MEJDS. 2019; 9:5.
Published online 2019 Jun. **Research Article**

Structural Equation Modeling of Personality Traits, Quality of Life and Life Expectancy

Gita Afrookhteh[1], *Mokhtar Arefi[2], Keyvan Kakabarayee[3]

Author Address
1. PhD Candidate, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.
***Corresponding Author Email:** m.arefi@iauksh.ic.ir

Received: 2019 Mar 10; **Accepted:** 2019 May 26

Abstract
Background & Objective: Cardiovascular disease is one of the main causes of mortality in industrialized countries. Many psychological factors such as emotional regulation, personality traits have an impact on the quality of life and life expectancy of heart patients, and these factors have an important role in the development of the cardiac disease. Therefore, this study was aimed to find a pattern of structural relationships between personality traits, quality of life and life expectancy by mediating emotional regulation in cardiac patients.
Methods: The research applied (in terms of purpose and conditions of data collection method) descriptive and correlational. The statistical population of included all patients with congested heart disease and outpatients from April to the end of June 2018 who were admitted to Farshchian Hospital and outpatients referred to the clinic and heart clinic, as well as the private clinic of heart in Hamedan (Hamedan province, West of Iran). The method of sampling in this study was that from the list of patients referring to the hospitals and clinics of heart rehabilitation centre of Hamadan. Conditions entry into the present study were surgery, admission and ambulatory treatment. With the available sampling method, 250 people selected and completed the relevant questionnaires — this research conducted in a field and library manner. In the field method, using the questionnaire and its distribution in cardiovascular patients, the data needed to be analyzed, and in the library method, using the vector of the relevant books, scientific articles, the research sites and journals of the theoretical and empirical backgrounds related to the present research were collected. The present investigation was correlation research using "structural equation modelling" methods, which was studied through modelling and analyzing the correlation path between each of the variables. The structural equation modelling method is used in two stages to test the pattern, which includes the test of the model of measurement and structural. The measurement model examines the validity and validity of measurement instruments, research structures and tests the structural pattern of the hypotheses and relationships of the variables. The research tools consist of quality of life questionnaires (Varsharbun, 1992), cognitive emotion regulation (Garneschi et al., 2001), five factors of the Neo character (Costa and McCraey, 1992) and the life expectancy test (Miller and Powers, 1988). SPSS-22 and AMOS-22 were used to analyze the data. In general, using the structural equation modelling technique and using the Amos-22 software, the research hypotheses are tested. The most current statistical fitness indexes of the model including absolute fitness (Chi-square, CMIN, fit indices) (Root Mean Squared Estimate Error (RMSEA), normalized equilibrium index (PNFI), and adaptive adjustment indicators (CFI), Benthaler-Bonte (NFI), Tucker-Louis index (TLI) calculated. Standard fit indices presented in the measurement models for the research variables below each form. Fit if the ratio of Q2 to the degree of freedom was less than two, the model had a suitable fit, the RMSEA index was less than 0.05, and the other indicators were also preferable to the one closer to each other.
Results: There was a significant relationship between life expectancy, personality traits and emotion regulation, with standard coefficients of 0.75, 0.63 and 0.37 with quality of life variable at 1% error level, respectively ($p<0.01$). By fitting the structural equation model and fitting the final model, the fitting indices for Chi-square with the value (CMIN=632.752, NPAR=67, p=0.056), TLI=0.996, CFI=0.935 and NFI=0.962. On the other hand, the value of the normalized fitting index (PNFI) equalled 0.578 and RMSEA was 0.045. These values, albeit meaningfully, of the Chi-square, indicate that the model obtained has a suitable fit for the data.
Conclusion: According to the findings of this study, holding workshops for patients in the early stages and during treatment for education (hope for treatment) and modifying the type of personality is a very useful and preventing exacerbation of the disease.
Keywords: Personality traits, Quality of Life, Life Expectancy, Emotional Regulation, Cardiac Patients.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.107.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۵.

انتشار برخط خردادماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

الگوی معادلات ساختاری ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی و امیدبه‌زندگی با میانجی‌گری تنظیم هیجانی در بیماران قلبی

گیتا افروخته[۱]، *مختار عارفی[۲]، کیوان کاکابرایی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران؛

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

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** m.arefi@iauksh.ic.ir

تاریخ دریافت: ۱۹اسفند۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۵خرداد۱۳۹۸

چکیده

هدف: بیماری قلبی یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر در کشورهای صنعتی است؛ لذا این پژوهش به‌منظور یافتن الگوی روابط ساختاری ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی و امیدبه‌زندگی با میانجیگری تنظیم هیجانی در بیماران قلبی صورت گرفت.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. نمونهٔ آماری را ۲۵۰ نفر از بیماران قلبی بستری و سرپایی سه‌ماههٔ اول سال ۱۳۹۷ شهر همدان تشکیل دادند که با شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (واروشربون، ۱۹۹۲)، تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱)، پنج‌عاملی شخصیت نئو (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲) و آزمون امیدبه‌زندگی (میلر و پاورز، ۱۹۸۸) بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS-22 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میان متغیرهای امیدبه‌زندگی و ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم هیجان به‌ترتیب با ضرایب استاندارد ۰/۷۵ و ۰/۶۳ و ۰/۳۷، با متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای یک‌درصد رابطهٔ معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). با انجام برازش مدل معادلهٔ ساختاری و برازش مدل نهایی، شاخص‌های برازش به‌ترتیب برای مجذور خی p=۰/۰۵۶ و NPAR=۶۷ و CMIN=۶۳۲/۷۵۲، شاخص توکر_لویس TLI=۰/۹۹۶، شاخص برازش تطبیقی CFI=۰/۹۳۵ و شاخص بنتلر_بونت برابر NFI=۰/۹۶۲ به‌دست آمد. همچنین مقدار شاخص برازش مقتصد هنجارشده (PNFI ۰/۵۷۸) و ریشهٔ میانگین مربع‌های خطای برآورد RMSEA=۰/۰۴۵ محاسبه شد. این مقادیر باوجود معناداری آمارهٔ مجذور خی، نشان‌دهندهٔ این است که مدل حاصل برازش مناسبی را برای داده‌ها دارد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های این پژوهش برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای بیماران در مراحل اولیه و در حین درمان جهت آموزش (امیددرمانی) و اصلاح تیپ شخصیتی، بسیار مفید و بازدارنده از تشدید بیماری است.

کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های شخصیتی، کیفیت زندگی، امیدبه‌زندگی، تنظیم هیجانی، بیماران قلبی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.107.9]

۱ مقدمه

بیماری های قلبی‌عروقی از علل عمده‌تر مرگ‌ومیر در کشور های توسعه‌یافته و درحال‌توسعه است. پیش‌بینی می شود تا سال ۲۰۲۰، بیماری‌های قلبی سالیانه ۲۵ میلیون نفر را از بین خواهد برد. در بین بیماری‌های قلبی، نارسایی قلبی به‌عنوان یکی از بیماری‌های شایع و مزمن جایگاه بسیار مهمی را در عرصهٔ بهداشت و درمان به‌خود اختصاص داده است. به‌دلیل تأثیر منفی این بیماری بر توانایی انجام فعالیت‌های معمول زندگی، بیماران مبتلا، کیفیت زندگی ضعیفی دارند. باتوجه به اطلاعات سازمان بهداشت جهانی، بیماری‌های قلبی‌عروقی علت اصلی مرگ‌ومیر در سراسر جهان محسوب شده و مردم جهان بیش از هر چیز، بر اثر ابتلا به این بیماری‌ها جان خود را از دست می‌دهند. در ایران نیز سهم بیماری‌های قلبی از مرگ‌ومیر کلی حدود ۳۹درصد است (۱). امیدبه‌زندگی از مباحثی است که می‌تواند با کیفیت زندگی بیماران قلبی مرتبط باشد. درواقع امیدبه‌زندگی، نیرویی درونی تعریف شده که می‌تواند باعث غنای زندگی شود. فقدان امیدبه‌زندگی و هدف‌دارنبودن آن منجربه کاهش کیفیتش و ایجاد باورهای یأس‌آور می‌شود. جهت‌یابی آینده، انتظارهای مثبت، هدف‌مندی، واقع‌گرایی، تنظیم اهداف و ارتباط‌های درونی از ویژگی های مهم امید به‌زندگی هستند. در بیماری های قلبی‌عروقی، بیان یا سرکوب هیجان‌ها ازجمله عوامل روان‌شناختی مؤثر بوده که می‌تواند در بروز یا تشدید بیماری عروق کرونری قلب سهم داشته باشد (۲). تنظیم هیجان، فرآیندی فراتشخیصی و فرانظری است که طیف وسیعی از اشکال آسیب شناسی روانی را از منظر رویکردهای نظری متنوع تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و به فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که به افراد اجازهٔ نظارت و ارزشیابی و تعدیل ماهیت و نیز طول مدت پاسخ‌های هیجانی را می‌دهد (۲). امروزه توجه به کیفیت زندگی در بیماران نارسایی قلب سبب کاهش میزان مرگ‌ومیر در این بیماران شده است. تحقیقات نشان دادند نارسایی قلبی بیشتر از سایر بیماری‌های مزمن شایع، باعث اختلال در کیفیت زندگی می‌شود و بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، سطح ضعیف‌تری از کیفیت زندگی را تجربه می‌کنند (۳). صفات شخصیت، اولین راهنمای تشخیص وضعیت شناختی و عاطفی افراد است و بر نقش‌های عاطفی‌اجتماعی و رفتارهای بین‌فردی یا شغلی، تأثیر می‌گذارد (۴). شخصیت را برمبنای صفت بارز یا مسلط یا شاخص فرد نیز تعریف کرده‌اند و بر این اساس است که افراد را دارای شخصیت برون‌گرا یا درون‌گرا یا پرخاشگر و امثال آن می‌دانند. درواقع چنین فرض می‌شود که در موقعیت‌های مختلف، حالت بارز پرخاشگری، درون‌گرایی است. این‌گونه برداشت از شخصیت، در محدودهٔ تیپ‌شناسی می‌گنجد (۵).مهراد صدر و همکاران (۶) با بررسی رابطهٔ راهبردهای تنظیم هیجان با پنج عامل بزرگ شخصیت بیان کردند که میان عوامل شخصیت و راهبردهای تنظیم هیجانی همبستگی معنادار وجود دارد. فولادی و شهیدی (۷) در پژوهشی نقش ویژگی‌های شخصیتی و امیدبه‌زندگی را در پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی در بین دانشجویان ارزیابی کردند. این تحقیق نیز با پژوهش حاضر فقط در متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و امیدبه‌زندگی و سرسختی مشابهت دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین امیدبه‌زندگی، برون‌گرایی، سازش‌پذیری و با وجدان‌بودن با سرسختی رابطهٔ مثبت معنادار و بین روان‌رنجورخویی و پذیرابودن درقبال تجارب و سرسختی، رابطهٔ منفی معناداری مشاهده می‌شود. تحلیل رگرسیون نیز بیان داشت متغیرهای امیدبه‌زندگی و پنج عامل شخصیتی نئو برون‌گرایی، سازش‌پذیری، باوجدان‌بودن بیشتر، روان‌رنجورخویی و پذیرابودن درقبال تجارب کم، سرسختی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند. نتایج به‌طورکلی مشخص کردند که ویژگی‌های شخصیتی و امیدبه‌زندگی دارای نقش مهمی در سرسختی روان‌شناختی دانشجویان است. شبانی و همکاران (۸) در مطالعه‌ای دریافتند که بین ابعاد پنجگانهٔ شخصیت (نوروزگرایی، برون‌گرایی) و کیفیت زندگی رابطهٔ منفی و معنادار وجود دارد. علیزاده گورادل و همکاران (۹) نشان دادند بیماران کرونری قلب درمقایسه با گروه شاهد، کیفیت زندگی نامطلوب و هیجان منفی بیشتری داشتند و ۲۶ درصد از تغییرات مربوط به بیماری کرونر قلبی توسط متغیرهای با نشاط‌بودن، هیجان منفی، درد جسمی و محدودبودن جسمی تبیین شد. ازطرفی باتوجه به نتایج تحلیل واریانس، مشخص شد زنان در تمام ابعاد کیفیت زندگی نمرات کمتری درمقایسه با مردان به‌دست آوردند. شیخی و همکاران (۱۰) تیپ شخصیتی و جهت‌مندی زندگی و میزان امیدواری را در بیماران کرونر قلب و افراد عادی مقایسه کردند که از نظر وجه تشابه می‌توان به متغیرهای تیپ شخصیتی و جهت‌مندی زندگی و میزان امیدواری در بیماران و افراد عادی اشاره داشت. نتایج حاکی از آن بود که بین تیپ شخصیتی درمانده در افراد مبتلا به عروق کرونری رابطه وجود دارد؛ به‌این‌معنا که میانگین تیپ شخصیتی درمانده در افراد مبتلا، به‌طور معناداری بیشتر از افراد عادی است. در اکثر پژوهش‌ها مشاهده شده است که شرکت‌کنندگان بیماران قلبی، کیفیت زندگی و امیدبه‌زندگی کمتری دارند. برخی از مطالعات آزمایشی بوده و تأثیر آموزش مدیریت هیجان را بر بیماران بررسی کردند که نتایج خوبی در افزایش کیفیت زندگی و امیدبه‌زندگی آن‌ها نشان داده شد؛ اما به‌طورکلی پژوهش‌های اندکی به‌صورت مدل‌سازی و با هدف به‌دست‌آوردن الگوی معادلات ساختاری در متغیرهای روان‌شناختی انجام شده است. پژوهش حاضر به‌شکل مدل‌سازی و به‌جهت به‌دست‌آوردن الگوی معادلات ساختاری در متغیرهای بیشتری، تحت عنوان متغیر اصلی و میانجی صورت گرفت. باتوجه به مطالب مذکور هدف از پژوهش حاضر بررسی مدلی برای تعیین روابط ساختاری ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی و امیدبه‌زندگی با میانجیگری تنظیم هیجانی در بیماران قلبی در چارچوب «الگوی علی» بود.

