وسواسی و سرکوب تقسیم می‌شوند. دفاع‌های رشدنیافته و نورویتیک شیوه‌های مواجهه غیرانطباقی و ناکارآمد می‌باشند. دفاع‌های رشدیافته به منزله شیوه‌های مواجهه انطباقی، بهنجار و کارآمد محسوب می‌شوند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که سبک‌های دفاعی رشدنیافته و غیرانطباقی در افراد دچار اختلالات روانی و سبک دفاعی رشدیافته‌تر در جمعیت نرمال مشاهده می‌شود (طالع‌پسند و ماهفر، ۲۰۱۸). بر اساس مطالعات انجام گرفته، افراد مبتلا به فشارخون بالا در مواجهه با مشکلات و اتفاقات ناگوار، سبک انکار یا سرکوب احساسات را به کار می‌گیرند. مکانیسم‌های دفاعی مبتنی بر هیجان، به صورت منفی و سبک مقابله‌ای سرکوب و انکار به صورت مثبت با فشار خون سیستول و دیاستول ارتباط معناداری دارند (دهکردی، صالحی و رضایی، ۱۳۹۲). در واقع اختلال در سبک‌های دفاعی می‌تواند با نارسایی در شناخت و بیان هیجان‌ها همراه شود (جوکار، فرهادی و دلفان بیرانوند، ۱۳۹۷).

از سوی دیگر مطالعات نشان داده‌اند که مؤلفه کیفیت زندگی^۶ نقش مهمی را در پیش‌بینی میزان مکانیسم دفاعی دارد و بالا بودن سطح آن، نشان دهنده سلامتی فرد می‌باشد. مواردی همچون برچسب بیماری زدن، تغییر در فعالیت‌های روزانه، ترک شغل، افسردگی، اضطراب، افت عملکرد فیزیکی، عوارض بیماری و دارو درمانی با ایجاد فشار روانی بر بیماران مبتلا به فشارخون بالا، کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد (غریبی، رستمی، محمدیان‌شریف و منقی، ۱۳۹۵). به عبارتی، فشارخون بالا با کاهش توانایی‌های جسمانی و ظرفیت‌های فیزیولوژیک فرد، بر کیفیت زندگی او اثر می‌گذارد (نعمت طاوسی، ۱۳۹۶). علاوه بر این، بکارگیری راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در مقابله با استرس، اثر مثبتی بر کیفیت زندگی می‌گذارد. در مطالعه‌ای که بر ۳۰ زن مبتلا به سرطان پستان انجام گرفته، نشان داده شده است که بین خودمتمایزسازی و تنظیم شناختی هیجان با بعد روانی و جسمانی کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد.

4. Neurotic

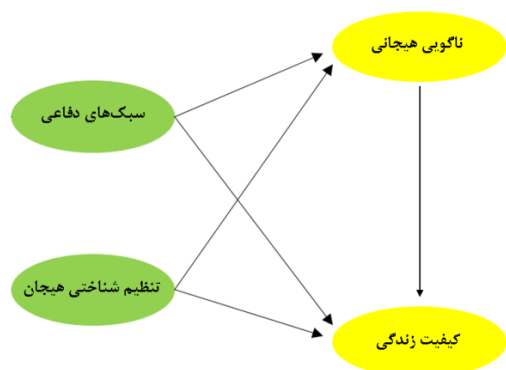
5. Mature

6. Quality of life

1. Defensive mechanisms

2. Ego

3. Immature



شکل ۱. مدل نظری پژوهش

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر توصیفی و از

نوع همبستگی و معادلات ساختاری می‌باشد. در این پژوهش، تنظیم شناختی هیجان و سبک‌های دفاعی به عنوان متغیرهای مستقل، کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته و ناگویی هیجانی به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شدند. جامعه آماری را ۷۰۰ بیمار مبتلا به فشارخون بالای مراجعه کننده به بیمارستان قلب شهر شیراز در بهار و تابستان سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین آنها، ۴۸۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که با مراجعه به بیمارستان قلب شهر شیراز با رجوع به پرونده خانوارهای بهداشتی برای شرکت در مطالعه، از بین افرادی که دارای معیارهای ورود بودند، تعدادی به عنوان حجم نمونه برگزیده شدند. سپس پرسشنامه‌های پژوهش توسط افراد تکمیل شد. ملاک‌های ورود به مطالعه، بازه سنی ۳۵-۵۰ سال، حداقل فشار خون سیستول و دیاستول ۱۴-۹، داشتن حداقل یک سال سابقه فشارخون بالا و سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از مطالعه، وجود هر نوع بیماری طبی دیگر و همچنین وجود اختلال عمده روان‌پزشکی ذکر شده در پرونده پزشکی بیمار و استفاده از داروهای روان‌پزشکی بود. قبل از تکمیل پرسشنامه، رضایت آگاهانه از افراد شرکت‌کننده در این مطالعه اخذ شد. در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شد و به افرادی که در این مطالعه حضور داشتند، این اطمینان داده شد که اصول رازداری در خصوص اطلاعات آنها رعایت می‌شود و بدون کسب اجازه از آنها هیچ گونه از اطلاعات شخصی آنها در اختیار کسی قرار نمی‌گیرد.

در واقع کاهش خودمتمایزسازی بیماران باعث افزایش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه می‌شود و بالتبع آن، کاهش کیفیت زندگی را در پی دارد (سلطانی‌نژاد، ۱۳۹۷). هر انسانی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید و در برابر تعارضات اجتناب‌ناپذیر درونی خود ناتوان نشود، فردی دارای سلامت روانی است و از کیفیت زندگی مناسب برخوردار است. در مطالعه‌ای به منظور بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان فشار خون و کیفیت زندگی، بر روی زنان مبتلا به فشار خون بالا، نشان داده شد که شفقت خود، مانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند و باعث می‌شود افراد راحت‌تر بتوانند مسئولیت شخصی در قبال حوادث منفی را بپذیرند. در نتیجه این عامل سبب کاهش فشارخون و افزایش کیفیت زندگی در آنها می‌شود (سعیدیان، سهرابی و زمستانی، ۱۳۹۸).

با توجه به اینکه کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مفهوم کلی بهداشت محسوب می‌شود، به گونه‌ای که برای تعیین نیازهای حیطه سلامت و ارتقای سطح سلامتی افراد باید کیفیت زندگی آنها را مورد بررسی قرار داد. از سوی دیگر، فشارخون بالا یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین تهدیدکننده‌های سلامت روان و کیفیت زندگی است و تقریباً یک چهارم تمام مرگ‌ومیرها در افراد مسن ناشی از فشارخون بالا یا عوارض ناشی از آن است (سعیدیان و همکاران، ۱۳۹۸). از این رو، به نظر می‌رسد برای کاهش فشارخون و بهبود کیفیت زندگی این بیماران لازم است به دنبال متغیرهایی بود که می‌توانند با کیفیت زندگی این بیماران مرتبط باشند. در مطالعه حاضر، به بررسی متغیرهای روانشناختی در قالب یک مدل پژوهشی پرداخته شد تا روابط مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای تنظیم شناخت هیجان و سبک‌های دفاعی را با کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به فشار خون بالا مشخص شود تا بتوان به بهبود وضعیت روانشناختی بیماران مبتلا به پرفشاری خون کمک نمود.

براساس پیشینه پژوهشی موجود و متغیرهای مستقل، وابسته و میانجی مطالعه حاضر، مدل پیشنهادی پژوهشی به صورت شکل ۱ می‌باشد.