۲ روش بررسی

این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران قلبی بستری و سرپایی از فروردین۱۳۹۷ تا پایان خرداد ۱۳۹۷، بستری در بخش‌های بیمارستان فرشچیان و نیز بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به کلینیک و درمانگاه قلب و مطب شخصی پزشکان قلب در شهر همدان تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به این ترتیب بود که از روی فهرست بیماران مراجعه‌کننده به بخش‌های

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.107.9]

بستری و کلینیک بازتوانی بیمارستان مرکز قلب همدان که در بازهٔ زمانی ماه‌های فروردین۱۳۹۷ تا خرداد۱۳۹۷ جراحی و بستری و درمان سرپایی را انجام داده و نیز سایر شرایط ورود به مطالعهٔ حاضر را داشتند، با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۵۰ نفر انتخاب شده و پرسشنامه‌های مربوط را تکمیل کردند. این پژوهش به‌روش میدانی و کتابخانه‌ای صورت گرفت. به این شکل که در روش میدانی با استفاده از ابزار پرسشنامه و توزیع آن در بیماران قلبی‌عروقی داده‌های لازم جهت تحلیل و بررسی گردآوری و در روش کتابخانه‌ای به‌سبک فیش‌برداری از کتب مربوط و همچنین استفاده از مقالات معتبر علمی و سایت‌ها و فصلنامه‌های علمی‌پژوهشی پیشینه‌های نظری و تجربی مرتبط با این پژوهش جمع‌آوری شد. تحقیق حاضر از نوع پژوهش‌های همبستگی با استفاده از روش‌های «مدل معادلات ساختاری» بود که ازطریق مدل‌سازی و تحلیل مسیر همبستگی بین هریک از متغیرها بررسی شد. روش مدل معادلات ساختاری در دو مرحله به آزمون الگو می‌پردازد که شامل آزمون الگوی اندازه‌گیری و ساختاری است. الگوی اندازه‌گیری اعتبار و روایی ابزارهای اندازه‌گیری و سازه‌های پژوهش را ارزیابی و الگوی ساختاری فرضیه‌ها و روابط متغیرهای مکنون را آزمون می‌کند (۱۱).

ابزارهای مطالعه: ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی (۳۶ـSF): این پرسشنامه را واروشربون در سال ۱۹۹۲ ساخت که شامل ۳۶ سؤال است و به‌طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی، استفاده می‌شود. در ایران این فرم را منتظری و همکاران (۱۲) با روش ترجمه به فارسی برگرداندند و روی ۴۱۶۳ نفر در ردهٔ سنی ۱۵ سال به بعد هنجاریابی شد. ضریب پایایی گزارش‌شده برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بود؛ اما خرده‌مقیاس سرزندگی ۰/۶۵ به‌دست‌آمد. درمجموع یافته‌ها نشان دادند نسخهٔ ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است. هشت خرده‌مقیاس این پرسشنامه شامل خرده‌مقیاس‌های کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، سرزندگی، کارکرد اجتماعی، نقش هیجان و سلامت روانی است. دامنهٔ نمرات افراد در این آزمون بین نمرهٔ صفر (کمترین نمره و بیانگر کیفیت زندگی نامطلوب) و نمرهٔ صد (بیشترین نمره و بیانگر کیفیت زندگی مطلوب) قرار می‌گیرد.

ـ پرسشنامهٔ تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامهٔ مذکور را گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین کردند. این پرسشنامه چندبُعدی و ابزاری خودگزارشی است که ۳۶ ماده و فرم ویژهٔ بزرگسالان و کودکان دارد. مقیاس تنظیم‌شناختی هیجان، نُه راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و سلامت دیگران را ارزیابی می‌کند. گارانفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه که شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج‌نمره‌ای (از همیشه تا هرگز) است و هر چهار پرسش به بررسی یک‌عامل می‌پردازد، گزارش کردند. فرم فارسی این مقیاس توسط سامانی و جوکار (۱۳) اعتباریابی شد. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنهٔ ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ به‌دست آمده است (۱۴).