(ب) ابزار

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱ (CERQ): این پرسشنامه توسط گارنفسکی و کرایچ در سال ۲۰۰۷ تهیه شده است که ۳۶ ماده دارد. پاسخ‌گویی به سؤالات این مقیاس در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت از تقریباً هرگز (۱) تا همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود. بصورت ۹ خرده مقیاس با دو راهبرد مثبت و منفی می‌باشد که شامل سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری و سرزنش دیگری که راهبردهای منفی تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند و راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد به برنامه‌ریزی، تمرکز مثبت مجدد، ارزیابی مجدد مثبت و کم اهمیت شماری راهبردهای سازگار یا مثبت تنظیم هیجانی را نشان می‌دهند. دامنه نمرات بین ۳۶ تا ۱۸۰ قرار دارد. هر چه نمره کسب شده بالاتر باشد، یعنی آن راهبرد توسط فرد بیشتر استفاده شده است. گارنفسکی پایایی کل راهبردهای مثبت، منفی و کل پرسشنامه را بصورت ضریب آلفای کرونباخ و به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ بیان کرد. پایایی این پرسشنامه در ایران توسط پازوکی، کوچک انتظار و قنبری پناه (۱۳۹۴) ارزیابی شد و ضریب آلفای کرونباخ عامل‌های پرسشنامه را به ترتیب برای سرزنش دیگران ۰/۶۳، سرزنش خود ۰/۶۱، نشخوار فکری ۰/۵۴، فاجعه‌انگاری ۰/۶۰ و پذیرش ۰/۵۷ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کرد.

پرسشنامه سبک‌های دفاعی^۲ (DSQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ توسط اندروز، سینگ و بوند در قالب ۴۰ سؤال طراحی شد. طیف لیکرت آن بین عدد ۱ (کاملاً مخالف) تا عدد ۹ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری شده است. این پرسشنامه بر اساس سه زیر مقیاس سبک دفاعی رشدیافته، نوروتیک و رشدنیافته، ۲۰ سبک دفاعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره فرد برای هر یک از سبک‌های دفاعی، عددی بین ۲ تا ۱۸ می‌باشد. نمره بالای ۱۰ برای هر کدام از سبک‌های دفاعی به معنی استفاده فرد از آن سبک است. در نهایت در هر سبک، میانگین نمرات فرد تعیین شده و با نمره میانگین در سبک‌های دیگر مقایسه می‌شود. بیشترین نمره میانگین نشان دهنده استفاده فرد از سبک‌های دفاعی است. بشارت (۱۳۹۱) در پژوهش خود این پرسشنامه را مورد ارزیابی قرار داد و ضرایب آلفای کرونباخ را برای سبک رشدیافته از ۰/۸۳ تا ۰/۹۴، برای سبک رشدنیافته از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ و برای

سبک نوروتیک از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ گزارش کرد. این ضرایب، تأیید کننده همسانی درونی خرده مقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های دفاعی می‌باشد. پایایی بازآزمایی نیز برای سبک رشدیافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۷، برای سبک رشدنیافته از ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ و برای سبک نوروتیک از ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ گزارش شد که معنی‌دار بوده و تأیید کننده پایایی بازآزمایی این پرسشنامه می‌باشد.

پرسشنامه کیفیت زندگی^۳ (WHOQOL-BREF): گروهی از محققان سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ پرسشنامه کیفیت زندگی را بر اساس نسخه ۱۰۰ سؤالی آن طراحی کردند. این پرسشنامه شامل ۴ زیرمقیاس سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط و یک نمره کلی می‌باشد. در آغاز برای هر سؤال یک نمره خام بین ۵-۱ در نظر گرفته می‌شود. این نمرات در داخل یک فرمول قرار داده شده و خروجی آن به صورت نمره‌ای استاندارد شده بین ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. نمره بیشتر به معنای کیفیت زندگی بهتر است. ارزیابی پایایی این پرسشنامه توسط رفیعی و همکاران (۱۳۹۳) بر روی ۱۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی انجام گرفت. آنها در تحلیل همخوانی درونی، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۹۳ و ضرایب استاندارد پایایی را بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین ضریب همبستگی اسپرمن و ضریب توافق کل پرسشنامه نیز به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۸ بود. نجات و همکاران (۱۳۸۵) نیز در مطالعه خود، ضریب آلفای کرونباخ را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ و ضریب پایایی روش باز آزمایی بعد از گذشت دو هفته را ۰/۷ گزارش کردند.

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو^۴ (TAS-20): این پرسشنامه توسط بگبی، تایلر و پارکر در سال ۱۹۹۴ طراحی شد. این پرسشنامه حاوی ۲۰ سؤال می‌باشد که در آن سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری برای توصیف احساسات و تفکر عینی در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت سنجش بر اساس عدد ۱ برای کاملاً مخالف و عدد ۵ برای کاملاً موافق، سنجیده می‌شود. از مجموع ۳ خرده مقیاس، یک عدد کل بدست می‌آید. دامنه نمرات برای کل مقیاس بین ۲۰ تا ۱۰۰ قرار می‌گیرد. ویژگی‌های

4. The Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

2. Defense Style Questionnaire (DSQ)

3. World Health Organization Quality of Life Questionnaire

۱۰-۶ سال و ۱۳۵ نفر بین ۱۱-۱۵ سال سابقه بیماری فشارخون را داشتند. این آمارها برای متغیرهای تنظیم شناختی هیجان، سبک‌های دفاعی، کیفیت زندگی و ناگویی هیجانی محاسبه گردید. میانگین تمام متغیرهای مورد مطالعه بدون در نظر گرفتن مقدار انحراف استاندارد تقریباً در حد متوسط بودند (جدول ۱). به منظور استفاده از این متغیرها در مدل‌سازی از آزمون بررسی نرمال بودن یک متغیره (آزمون کولموگروف - اسمیرنوف) استفاده شد. بر اساس نتایج جدول ۲، مقدار احتمال بیشتر از ۰/۰۵ بود؛ تمام متغیرها دارای توزیع نرمال بودند و در نتیجه فرض نرمالیتی برای هیچ یک از متغیرها رد نشد.

ضریب همبستگی پیرسون، به منظور بررسی عدم وجود رابطه خطی مشترک چندگانه بین متغیرها، شدت رابطه و نوع رابطه (مستقیم و معکوس) انجام گرفت. بر اساس مقادیر درج شده در جدول ۳، ضریب همبستگی بین تمامی متغیرها مثبت و معنادار بود که نشان دهنده وجود رابطه مستقیم بین متغیرها می‌باشد ($P < ۰/۰۰۱$). بیشترین ضریب همبستگی بین دو متغیر سبک دفاعی و کیفیت زندگی به مقدار (۰/۶۴۳) و کمترین ضریب همبستگی بین دو متغیر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی به مقدار (۰/۱۱۲) مشاهده شد.

روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو - ۲۰ در پژوهش‌های متعدد خارجی توسط تیلور، باگی و لومینت (۲۰۰۰) بررسی و تأیید شده است. تیلور در مطالعات خود، ضرایب آلفای کرونباخ را برای ناگویی هیجانی کل (۰/۷۴) و ضریب همسانی درونی را برای ۳ مقیاس دشواری در تشخیص احساسات (۰/۷۳)، دشواری در توصیف احساسات (۰/۷۵) و تفکر عینی (۰/۷۲) گزارش کرد که پایایی رضایت‌بخشی را نشان می‌دهد. در نسخه فارسی ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ نیز پایایی این پرسشنامه بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجان کل (۰/۸۵) و برای سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساسات (۰/۸۲)، دشواری در توصیف احساسات (۰/۷۵) و تفکر عینی (۰/۷۲) محاسبه شده است که نشان دهنده همسانی درونی خوب مقیاس بود (بشارت، ۱۳۹۲).