ـ پرسشنامهٔ پنج‌عاملی شخصیت نئو: در سال ۱۹۹۲ کاستا و مک‌کری این پرسشنامه را تهیه کردند. این پرسشنامه فرم کوتاهی به نام (NEO-FFI) دارد که پرسشنامه‌ای ۶۰ سؤالی است و برای ارزیابی پنج عامل اصلی شخصیت به‌کار می‌رود. پنج بُعد شخصیت این پرسشنامه شامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و وظیفه‌شناسی بوده و هر بُعد ۱۲ ماده دارد. ضریب آلفای گزارش‌شده بین ۰/۷۴ تا۰/۸۹ (میانگین ۰/۸۱) متغیر است. ضریب آلفای محاسبه‌شده برای روان‌رنجورخویی ۰/۸۵، برون‌گرایی ۰/۷۲، گشودگی به تجربه ۰/۶۸ و وجدانی‌بودن ۰/۷۹ به‌دست آمده است. این ضرایب، همسانی درونی زیادی را در پرسشنامه نشان می‌دهد (۱۵).

هنجاریابی آزمون NEO روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از بین دانشجویان دانشگاه‌های تبریز و شیراز و دانشگاه‌های علوم‌پزشکی این دو شهر صورت گرفت و ضریب آلفای پنج بُعد اصلی بین ۰/۵۶ تا۰/۸۷ گزارش شد. ضرایب آلفای کرونباخ در هریک از عوامل اصلی روان‌آزردگی‌خویی، برون‌گرایی، بازبودن، سازگاری و با وجدانی به‌ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به‌دست آمد (۱۶).

ـ پرسشنامهٔ امیدبه‌زندگی میلر(MHS) : میلر و پاورز در سال ۱۹۸۸ پرسشنامه را ساختند که از نوع آزمون تشخیصی بوده و ۴۸ جنبه از حالت‌های امید و درماندگی دارد. ارزش نمرهٔ هر جنبه از یک تا پنج متغیر است. ضریب پایایی گزارش شده برای پرسشنامهٔ امیدبه‌زندگی میلر با روش ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف به‌ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۴ محاسبه شده است. برای محاسبهٔ روایی، نمرهٔ آن با نمرهٔ سؤال ملاک همبسته و مشخص شد که رابطهٔ معناداری بین نمرهٔ آن‌ها وجود دارد (p=۰/۰۱ و r=۰/۳۵). برای تعیین روایی پرسشنامهٔ امیدبه‌زندگی، نمرهٔ آن با نمرهٔ سؤال ملاک همبسته و مشخص شد رابطهٔ مثبت معناداری بین نمرهٔ آن‌ها وجود دارد (p=۰/۰۰۷ و r=۰/۴۸) که بیانگر برخورداری پرسشنامهٔ امیدبه‌زندگی میلر از روایی لازم است. براساس محاسبات انجام‌شده میزان آلفای کرونباخ این پژوهش در رابطه با سبک دل‌بستگی و خودکارآمدی و امیدبه‌زندگی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۱۲ معادل ۸۱/۲درصد و ۰/۷۹۴ یعنی تقریباً ۷۹درصد و ۰/۸۴۳ معادل ۸۴/۳درصد بوده است. ازآنجاکه اعتبار بیشتر از ۷۰درصد و نزدیک به ۱۰۰ درصد، مطلوب و ضریب مطمئنی بوده، می‌توان نتیجه گرفت آزمون از اعتبار خوبی برخوردار است (۱۷).

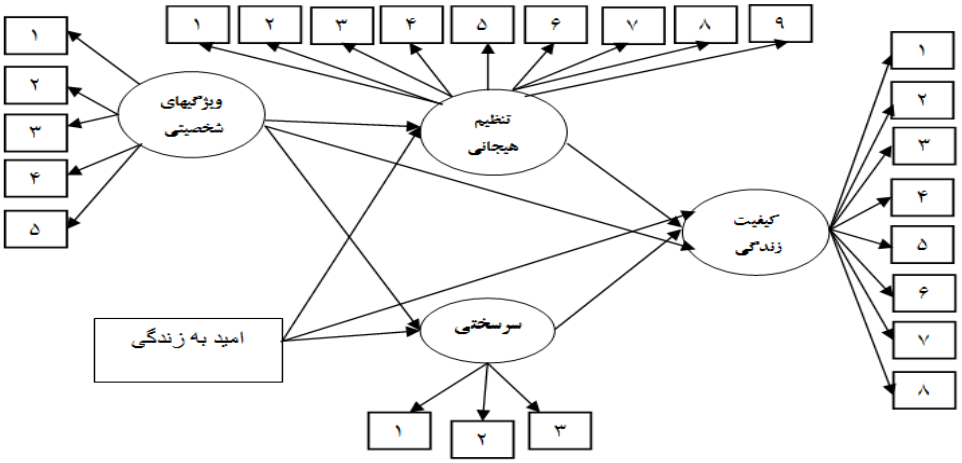
داده‌ها به‌کمک نرم‌افزارهای تحلیل آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS-22 و معادلات ساختاری نیز توسط نرم‌افزار مدل‌سازی AMOS-22 بررسی و تجزیه‌وتحلیل شدند. مدل اولیهٔ پژوهش در شکل ۱ مشخص و برازش نهایی در بخش یافته‌ها روی این مدل انجام شده است.

شاخص‌های آماری رایج‌تر در برازش مدل شامل برازش مطلق (آمارهٔ مجذور خی (CMIN))، شاخص‌های برازش مقتصد (ریشهٔ میانگین مربعات خطای براورد (RMSEA))، شاخص برازش مقتصد هنجارشده (PNFI) و شاخص‌های برازش تطبیقی (شاخص‌های برازش تطبیقی (CFI)، بنتلر ـ بونت (NFI)، شاخص توکر ـ لویس(TLI)) محاسبه شدند. درصورتی‌که شاخص مجذور خی از لحاظ آماری معنادار نباشد، بر برازندگی مناسب الگو دلالت می‌کند؛

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.107.9]

اما این شاخص در نمونه‌های بزرگتر معمولاً معنادار است و ازاین‌رو شاخص مناسبی برای برازندگی الگو تلقی نمی‌شود. مقدار نزدیک عدد یک برای شاخص‌های TLI، NFI و CFI و مقادیر بیشتر از ۰/۵ برای شاخص برازش مقتصد هنجارشده و مقدار کوچکتر یا مساوی ۰/۰۵ برای شاخص RMSEA بر برازندگی مناسب دلالت دارند. مدل اندازه‌گیری بیانگر بارهای عاملی متغیرهای مشاهده‌شده برای هر متغیر است. اگر بار عاملی کمتر از ۰/۳ باشد رابطه ضعیف بوده و بار عاملی بین ۰/۳ تا۰/۶ متوسط و بزرگتر از ۰/۶ خیلی مطلوب است. در میان شاخص‌های برازش رایج در مدل‌های اندازه‌گیری اگر نسبت کای‌دو به درجهٔ آزادی کمتر از ۲ باشد، مدل برازش مناسبی دارد. شاخص RMSEA کمتر از ۰/۰۵ مطلوب است. سایر شاخص‌ها نیز هر چقدر به یک نزدیک‌تر بوده، مطلوب‌تر است (۱۸).



شکل ۱. مدل نظری پژوهش

۳ یافته‌ها

در این پژوهش، ۲۵۰ بیمار قلبی جهت بررسی مدلی برای تعیین روابط ساختاری ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی و امیدبه‌زندگی با میانجیگری تنظیم هیجانی بررسی شدند. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان ازقبیل ردهٔ سنی، وضعیت جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد، وضعیت بیماری و سابقهٔ بیماری قبلی، در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

سطح متغیر	متغیر	درصد	تعداد
سن	کمتر از ۳۰	۵/۲	۱۳
	۳۰تا۴۰	۱۰	۲۵
	۴۰تا۵۰	۱۳/۶	۳۴
	بیشتر از ۵۰	۷۱/۲	۱۷۸
	مجموع	۱۰۰	۲۵۰
جنسیت	مرد	۳۹/۶	۹۹
	زن	۶۰/۴	۱۵۱
	مجموع	۱۰۰	۲۵۰
وضعیت تأهل	مجرد	۱۶	۴۰
	متأهل	۸۴	۲۱۰
	مجموع	۱۰۰	۲۵۰
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۴۸	۱۲۰
	دیپلم	۳۰/۸	۷۷
	تحصیلات دانشگاهی	۲۱/۲	۵۳
	مجموع	۱۰۰	۲۵۰
اشتغال	کارمند	۲۴	۶۰
	آزاد	۴۴	۱۱۰
	خانه‌دار	۳۲	۸۰

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.107.9]

	مجموع	۱۰۰	۲۵۰
درآمد ماهیانه	کمتر از ۲ میلیون	۵۹/۲	۱۴۸
	بین ۲ تا۴ میلیون	۲۴/۸	۶۲
	بیشتر از ۴ میلیون	۱۶	۴۰
	مجموع	۱۰۰	۲۵۰
نوع بیماری	کرونر قلب	۳۶/۸	۹۲
	آنژیوپلاستی	۲۳/۶	۵۹
	جراحی پیوند عروق کرونر	۱۸/۴	۴۶
	سکتهٔ قلب	۲۱/۲	۵۳
	مجموع	۱۰۰	۲۵۰
سابقهٔ بیماری فعلی	دارد	۵۰/۴	۱۲۶
	ندارد	۴۹/۶	۱۲۴
	مجموع	۱۰۰	۲۵۰

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت زندگی، تنظیم‌شناختی هیجان، پنج عاملی شخصیت و امیدبه‌زندگی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
روان‌رنجوری	۴۰/۷۸	۵/۰۱
برونگرایی	۳۸/۳۱	۴/۶۴
تجربه‌پذیری	۳۷/۶۰	۵/۷۴
توافق	۳۵/۹۶	۵/۳۲
وظیفه‌شناسی	۳۸/۹۷	۵/۹۸
تنظیم‌شناختی مثبت	۱۲/۴۷	۲/۱۷
سرزنش خود	۱۲/۲۰	۳/۹
سرزنش دیگران	۹/۷۵	۲/۵۷
تنظیم‌شناختی منفی	۱۵/۳۸	۲/۵۲
نشخوار فکری	۲۰/۷۷	۳/۵۷
فاجعه‌آمیزکردن	۱۹/۷۶	۳/۴۶
پذیرش	۱۵/۲۴	۳/۲۶
تمرکز مثبت مجرد/ برنامه‌ریزی	۱۷/۱۱	۳/۴۵
ارزیابی مثبت/ دیدگاه وسیع‌تر	۳/۴	۱/۵
عملکرد جسمانی	۱۳/۶۵	۳/۴۷
نقش فیزیکی	۱۳/۴۶	۲/۶۰
درد جسمانی	۱۴/۳۴	۲/۱۹
سلامت عمومی	۱۴/۷۱	۲/۴۸
احساس انرژی و سرزنده‌بودن	۱۲/۳۴	۲/۵۴
عملکرد اجتماعی	۱۳/۱۰	۲/۹۵
محدودیت در ایفای نقش	۱۹/۷۴	۴/۰۲
احساس فرد از وضعیت بهداشت روانی خود	۱۸/۱۸	۳/۶۵

تحلیل مدل ساختاری[1] (SEM): در مدل ساختاری (SEM)، متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و امیدبه‌زندگی با تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی و متغیرهای تنظیم هیجانی با کیفیت زندگی اندازه‌گیری شدند.