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی جمعیت شناختی این پژوهش، از ۴۸۰ نفر، ۲۴۸ نفر مرد و ۲۳۲ نفر زن بودند. ۱۰۰ نفر از آنها بین ۳۵ تا ۴۰ سال، ۲۲۲ نفر بین ۴۱ تا ۴۵ سال و ۱۵۸ نفر بین ۴۶ تا ۵۰ سال سن داشتند. ۸۸ نفر سواد خواندن و نوشتن، ۸۱ نفر سیکل، ۱۴۶ نفر دیپلم، ۱۰۷ نفر فوق دیپلم، ۴۸ نفر لیسانس و ۱۰ نفر فوق لیسانس و بالاتر بودند. ۹۶ نفر بین ۱ تا ۵ سال، ۲۴۹ نفر بین

جدول ۱. مقادیر شاخص‌های توصیفی برای متغیرهای پژوهش و زیرمؤلفه‌های آن‌ها

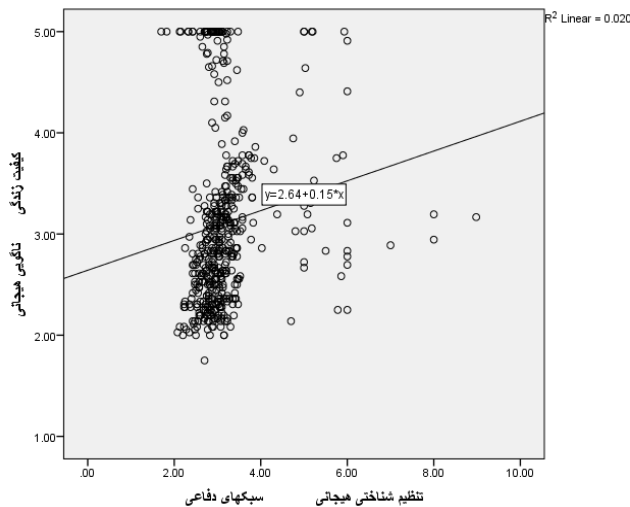
| متغیر | تعداد | میانگین | انحراف معیار | چولگی | کشدگی |
|---------------------------|-------|---------|--------------|--------|--------|
| تنظیم شناخت هیجان | ۴۸۰ | ۳/۱۱۰۷ | ۰/۸۶۴۰۵ | ۱/۰۳۱ | ۰/۰۹۴ |
| تنظیم شناخت هیجان مثبت | ۴۸۰ | ۳/۰۲۳۰ | ۰/۹۱۶۸۵ | ۱/۰۷۲ | ۰/۱۱۶ |
| تنظیم شناخت هیجان منفی | ۴۸۰ | ۳/۱۹۸۴ | ۰/۸۳۷۰۸ | ۰/۴۵۰ | -۰/۵۱۳ |
| سبک‌های دفاعی | ۴۸۰ | ۳/۱۸۱۲ | ۰/۸۲۳۸۱ | ۰/۰۳۶ | ۱۲/۵۲۴ |
| سبک‌های رشد نیافته | ۴۸۰ | ۳/۲۲۶۷ | ۱/۱۰۶۳۲ | ۰/۴۶۳ | -۱/۰۳۹ |
| سبک‌های نوروتیک | ۴۸۰ | ۳/۰۳۲۹ | ۰/۹۸۱۵۴ | ۰/۷۶۹ | -۰/۴۶۵ |
| سبک‌های رشد یافته | ۴۸۰ | ۳/۲۸۴۰ | ۰/۴۰۵۵۳ | -۰/۴۵۷ | ۰/۲۹۰ |
| ناگویی هیجانی | ۴۸۰ | ۳/۴۳۳۰ | ۰/۲۷۲۶۷ | -۰/۸۴ | ۰/۳۲۶ |
| دشواری در شناسایی احساسات | ۴۸۰ | ۳/۶۹۱۱ | ۰/۴۱۶۹۰ | -۰/۴۶۹ | ۰/۰۰۳ |
| دشواری در توصیف احساسات | ۴۸۰ | ۳/۳۴۹۲ | ۰/۴۹۵۷۴ | -۰/۲۵ | -۰/۴۳۱ |
| تفکر عینی | ۴۸۰ | ۳/۲۵۸۹ | ۰/۳۸۲۱۸ | ۰/۴۶۵ | -۰/۱۰۱ |
| کیفیت زندگی | ۴۸۰ | ۳/۲۵۹۶ | ۱/۰۹۴۹۹ | ۰/۷۲۴ | -۱/۰۷۲ |
| بعد جسمانی | ۴۸۰ | ۳/۳۰۰۶ | ۱/۱۵۰۹۰ | ۰/۴۴۳ | -۱/۱۸۲ |
| بعد روانی | ۴۸۰ | ۳/۱۸۵۲ | ۱/۲۱۶۵۱ | ۰/۴۶۶ | -۱/۱۲۰ |
| بعد روابط اجتماعی | ۴۸۰ | ۳/۲۱۰۱ | ۱/۰۸۶۱۶ | ۰/۷۴۷ | -۰/۹۰۱ |
| بعد محیط اجتماعی | ۴۸۰ | ۳/۳۴۲۶ | ۰/۹۷۱۸۷ | ۰/۶۰۲ | -۰/۸۷۸ |

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف متغیرهای پژوهش در گروه نمونه

| عامل کلی | زیرمقیاس‌ها | میانگین | انحراف معیار | آماره آزمون | سطح معناداری |
|-------------------|---------------------------|---------|--------------|-------------|--------------|
| تنظیم شناخت هیجان | تنظیم شناخت هیجان مثبت | ۳/۰۲۳۰ | ۰/۹۱۶۸ | ۰/۱۱۹ | ۰/۱۰۱ |
| | تنظیم شناخت هیجان منفی | ۳/۱۹۸۴ | ۰/۸۳۷۰ | ۰/۱۲۸ | ۰/۰۹۱ |
| | دشواری در شناسایی احساسات | ۳/۶۹۱۱ | ۰/۴۱۶۹ | ۰/۱۴۲ | ۰/۱۶۳ |
| | دشواری در توصیف احساسات | ۳/۳۴۹۲ | ۰/۴۹۵۷ | ۰/۱۳۶ | ۰/۱۸۶ |
| ناگویی هیجانی | تفکر عینی | ۳/۲۵۸۹ | ۰/۳۸۲۱ | ۰/۱۶۶ | ۰/۱۵۵ |
| | رشد نیافته | ۳/۲۲۶۷ | ۱/۱۰۶۳ | ۰/۱۵۸ | ۰/۰۸۸ |
| | نوروتیک | ۳/۰۳۲۹ | ۰/۹۸۱۵ | ۰/۱۰۸ | ۰/۱۶۵ |
| سبک‌های دفاعی | رشد یافته | ۳/۲۸۴۰ | ۰/۴۰۵۵ | ۰/۱۲۱ | ۰/۰۷۹ |
| | بعد جسمانی | ۳/۳۰۰۶ | ۱/۱۵۰۹ | ۰/۱۸۲ | ۰/۱۶۹ |
| | بعد روانی | ۳/۱۸۵۲ | ۱/۲۱۶۵ | ۰/۱۳۵ | ۰/۱۷۶ |
| کیفیت زندگی | بعد روابط اجتماعی | ۳/۲۱۰۱ | ۱/۰۸۱۱ | ۰/۱۲۸ | ۰/۱۸۳ |
| | بعد محیط اجتماعی | ۳/۳۴۲۶ | ۰/۹۷۱۸ | ۰/۱۱۳ | ۰/۱۹۶ |