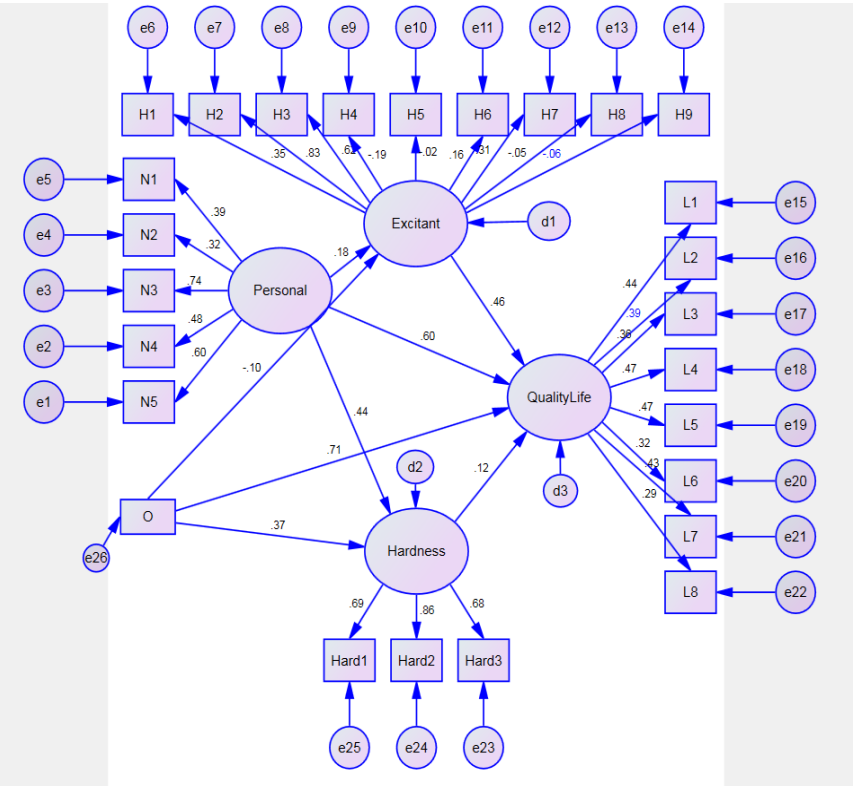
شکل ۲ مدل اولیه با ضرایب استاندارد را نشان می‌دهد. در مدل اولیه نتایج به این صورت به‌دست آمد که شاخص‌های برازش به‌ترتیب برای مجذور خی با مقدار (p=۰/۰۰۳ و NPAR=۳۲ و CMIN=۹۷۸/۸۹۶)، شاخص توکر–لویس (TLI=۰/۳۱۴)،

[1]. Structural Equation Modeling (SEM)

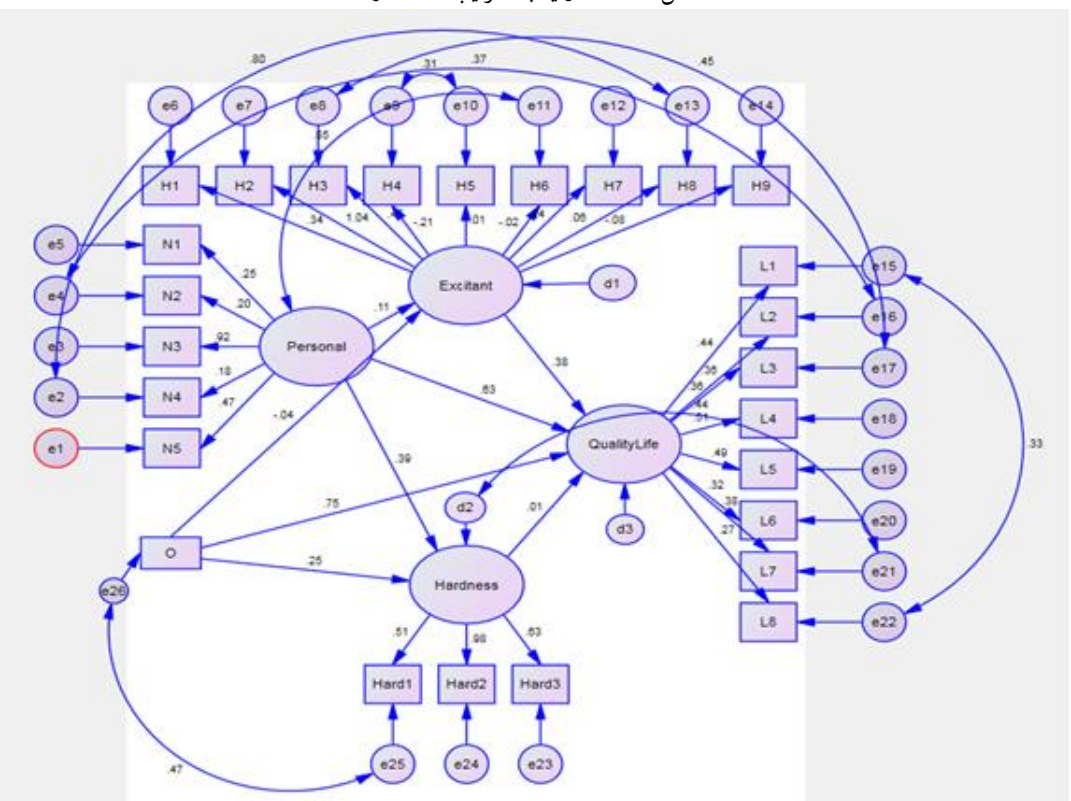
[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.107.9]

شاخص برازش تطبیقی (CFI=۰/۵۷۱) و شاخص بنتلر ـ بونت برابر (NFI=۰/۴۹۸) محاسبه شد. ازطرفی مقدار شاخص برازش مقتصد هنجارشده (PNFI) برابر ۳/۱۵ و همچنین ریشهٔ میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA=۰/۱/۳۲۵) به‌دست آمد که این مقادیر باوجود معناداری آمارهٔ مجذور خی، بیان می‌کند مدل حاصل برازش مناسبی نداشت؛ بنابراین در ادامه به برازش مدل پرداخته شده است (شکل ۳).



شکل ۲. مدل اولیه با ضرایب استاندارد



شکل ۳. مدل نهایی با ضرایب استاندارد

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.107.9]

با انجام برازش مدل معادلهٔ ساختاری و برازش مدل نهایی شاخص‌های برازش به‌ترتیب برای مجذور خی با مقدار (p=۰/۰۵۶ و NPAR=۶۷ و CMIN=۶۳۲/۷۵۲)، شاخص توکر-لویس (TLI=۰/۹۹۶)، شاخص برازش تطبیقی (CFI=۰/۹۳۵) و شاخص بنتلر-بونت برابر (NFI=۰/۹۶۲) به‌دست آمد. از سویی مقدار شاخص برازش مقتصد هنجارشده (PNFI) برابر ۰/۵۷۸ و نیز ریشهٔ میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA=۰/۰۴۵) محاسبه شد. این مقادیر باوجود معناداری آمارهٔ مجذور خی، بیانگر این است که مدل حاصل برازش مناسبی را برای داده‌ها داشت. جدول ۳ ضرایب رگرسیونی برای مدل حاصل را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ضرایب رگرسیونی برای مسیرهای مدل نهایی یا مدل اولیه