جدول ۳. ماتریس همبستگی سازه متغیرها و مؤلفه‌های آنها

| متغیر | تنظیم شناختی هیجان | تنظیم منفی | تنظیم مثبت | | |
|------------------------------------|--------------------|------------|---------------|---------------|--------------|
| تنظیم شناختی هیجان | ۱/۰۰۰ | | | | |
| تنظیم منفی | ۰/۴۷ | ۱/۰۰۰ | | | |
| تنظیم مثبت | ۰/۵۹ | ۰/۵۳ | ۱/۰۰۰ | | |
| کیفیت زندگی | | | | روابط اجتماعی | محیط اجتماعی |
| کیفیت زندگی | ۱/۰۰۰ | | | | |
| بعد جسمانی | ۰/۶۲ | ۱/۰۰۰ | | | |
| بعد روانی | ۰/۶۰ | ۰/۵۳ | ۱/۰۰۰ | | |
| بعد روابط اجتماعی | ۰/۵۷ | ۰/۵۲ | ۰/۶۰ | ۱/۰۰۰ | |
| بعد محیط اجتماعی | ۰/۵۵ | ۰/۵۱ | ۰/۵۸ | ۰/۵۶ | ۱/۰۰۰ |
| ناگویی هیجانی | | | | تفکر عینی | |
| ناگویی هیجانی | ۱/۰۰۰ | | | | |
| دشواری در شناسایی احساسات | ۰/۷۵ | ۱/۰۰۰ | | | |
| دشواری در توصیف احساسات | ۰/۷۳ | ۰/۶۳ | ۱/۰۰۰ | | |
| تفکر عینی | ۰/۷۰ | ۰/۶۰ | ۰/۵۹ | ۱/۰۰۰ | |
| سبک دفاعی | | | | نوروتیک | رشد یافته |
| سبک دفاعی | ۱/۰۰۰ | | | | |
| رشد نیافته | ۰/۶۱ | ۱/۰۰۰ | | | |
| نوروتیک | ۰/۶۰ | ۰/۵۲ | ۱/۰۰۰ | | |
| رشد یافته | ۰/۵۷ | ۰/۵۲ | ۰/۶۰ | ۱/۰۰۰ | |
| تنظیم شناختی هیجان | | سبک دفاعی | ناگویی هیجانی | کیفیت زندگی | |
| تنظیم شناختی هیجان | ۱/۰۰۰ | | | | |
| سبک دفاعی | ۰/۴۲۷ | ۱/۰۰۰ | | | |
| ناگویی هیجانی | ۰/۱۱۲ | ۰/۵۱۱ | ۱/۰۰۰ | | |
| کیفیت زندگی | ۰/۵۲۹ | ۰/۶۴۳ | ۰/۴۱۸ | ۱/۰۰۰ | |
| مقدار احتمال معناداری کمتر از ۰/۰۵ | | | | | |

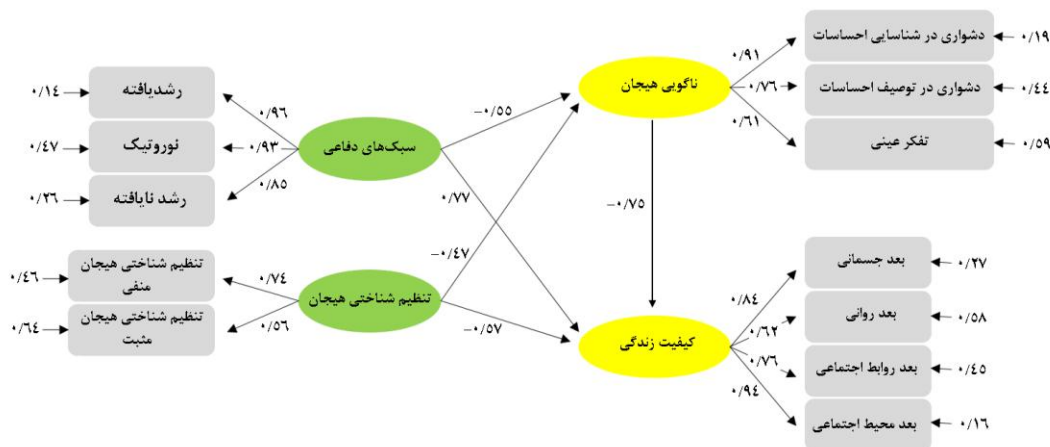


شکل ۲. پراکندگی داده‌ها با آزمون باکس ویسکر

در ادامه به تحلیل مدل ساختاری (SEM) پرداخته شد (شکل ۳). ابتدا شاخص‌های برازش برای مجذور خی و شاخص‌های NNFI، NFI، GFI و CFI محاسبه شد. طبق جدول ۴، نسبت خی دو به درجه آزادی کمتر از ۳ و میزان RMSEA نزدیک به صفر بود. مقادیر سایر شاخص‌های برازش نزدیک به یک بدست آمد؛ بر این اساس، مدل حاصل، از برازش خوبی برخوردار بود. ($P < 0.001$).

برای بررسی روایی و اگر از ماتریس حاوی مقادیر ضرایب همبستگی بین سازه‌ها و جذر مقادیر AVE مربوط به هر سازه استفاده شد. نتایج نشان داد که جذر AVE هر سازه از ضریب همبستگی آن سازه با سازه‌های دیگر بیشتر است که این مطلب حاکی از قابل قبول بودن روایی و اگر سازه‌ها می‌باشد.

برای تعیین شدت تأثیر متغیر میانجی، از آماره واریانس محاسبه شده (VAF) استفاده شد. بر اساس نتایج بدست آمده، رابطه تأثیر بین سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی مساوی با ۵۲٪ بود؛ یعنی حدود ۵۲ درصد از اثر کل بین سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجان تبیین شد. همچنین تأثیر بین تنظیم شناختی هیجانی با کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی نیز برابر با ۴۹٪ بود؛ یعنی حدود ۴۹ درصد از اثر کل بین تنظیم شناختی هیجانی با کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی تبیین شد. مقدار آماره دورین واتسون ۱/۷۹۹۹ بدست آمد که با توجه به این که این مقدار در حدفاصل استاندارد ۱/۵ تا ۲/۵ قرار داشت، در نتیجه استقلال باقیمانده‌ها را نشان داد. با توجه به شکل ۳، آزمون باکس ویسکر نشان داد که داده‌های پرت در این تحقیق کم بود و در نتیجه تحقیق هیچ تأثیر منفی نداشته است.



شکل ۳. مدل ساختاری برازش شده در تبیین رابطه ساختاری متغیرها

جدول ۴. شاخص‌های نیکویی برازش مدل ساختاری

| متغیر | χ^2 | df | χ^2/df | CFI | GFI | RMSEA | NFI | NNFI | مقدار احتمال |
|-------------------|----------|------|-------------|------|------|-------|------|------|--------------|
| تنظیم شناخت هیجان | ۲۷۷/۷ | ۲/۹۹ | ۰/۹۳ | ۰/۹۲ | ۰/۷۹ | ۰/۰۷۹ | ۰/۹۴ | ۰/۹۱ | < ۰/۰۰۱ |

بر اساس نتایج جدول ۵، ضریب استاندارد بین مؤلفه‌های سبک دفاعی رشد نایافته و نوروتیک با متغیر کیفیت زندگی عددی منفی و بین ۰/۳ تا ۰/۶ بدست آمد که نشان دهنده رابطه منفی، متوسط و معنادار بین این متغیرها بود. در مقابل، ضریب استاندارد بین مؤلفه سبک دفاعی رشد یافته با کیفیت زندگی عددی مثبت و بزرگ‌تر از ۰/۶ بدست آمد که نشان دهنده رابطه مثبت، قوی و معنادار بین این متغیرها بود. بر همین اساس، بین تنظیم شناختی هیجان منفی و ناگویی هیجان رابطه مثبت، قوی و معنادار و بین تنظیم شناختی هیجان مثبت و ناگویی هیجانی رابطه منفی، قوی و معنادار مشاهده شد. رابطه بین مؤلفه‌های سبک دفاعی رشد یافته و نوروتیک با متغیر ناگویی هیجانی مثبت، متوسط و معنادار و بین سبک دفاعی رشد نایافته با ناگویی هیجانی منفی و متوسط و معنادار بود. همچنین بین تنظیم شناختی هیجان منفی با کیفیت زندگی رابطه منفی و

متوسط و معنادار و بین تنظیم شناختی هیجان مثبت با کیفیت زندگی رابطه مثبت و قوی و معناداری مشاهده شد. بین متغیر ناگویی هیجان با کیفیت زندگی نیز رابطه منفی و قوی و معناداری وجود داشت. از نتایج حاصل این‌طور نتیجه‌گیری شد که رابطه بین متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی و سبک‌های دفاعی با متغیر کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا، معنی‌دار بود ($P < 0/001$). با توجه به جدول ۶، حد بالا و پایین فاصله اطمینان برای مسیر سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی و همچنین برای مسیر تنظیم شناختی هیجانی با کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی صفر را در بر نگرفت. با توجه به اینکه صفر بیرون از این فاصله قرار داشت، رابطه غیر مستقیم بین متغیرها در هر دو مسیر، معنی‌دار بود.

جدول ۵. ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش

| متغیر | ضرایب استاندارد مسیر مستقیم | ضرایب استاندارد مسیر غیر مستقیم | خطای معیار | مقدار احتمال |
|---|-----------------------------|---------------------------------|------------|--------------|
| تنظیم شناخت هیجان - کیفیت زندگی | -۰/۵۷ | - | ۰/۰۴۲ | <۰/۰۰۱ |
| تنظیم شناختی هیجان منفی - کیفیت زندگی | -۰/۴۷ | - | ۰/۱۵۶ | <۰/۰۰۱ |
| تنظیم شناختی هیجان مثبت - کیفیت زندگی | ۰/۷۶ | - | ۰/۱۲۲ | <۰/۰۰۱ |
| سبک‌های دفاعی - کیفیت زندگی | ۰/۷۷ | - | ۰/۰۱۴ | <۰/۰۰۱ |
| رشد یافته - کیفیت زندگی | ۰/۸۹ | - | ۰/۰۵۷ | <۰/۰۰۱ |
| نوروتیک - کیفیت زندگی | -۰/۵۲ | - | ۰/۱۴۳ | <۰/۰۰۱ |
| رشد نایافته - کیفیت زندگی | -۰/۴۷ | - | ۰/۰۲۳ | <۰/۰۰۱ |
| تنظیم شناختی هیجانی - ناگویی هیجانی | -۰/۴۷ | - | ۰/۱۸۴ | <۰/۰۰۱ |
| تنظیم شناختی هیجان منفی - ناگویی هیجانی | ۰/۶۷ | - | ۰/۰۵۰ | <۰/۰۰۱ |
| تنظیم شناختی هیجان مثبت - ناگویی هیجانی | -۰/۴۳ | - | ۰/۰۲۱ | <۰/۰۰۱ |
| سبک‌های دفاعی - ناگویی هیجانی | -۰/۵۵ | - | ۰/۱۲۵ | <۰/۰۰۱ |
| رشد یافته - ناگویی هیجانی | -۰/۴۷ | - | ۰/۰۴۳ | <۰/۰۰۱ |
| نوروتیک - ناگویی هیجانی | ۰/۵۶ | - | ۰/۱۷۳ | <۰/۰۰۱ |
| رشد نایافته - ناگویی هیجانی | ۰/۷۳ | - | ۰/۱۶۷ | <۰/۰۰۱ |
| ناگویی هیجان - کیفیت زندگی | -۰/۷۵ | - | ۰/۰۸۵ | <۰/۰۰۱ |
| سبک‌های دفاعی - ناگویی هیجانی - کیفیت زندگی | - | -۰/۴۱ | ۰/۰۴۳ | <۰/۰۰۱ |
| تنظیم شناختی هیجانی - ناگویی هیجانی - کیفیت زندگی | - | -۰/۳۵ | ۰/۱۳۴ | <۰/۰۰۱ |

جدول ۶. رابطه غیر مستقیم متغیرها در مدل ساختاری برازش شده

| مسیر | داده | بوت | اریبی | خطای معیار | حد پایین | حد بالا |
|--|--------|--------|--------|------------|----------|---------|
| تنظیم شناختی هیجانی با کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی | ۰/۴۲۰۰ | ۰/۴۳۰۰ | ۰/۰۱۰۰ | ۰/۶۵۶۵ | ۰/۳۱۹۸ | ۰/۵۴۹۸ |
| سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی | ۰/۲۸۰۴ | ۰/۲۸۱۷ | ۰/۰۰۱۳ | ۰/۰۶۸۳ | ۰/۱۶۵۹ | ۰/۴۴۶۸ |

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا انجام گرفت. بر اساس ۴ متغیر مورد بررسی در این پژوهش، در ابتدا ارتباط بین تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی در این بیماران بررسی شد. بین تنظیم شناختی هیجان منفی با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنی‌دار و بین تنظیم شناختی مثبت با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌دار مشاهده شد. این نتیجه با یافته‌های بارباریز کرنارو و کوستا (۲۰۱۷)، کاروالهو، سکوتیرا، سوسا و جاردیم (۲۰۱۳)، سعیدیان و همکاران (۱۳۹۸)، سلطانی‌نژاد (۱۳۹۷) و وجودیک، گردانا و دجوکیک (۲۰۱۷) همخوانی داشت. این نتایج را می‌توان به شرح زیر تبیین کرد.

تنظیم هیجان و به خصوص راهبردهای مثبت در کنترل هیجان، باعث کاهش احساسات منفی، افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه در افراد می‌شود. در واقع، به کارگیری راهبردهای سازگارانه باعث می‌شود که فرد احساس کنترل بیشتری بر محیط داشته باشد و نوعی احساس مثبت در او به وجود می‌آید که نه تنها مانع ابتلای فرد به مشکلات هیجانی می‌شود بلکه بر کیفیت زندگی او نیز اثر مثبت می‌گذارد (بارباریز و همکاران، ۲۰۱۷). اهمیت این مسئله در بیماران مبتلا به فشارخون بالا در مطالعه انجام گرفته توسط کاروالهو و همکاران (۲۰۱۳) مطرح شده است. آنها در مطالعه خود نشان دادند که هر چه بیماران مبتلا به فشارخون بالا نسبت به هیجانات خود در موقعیت‌های تنش‌زا آگاه باشند و بتوانند به نحو مؤثری آنها را کنترل کنند و از راهبردهای سازگار بهره ببرند، بهتر می‌توانند بیماری خود را بپذیرند و با آن سازگار شوند. اما استفاده از راهبردهای ناسازگار با مشکلات هیجانی متعدد مانند اضطراب، افسردگی و پرخاشگری همراه می‌باشد که تأثیر سوئی بر کیفیت زندگی این افراد دارد. سعیدیان و همکاران (۱۳۹۸) نیز در مطالعه خود اظهار داشتند که عوامل روانی بر فشارخون و کیفیت زندگی تأثیر دارند و کنترل آنها از طریق مداخلات روانشناختی به طور مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. آنها بیان کردند که شفقت به خود، نقش مؤثری در تنظیم هیجانات و نگرش افراد نسبت به پدیده‌ها و مشکلات زندگی دارد. این امر باعث می‌شود که بیماران مبتلا به فشارخون بالا با نگاه و دیدگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادها و وقایع بپردازند و بیشتر به ابعاد و جنبه‌های مثبت آن رویداد توجه کنند. در

نتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه کرده و به راحتی با آن رویداد کنار بیایند.