متغیر			ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد	خطای معیار	مقدار بحرانی	مقدار احتمال
امیدبه‌زندگی(o)	←	(Excitant) تنظیم هیجان	-۰/۰۴۳	-۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	-۰/۶۹۸	۰/۴۸۵
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	←	(Excitant) تنظیم هیجان	۰/۱۱۰	-۰/۰۲۸	۰/۰۱۸	۱/۵۶۲	۰/۱۱۸
امیدبه‌زندگی(o)	←	کیفیت زندگی (Quality life)	۰/۷۵۰	۰/۰۵۴	۰/۰۰۷	۷/۷۹۰	<۰/۰۰۱
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	←	کیفیت زندگی (Quality life)	۰/۶۳۱	۰/۳۳۳	۰/۰۶۲	۵/۳۴۳	<۰/۰۰۱
(Excitant) تنظیم هیجان	←	کیفیت زندگی (Quality life)	۰/۳۸۰	۰/۷۷۸	۰/۱۸۳	۴/۲۴۶	<۰/۰۰۱
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	←	وظیفه‌شناسی (N5)	۰/۴۷۴	۱۰/۰	۰/۴۷	۱۰/۲۵	<۰/۰۰۱
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	←	توافق(N4)	۰/۱۸۳	۰/۳۳۱	۰/۰۸۲	۴/۰۰۷	<۰/۰۰۱
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	←	تجربه‌پذیری (N3)	۰/۹۲۱	۱/۸۶۳	۰/۲۴۳	۷/۶۷۹	<۰/۰۰۱
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	←	برونگرایی(N2)	۰/۲۰۰	۰/۳۲۸	۰/۱۱۰	۲/۹۷۵	۰/۰۰۳
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	←	روان‌رنجوری (N1)	۰/۲۴۸	۰/۴۳۸	۰/۱۲۶	۴۶۸/۳	<۰/۰۰۱
(Excitant) تنظیم هیجان	←	تنظیم‌شناختی مثبت(H1)	۰/۳۳۷	۱/۰۰	۰/۲۸۹	۵/۳۶۴	<۰/۰۰۱
(Excitant) تنظیم هیجان	←	سرزنش خود (H2)	۱/۰۴۱	۵/۵۸۳	۱/۱۸۵	۴/۷۱۰	<۰/۰۰۱
(Excitant) تنظیم هیجان	←	سرزنش دیگران (H3)	۰/۴۵۳	۱/۵۷۱	۰/۳۱۸	۴/۹۴۳	<۰/۰۰۱
(Excitant) تنظیم هیجان	←	تنظیم‌شناختی منفی(H4)	-۰/۲۰۹	-۰/۷۲۳	۲۳۹	-۳/۰۲۵	۰/۰۰۲
(Excitant) تنظیم هیجان	←	نشخوار فکری (H5)	۰/۰۱۰	۰/۰۴۷	۰/۲۹۷	۰/۱۵۷	۰/۸۷۵
(Excitant) تنظیم هیجان	←	فاجعه‌آمیزکردن (H6)	-۰/۰۲۰	-۰/۰۹۶	۰/۱۸۴	-۰/۵۲۱	۰/۶۰۲
(Excitant)	←	پذیرش	۰/۲۴۴	۱/۰۹۱	۰/۳۲۲	۳/۳۹۱	<۰/۰۰۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.107.9]

تنظیم هیجان		(H7)				
(Excitant) تنظیم هیجان	←-	تمرکز مثبت مجرد/ برنامه‌ریزی (H8)	۰/۰۴۶	۰/۳۰۳	۰/۱۸۲	۱/۶۶۶	۰/۰۹۶
(Excitant) تنظیم هیجان	←-	ارزیابی مثبت/ دیدگاه وسیع‌تر (H9)	ـ۰/۰۸۴	ـ۰/۱۷۵	۰/۱۳۰	ـ۱/۳۵۰	۰/۱۷۷
کیفیت زندگی (Quality life)	←-	عملکرد جسمانی (L1)	۰/۴۴۳	۱۰/۰			
کیفیت زندگی (Quality life)	←-	نقش فیزیکی (L2)	۰/۳۵۹	۰/۶۰۸	۰/۱۱۶	۵/۲۴۸	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی (Quality life)	←-	درد جسمانی (L3)	۰/۳۵۶	۰/۵۲۴	۰/۰۹۷	۵/۳۷۲	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی (Quality life)	←-	سلامت عمومی (L4)	۰/۵۱۱	۰/۸۲۰	۰/۱۲۹	۶/۳۷۱	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی (Quality life)	←-	احساس انرژی و سرزنده‌بودن (L5)	۰/۴۸۹	۰/۸۰۵	۰/۱۳۰	۶/۲۱۴	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی (Quality life)	←-	عملکرد اجتماعی(L6)	۰/۳۲۱	۰/۶۲۵	۰/۱۳۳	۴/۶۹۶	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی (Quality life)	←-	محدودیت در ایفای نقش (L7)	۰/۳۸۱	۰/۹۹۴	۰/۱۸۵	۵/۳۵۸	<۰/۰۰۱
کیفیت زندگی (Quality life)	←-	احساس فرد از وضعیت بهداشت روانی خود(L8)	۰/۲۷۴	۰/۶۶۱	۰/۱۳۵	۴/۹۰۸	<۰/۰۰۱

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر به‌دست‌آوردن معادلات ساختاری ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی و امیدبه‌زندگی با میانجیگری تنظیم هیجانی روان‌شناختی در بیماران قلبی بود. این پژوهش در بیماران قلبی شهر همدان صورت گرفت. شیوع فراوان بیماری قلبی و عروقی اهمیت مقابله با این بیماری را آشکار می‌سازد. به‌همین دلیل شناسایی و بررسی عوامل خطرساز زیستی و روان‌شناختی و پیشگیری و درمان در این حیطه ضروری به‌نظر می‌رسد. امروزه علاوه‌بر کشیدن سیگار، بیماری‌های غیرواگیر مانند کلسترول زیاد، دیابت، فشارخون، چاقی و نداشتن تحرک و ورزش، عواملی مانند تیپ شخصیتی، امیدواری، تنظیم هیجان و تأثیرپذیری از اضطراب‌های روزمره، عامل مؤثری در بیماری‌های قلبی شناخته می‌شوند.