سپس ارتباط بین سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا بررسی شد. نتایج ارتباط معناداری بین این دو متغیر را نشان داد. این نتیجه با یافته‌های طالع‌پسند و ماهفر (۲۰۱۸)، هافانتیس و همکاران (۲۰۱۳)، مارتینو و همکاران (۲۰۲۰) و دهکردی و همکاران (۱۳۹۲) همخوانی داشت. این نتایج را می‌توان به شرح زیر تبیین کرد.

نشانه‌های مربوط به بیماری بر کارکرد جسمانی، روانی و اجتماعی فرد اثر گذاشته و کیفیت زندگی او را کاهش می‌دهد. اما آنچه که در تعیین کیفیت زندگی از اهمیت بالایی برخوردار است، تطابق بیمار از نظر روانشناختی با نشانه‌های بیماری است؛ چنان چه بیمار از راهبردهای ناموفق در کاهش استرس استفاده نماید، سلامت جسمانی و روانی و در نتیجه کیفیت زندگی او کاهش می‌یابد (طالع‌پسند و ماهفر، ۲۰۱۸). در همین راستا هیفانتیس و همکارانش (۲۰۱۳) نیز در تبیین نتایج پژوهش خود این طور اظهار کرد که استفاده از سبک‌های دفاعی ناسازگارانه (سرکوبی) در برابر مسائل زندگی با میزان آسیب‌های روانشناختی و جسمی رابطه مستقیمی دارد. سبک‌های دفاعی رشدنیافته و نوروپیک، اگر چه به طور موقت منجر به کاهش اضطراب می‌گردند، اما مشکل را حل نمی‌کنند و شیوه مناسبی برای کنار آمدن و پذیرش مشکل ارائه نمی‌دهند. در نتیجه، استفاده مداوم از این سبک‌های دفاعی نه تنها به سازگاری شخص با مشکل کمکی نمی‌کنند، بلکه سبب افزایش مشکلات هیجانی و اثرات منفی بر وضعیت سلامتی فرد می‌گردند. سبک‌های دفاعی به خصوص سبک‌های رشدنیافته‌تر، مانعی برای درک واقعیت در فرد شده و امکان دفاع منطقی و مؤثر را از وی سلب می‌کنند. همچنین ظرفیت بینشی و خوداکتشافی فرد را کاهش می‌دهند و کیفیت زندگی او را تحت تأثیر خود قرار داده و آن را کاهش می‌دهند (مارتینو و همکاران، ۲۰۲۰). از آنجایی که سبک‌های دفاعی، تحریف‌کننده واقعیت هستند، در نتیجه استفاده بیش از حد از سه سبک دفاعی به منظور کاهش اضطراب، می‌تواند عاملی در بروز مشکلات روانشناختی و بیماری‌های جسمی، از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی و فشارخون شود (دهکردی و همکاران، ۱۳۹۲).

مورد بعدی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت، ارتباط بین تنظیم شناختی هیجان با ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا بود؛

نتایج نشان داد که بین تنظیم شناختی هیجانی منفی با ناگویی هیجانی رابطه مثبت و معنی‌دار و بین تنظیم شناختی هیجانی مثبت با ناگویی هیجانی رابطه منفی و معنی‌داری وجود داشت. این نتایج با یافته‌های خداپناه، سهرابی، احدی و تقی‌لو (۱۳۹۷)، رضایی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷)، نرگسی، فتحی آشتیانی، داودی و اشرفی (۱۳۹۷) و دویی و پاندی (۲۰۱۳) و همخوانی داشت. این نتایج به صورت زیر تبیین شد.

ناگویی هیجانی آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های جسمانی را در افراد تشدید می‌کند. در واقع ناتوانی در روند هیجانی و شناختی، استعداد ابتلا به بیماری را تشدید می‌کند که با طب روان‌تنی مطابقت دارد. ناگویی هیجانی نقش مهمی در تنظیم هیجانات فرد ایفا می‌کند و چنان چه شدت یابد، آسیب‌پذیری فرد را در جهت ابتلا به اختلال‌های شخصیتی، اختلال‌های خلقی مانند افسردگی یا حتی بیماری‌های جسمانی افزایش می‌دهد (خداپناه و همکاران، ۱۳۹۷). نتایج مطالعات دویی و پاندی (۲۰۱۳) این موضوع را مطرح کرد که افراد دارای ناگویی هیجانی نسبت به افراد عادی با احتمال بیشتری از راهبردهای سرکوبی استفاده می‌کنند و کمتر از راهبردهای ارزیابی مجدد بهره می‌برند. راهبردهای سرکوبی، رابطه بیشتری با مشکلات سلامت‌روانی و جسمانی دارند، بنابراین راهبرد ناسازگارانه برای تنظیم هیجان‌ها محسوب می‌شوند. رضایی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷) نیز در مطالعه خود در این راستا به این موضوع اشاره کردند که ناگویی هیجانی با سرکوب هیجان و نشخوار و سبک دوسوگرایی در ابراز هیجانی رابطه مثبت و در کل با سلامت عمومی پایین رابطه معنادار دارد؛ افراد دارای نمره‌های بالا در مقیاس ناگویی هیجانی بیشتر از افراد واجد نمره‌های پایین در این مقیاس از ابعاد مقابله منفی استفاده می‌کنند. بدین ترتیب راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان، تنها زمانی به طور منفی با علائم آسیب‌شناختی روانی رابطه خواهند داشت که راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان در سطوح بالایی قرار داشته باشند.

سپس به بررسی رابطه بین سبک‌های دفاعی با ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا پرداخته شد که رابطه مثبت و معنادار بین مؤلفه‌های سبک دفاعی رشدیافته و نوروتیک با متغیر ناگویی هیجانی و رابطه منفی و معنادار بین سبک دفاعی رشدنیافته با ناگویی هیجانی مشاهده شد. این نتایج با یافته‌های ریلی (۲۰۱۸)، ژانگ، فان، سان، کیو و سانگ (۲۰۱۷)، گرانیری و همکاران (۲۰۱۷)، بشارت و همکاران (۱۳۹۳) و چانگ و

همکاران (۲۰۱۶) همخوانی داشت. این نتایج را می‌توان به شرح زیر تبیین کرد.

افراد که دچار ناتوانی در پردازش شناختی هستند، به دلیل اینکه نمی‌توانند در فرآیند پردازش شناختی ادراک و ارزشیابی شوند، از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شوند. این ناتوانی، سازمان عواطف و شناخت‌های فرد را مختل می‌سازد و احتمال استفاده از سبک‌های دفاعی نوروتیک و رشدنیافته را در شرایط استرس‌زا افزایش می‌دهد. این افراد از طریق انکار، ابطال و نادیده انگاری (از سبک‌های نوروتیک و رشدنیافته) با موضوع استرس و شرایط استرس‌زا مواجه می‌شوند (گرانیری و همکاران، ۲۰۱۷). این انکار و نادیده‌انگاری استرس توسط این افراد، رابطه مثبت بین ناگویی هیجانی و سبک‌های دفاعی نوروتیک و رشدنیافته بدست آمده در این مطالعه را توجیه می‌کند. در مطالعه دیگری، ریلی (۲۰۱۸) به بررسی رابطه دو متغیر سبک‌های دفاعی و ناگویی هیجانی در بیماران نروژنیک پرداخته بود؛ نتایج پژوهش وی نشان داده است که سبک‌های دفاعی، ناگویی هیجانی و پذیرش بیماری با بیماری نروژنیک همبستگی داشته و فقط خرده مقیاس‌های ناگویی هیجانی توانایی پیش‌بینی بیماری را دارند. ژانگ (۲۰۱۷) نیز در پژوهش خود با عنوان بررسی تنظیم شناختی هیجان و الکسی تایمیا در بیماران مبتلا به افسردگی، نشان داد که نمرات الکسی تایمیا در افراد مبتلا به افسردگی بالاتر از گروه افراد سالم است. در مطالعه دیگری تحت عنوان مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس فکری - عملی و جمعیت بهنجار که توسط بشارت و همکاران (۱۳۹۳) انجام گرفت، نشان داده شد که بین نمره ناگویی هیجانی گروه‌های بالینی و افراد بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارتی، ناگویی هیجانی افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی از ناگویی افراد افسرده و مضطرب به صورت معنادار بیشتر بود.

در نهایت مسأله اصلی مطالعه، رابطه بین تنظیم شناخت هیجان و سبک‌های دفاعی با کیفیت زندگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا بررسی شد. نتایج بدست آمده ارتباط معناداری را بین متغیرهای این مطالعه نشان داد. این نتایج با مطالعه بشارت (۱۳۹۱) همخوانی داشت. وی در مطالعه خود این طور بیان نمود که وقتی فرآیندهای شناسایی و توصیف احساسات به هر دلیل مختل شود، درماندگی روانشناختی راه‌های

تحلیل و تفکر منطقی را می‌بندد و سبک شناختی فرد را به تفکر عینی، عمل‌گرا و واقعیت‌مدار محدود می‌سازد. ترجیح فرد مبتلا به نارسایی هیجانی به این که صرفاً شاهد وقایع باشد و به تحلیل و تفسیر آن‌ها نپردازد و روابط و فعالیت‌های خود را به امور عینی محدود سازد و اساساً کاری به احساسات خود و دیگران نداشته باشد، نمونه‌ای از این سبک شناختی هستند. همچنین بشارت (۲۰۱۰) در مطالعه دیگری بیان کرد که افراد دارای ناگویی هیجانی به فکر کردن در مورد مشکلات در شرایط استرس‌زا، تجزیه و تحلیل آن مشکلات و یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکلات قادر نیستند. زمانی که افراد دارای ناگویی هیجانی، به وسیله موقعیت‌های استرس‌زا برانگیخته می‌شوند، به استفاده از راهبردهای شناختی برای تعدیل حالت‌های هیجانی خود قادر نیستند؛ بنابراین، امکان استفاده از راهبردهای ناسازگارانه افزایش خواهد یافت.

به عنوان نتیجه نهایی، با توجه به اینکه توانایی در تنظیم شناختی هیجان با پیامدهای سلامت جسمانی، اجتماعی، روانی و فیزیولوژیک همراه است و تنظیم هیجان تحت تأثیر توانایی تشخیص، درک و مدیریت هیجانات یا همان ناگویی هیجانی است؛ و از طرفی سبک‌های دفاعی موجب آشفتگی در سیستم هیجانی فرد می‌شوند و ارتباط مستقیمی با ناگویی هیجانی دارند؛ بنابراین، بیماران مبتلا به فشارخون بالا می‌توانند با بکار بستن راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگارانه از مهارت‌های شناختی برای حل مسئله استفاده کرده و بر ناگویی هیجانی غلبه نمایند. همچنین در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی، می‌توان منبع فشار روانی را شناسایی کرده و با شناخت منبع کنترل آن باعث افزایش کیفیت زندگی شد.

این مطالعه با محدودیت‌هایی روبرو بود. گروهی از افراد که سطح بالایی از ناگویی هیجانی را دارند، توانایی شناسایی هیجان‌های خود را ندارند، در نتیجه ممکن است نتوانند آن را به درستی گزارش کنند. همچنین افرادی

که دچار افسردگی پنهان هستند و این وضعیت در آنها شناسایی نشده است، ارزیابی منفی‌تری از توانایی‌های خود ارائه می‌دهند. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی، متغیرهای روانشناختی دیگری مانند ویژگی‌های شخصیتی، جو عاطفی و عملکرد خانوادگی را به عنوان متغیر تعدیل کننده در رابطه مطالعه شده وارد کنند تا بتوانند تبیین بهتری از واریانس سلامت روانی و کیفیت زندگی داشته باشند. پیشنهاد کاربردی این مطالعه، با توجه به ارتباط ناگویی هیجانی با سلامت روانی و کیفیت زندگی، بهتر است آموزش مهارت‌های زندگی به خصوص آموزش مهارت حل مسئله برای افراد دچار ناگویی هیجانی انجام شود. چون افراد مبتلا به فشارخون بالا در ناگویی هیجانی و تنظیم هیجان دچار مشکل هستند، آموزش‌هایی مانند تنظیم هیجان، آموزش هوش هیجانی و آموزش کنترل عواطف که در کاهش آشفتگی و مشکلات هیجانی مؤثر است، برای این افراد پیشنهاد می‌گردد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: مقاله حاضر بخشی از رساله دکتری نویسنده اول مقاله در رشته روانشناسی سلامت از دانشگاه آزاد واحد بین‌المللی کیش با کد اخلاق پژوهش IR.HUMS.REC.1399.098 می‌باشد و مشارکت کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش مشارکت نمودند.

حامی مالی: پژوهش حاضر بر گرفته از رساله دکتری می‌باشد که توسط خود نویسنده اول انجام گرفته و هیچ حامی مالی نداشت.

نقش هر یک از نویسندگان: در مقاله حاضر، نویسنده اول به عنوان محقق اصلی پژوهش می‌باشد. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور رساله دکتری می‌باشند.

تضاد منافع: هیچ تضاد منافی بین نویسندگان مقاله حاضر اعلام نشده است.

تشکر و قدردانی: از اساتید راهنما و مشاور و همچنین کارکنان بیمارستان قلب شیراز که در انجام پژوهش حاضر یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- Ali Akbari Dehkordi, M, Salehi, Sh & Rezaei, A. (2013). Comparison of irrational beliefs and defense styles between coronary heart patients and normal individuals. *Journal of Health Psychology*, 2 (6), 18-32. (Persian). [Link]
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246–256. [Link]
- Barańczuk, U. (2019). The five factor model of personality and alexithymia: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 78(1), 227-248. [Link]
- Barberis, N., Cernaro, V., & Costa, S. (2017). The relationship between coping, emotion regulation, and quality of life of patients on dialysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52(2), 1-10. [Link]
- Besharat, M. A. (2012). The mediating role of defense mechanisms in the relationship between attachment and nagging styles. *Journal of Applied Psychology*, 6 (1), 22-7. (Persian). [Link]
- Besharat, M. A. (2010). Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5(1), 614-618. [Link]
- Besharat, M. A., & Khajavi, Z. (2013). The relationship between attachment styles and alexithymia: Mediating role of defense mechanisms. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(6), 571-576. [Link]
- Besharat, M.A. (2013). Toronto Emotional Discomfort Scale: Questionnaire, Method of Execution and Scoring (Persian version) *Journal of Transformational Psychology*, 10 (37), 92-90. (Persian). [Link]
- Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Reuman, L., Leonard, R. C., & Riemann, B. C. (2017). Anxiety sensitivity as a predictor of outcome in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57(1), 113-117. [Link]
- Carey, R. M., & Whelton, P. K. (2018). the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension guideline. *Annals of internal medicine*, 168(5), 351-358. [Link]
- Carvalho, M. V., Siqueira, L. B., Sousa, A. L., & Jardim, P. C. (2013). The influence of hypertension on quality of life. *Arq Bras Cardiol*, 100(1), 164-174. [Link]
- Casagrande, M., Mingarelli, A., Guarino, A., Favieri, F., Boncompagni, I., Germanò, R., & Forte, G. (2019). Alexithymia: A facet of uncontrolled hypertension. *International Journal of psychophysiology*, 14(1), 180-189. [Link]
- Chung, M. C., Di, X., & Wan, K. H. (2016). Exploring the interrelationship between alexithymia, defense style, emotional suppression, homicide-related posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*, 30(2), 373-381. [Link]
- Di Tella, M., Adenzato, M., Catmur, C., Miti, F., Castelli, L., & Ardito, R. B. (2020). The role of alexithymia in social cognition: Evidence from a non-clinical population. *Journal of affective disorders*, 273(1), 482-492. [Link]
- Dubey, A., & Pandey, R. (2013). Mental health problems in alexithymia: Role of positive and negative emotional experiences. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 20(2), 128-136. [Link]
- Esin, O., Gorobets, E., Khairullin, I., & Esin, R. (2017). Alexithymia as a predictor of chronic tension headaches. *BioNanoScience*, 7(2), 272-27. [Link]
- Frieden, T. R., & Jaffe, M. G. (2018). Saving 100 million lives by improving global treatment of hypertension and reducing cardiovascular disease risk factors. *The Journal of Clinical Hypertension*, 20(2), 208-211. [Link]
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149. [Link]
- Gharibi, H, Rostami, Ch, Mohammadian Sharif, K & Manqi, T. (2015). Predicting defense mechanisms based on quality of life and perceived socio-emotional support in married women. *Journal of Health and Care*, 18 (1), 73-83. (Persian). [Link]
- Granieri, A., La Marca, L., Mannino, G., Giunta, S., Guglielmucci, F., & Schimmenti, A. (2017). The relationship between defense patterns and DSM-5 maladaptive personality domains. *Frontiers in psychology*, 8(2), 1926-1938. [Link]
- Hyphantis, T. N., Taunay, T. C., Macedo, D. S., Soeiro-de-Souza, M. G., Bisol, L. W., Fountoulakis, K. N. & Carvalho, A. F. (2013). Affective temperaments and ego defense mechanisms associated with somatic symptom severity in a large sample. *Journal of affective disorders*, 150(2), 481-489. [Link]
- Ifeagwazi, C. M., Egberi, H. E., & Chukwuorji, J. C. (2018). Emotional reactivity and blood pressure elevations: anxiety as a mediator. *Psychology, health & medicine*, 23(5), 585-592. [Link]

- Jokar, F., Farhadi, M. & Delfan Biranvand, A. (2018). Predicting mental well-being based on cognitive emotion regulation strategies, defensive styles, honesty, and basic psychological needs. *Journal of Psychological Studies*, 14 (2), 73-57. (Persian). [Link]
- Khoda panah, M., Sohrabi, F., Ahadi, H. & Taqiloo, S. (2018). Comparison of structural model of brain-behavioral system, impulsivity and emotional malaise with eating behavior. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 6 (3), 265-251. (Persian). [Link]
- Martino, G., Caputo, A., Bellone, F., Quattropiani, M. C., & Vicario, C. M. (2020). Going Beyond the Visible in Type 2 Diabetes Mellitus: Defense Mechanisms and Their Associations With Depression and Health-Related Quality of Life. *frontiers in psychology*, 11(1), 267. [Link]
- McRae, K. (2016). Cognitive emotion regulation: A review of theory and scientific findings. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 10(1), 119-124. [Link]
- Mehrabian, F., Farmanbar, R., Mahdavi Roshan, M., Omid, S., & Aghebati, R. (2017). Investigating the status of blood pressure and its related factors in individuals with hypertension visiting urban and rural health centers in Rasht City during 2014. *J Health*, 8(3), 328-35. [Link]
- Morris, S. S., Musser, E. D., Tenenbaum, R. B., Ward, A. R., Martinez, J., Raiker, J. S., & Riopelle, C. (2020). Emotion regulation via the autonomic nervous system in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): replication and extension. *Journal of abnormal child psychology*, 48(3), 361-373. [Link]
- Nargesi, F., Fathi Ashtiani, A., Davoodi, I. & Ashrafi, E. (2018). The relationship between mood distress, anxiety sensitivity and distress tolerance with obsessive-compulsive symptoms mediated by dysfunctional emotion regulation strategies in students. *Journal of Disability Studies*, 8 (15), 9-9. (Persian). [Link]
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouee Naeini, K., Mohammad, K. & Majdzadeh, R. (2006). Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire: Translation and Psychometrics of the Iranian Species. *Journal of Health and Institute of Health Research*, 4 (4), 14-1. (Persian). [Link]
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K. A. Z. E. M., & Majdzadeh, S. R. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of school of public health and institute of public health research*, 4(4), 1-12. [Link]
- Nemat Tavousi, M. (2017). The mediating role of academic motivation in the relationship between self-esteem and quality of life. *Journal of Psychological Sciences*, 16 (61), 85-104. (Persian). [Link]
- Pazuki, L., Kuchak Entezar, R. & Ghanbari Panah, A. (2015). Psychometric Properties of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Psychometrics*, 4 (14), 11-. (Persian). [Link]
- Porcelli, P., De Carne, M., & Leandro, G. (2017). The role of alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety as predictors of treatment outcome in irritable bowel syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 73(1), 127-135. [Link]
- Rafiei, N., Sharifian Thani, M., Rafiei, H., Behnampour, N. & Foroozesh, K. (2014). Assessing the reliability and validity of the Persian version of the Quality of Life Index questionnaire. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 24 (116), 83-75. (Persian). [Link]
- Reilly, L. (2018). *LSRP: Defense Styles, Alexithymia, Illness Perceptions, and HRQOL in IBD. Systematic Lit: Neurodegenerative Diseases and Third Wave Therapies* (Doctoral dissertation, Queen's University Belfast. Faculty of Engineering and Physical Sciences, December). [Link]
- Rezaeinejad, N., Moradi, O., Hassani, R. & Sajjadi, P. (2018). Predicting mood dysphoria based on main family health, self-differentiation and cognitive emotion regulation in female students. *Zanko Journal of Medical Sciences*, 19 (61), 42-32. (Persian). [Link]
- Saeidian, K., Sohrabi, A. & Zemstani, M. (2019). The effectiveness of compassion-focused treatment on blood pressure and quality of life in women with hypertension. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 27 (1), 161-169. (Persian). [Link]
- Santorelli, G. D., & Ready, R. E. (2015). Alexithymia and executive function in younger and older adults. *The Clinical Neuropsychologist*, 29(7), 938-955. [Link]
- Soltani Nejad, M. (2018). Investigating the relationship between self-differentiation and cognitive regulation of emotion with quality of life in women with breast cancer. *Iranian Breast Diseases Quarterly*, 11 (1), 66-58. (Persian). [Link]
- Talepasand, S., & Mahfar, F. (2018). Relationship between defense mechanisms and the quality of life

- in women with breast cancer. *International Journal of Cancer Management*, 11(1). [\[Link\]](#)
- Tavakoli, Z., Tajeri, B., Radfer, S., Jamhari, F. & Khosravi, A. (2020). The effectiveness of acceptance-based behavioral therapy on latent anxiety, overt anxiety and hypertension in cardiovascular patients referred to Baqiyatallah Hospital ... *Journal of Psychological Sciences*. 19 (96), 1655-1666. (Persian). [\[Link\]](#)
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Luminet, O. (2000). Assessment of alexithymia: Self-report and observer-rated measures. *The handbook of emotional intelligence*, 301-319. [\[Link\]](#)
- Vojvodic, A., Gordana, D., & Djukic-Dejanovic, S. (2017). Defense mechanisms and quality of life in military personnel with burnout syndrome. *Military-medical and Pharmaceutical Review*, 76(1), 114-120. [\[Link\]](#)
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996* (No. WHOQOL-BREF). World Health Organization. [\[Link\]](#)
- Yousefi, F. (2006). The relationship between emotional intelligence and communication skills in students. *Transformational Psychology*, 3(9), 13-5. (Persian). [\[Link\]](#)
- Zhang, H., Fan, Q., Sun, Y., Qiu, J., & Song, L. (2017). A study of the characteristics of alexithymia and emotion regulation in patients with depression. *Shanghai archives of psychiatry*, 29(2), 95-103. [\[Link\]](#)