نتایج این پژوهش نشان داد بین ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی، به‌واسطهٔ تنظیم هیجانی ارتباط معناداری وجود دارد. این تحقیق با پژوهش‌های مهراد صدر و خسرو راد (۶) و شبانی و همکاران (۸) و نیز علیزاده گورادل و همکاران (۹) همسوست. در تبیین این نتایج می‌توان گفت بیماری‌های قلبی‌عروقی در حال حاضر در رأس تمامی علل مرگ‌ومیر در دنیا و نیز در کشور ما قرار می‌گیرند. این بیماری علت مهم‌تر در ناتوانی و مرگ در جهان معرفی شده است. در ایجاد بیماری‌های قلبی‌عروقی عوامل زیادی ازجمله فشارخون زیاد، چربی خون زیاد، اضافه‌وزن و چاقی، مصرف دخانیات، دیابت، فعالیت فیزیکی ناکافی و رژیم غذایی نامناسب دخالت دارد. درمقایسه با بیماری‌های مزمن دیگر تأثیر بسیار شدیدتری بر کیفیت زندگی بر جای می‌گذارد و موجب تخریب نقش‌های عملکردی فرد در روابط اجتماعی و خانوادگی و زناشویی و در نهایت عملکرد حرفه‌ای می‌شود (۱۸). ازطرفی عوامل رفتاری می‌تواند در گسترش بیماری قلبی‌عروقی مؤثّر باشد؛ حتی در برخی مقالات، ویژگی‌های شخصیتی را در کنار عوامل خطر کلاسیک بیماری‌های قلبی قرار داده‌اند. دانستن ویژگی‌های شخصیتی دارای اهمیت است؛ زیرا دارای رابطهٔ نزدیکی با واکنش فرد دربرابر اضطراب است. این فرضیه وجود دارد که اضطراب و هیجان‌های

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.107.9]

منفی واسطه‌گر واکنش‌هایی بوده که منجربه تغییرات فیزیولوژیکی و تضعیف سلامتی و بروز بیماری‌هایی ازجمله بیماری‌های قلبی می‌شوند (۱۹). ویژگی‌های شخصیتی تأثیر عمیقی بر ابعاد زندگی دارد و بر ابعاد جسمانی و اجتماعی و روانی هر انسانی اثر می‌گذارد؛ اما شخصیت افراد تحت‌تأثیر آموزش‌ها و بحران‌های محیطی قرار می‌گیرد که می‌تواند بر ابعاد سلامت و کیفیت زندگی اشخاص تأثیرگذار باشد (۲۰)؛ بنابراین تنظیم هیجان، اصلی اساسی در شروع و ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از هیجان‌های منفی و در حقیقت واژه، رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (۱۴). درهمین‌راستا می‌توان گفت از یک‌سو استفاده از راهکارهای سازگارانه جهت تنظیم هیجان‌ها، در تعدیل اضطراب‌های ادراکی مؤثر بوده و مانع از ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود. ازطرف‌دیگر، استفاده از راهکارهای ناسازگارانه در تنظیم هیجان، سبب بروز برخی آسیب‌های روانی نظیر افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و خشونت شده و از این طریق با اثرگذاری بر میزان اضطراب دریافتی و کاهش کارایی سیستم ایمنی، فرد را مستعد ابتلا به بیماری‌های جسمانی حاد و مزمن نظیر بیماری‌های قلبی‌عروقی می‌کند (۲۱). نتایج مطالعات مهراد صدر و خسرو راد (۶) و شبانی و همکاران (۸) و نیز علیزاده گورادل و همکاران (۹) نشان داد ویژگی‌های روان‌شناختی و شخصیتی و کیفیت زندگی با تنظیم هیجانی افراد ارتباط کاملاً معناداری دارد. از طرفی این سه متغیر دارای رابطهٔ تنگاتنگی با بروز و تداوم بیماری گرفتگی عروق کرونر قلب است. این عوامل می‌تواند فشار روانی را ایجاد و تشدید کند که پیامد آن بیماری خواهد بود. همچنین قادر به تخفیف یا حذف فشار روانی هستند. به‌طورکلی می‌توان گفت شخص دارای خودراهبری بیشتر، متکی به خود و هدف‌مند است. می‌تواند نیازهای خود را به تأخیر بیندازد. برای مسائل راه‌حل ارائه دهد. این شخص در مواجهه با هیجان‌ها و موقعیت‌های اضطراب‌آور و بیماری‌های مزمن، آمادگی روانی و توانایی دست‌وپنجه‌نرم‌کردن با آن موقعیت را دارد و درنتیجه کیفیت زندگی بهتری را تجربه خواهد کرد؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد بین ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی به‌واسطهٔ تنظیم هیجانی ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین ویژگی‌های شخصیتی و امیدبه‌زندگی در بیماران قلبی، به‌دنبال تنظیم هیجانی ارتباط معناداری یافت می‌شود. این مطالعه با پژوهش‌های فولادی و شهیدی (۷) و شیخی و همکاران (۱۰) همسوست. در تبیین این نتایج می‌توان گفت عوامل جسمانی حداکثر ۵۰درصد از بروز بیماری‌های قلبی‌عروقی را پیش‌بینی می‌کند و به‌تنهایی قادر به تبیین بروز و نیز تداوم این بیماری نیست. پیشرفت‌های نوین پزشکی رفتاری توجه متخصصان روان‌شناسی تندرستی را به نقش کلیدی عوامل غیرزیستی در بیماری‌های قلبی معطوف ساخته است (۱۰). ویژگی‌های شخصیتی افراد می‌تواند الگوهایی برای پیش‌بینی رفتار و حالت‌های روانی آنان فراهم آورد. تفاوت‌های فردی اشخاص نیز عامل مهمی است که نشان می‌دهد چرا برخی از افراد بهتر از دیگران با موقعیت و متغیرهای محیطی کنار می‌آیند و از سطوح مختلف انگیزش و رضایت برخوردارند. در این میان امید، متغیر دیگری است که بر میزان نگرش افراد به آینده و تصمیم در سطوح مختلف زندگی تأثیر می‌گذارد (۲۲). اعتقاد بر این است که یکی از زمینه‌های اصلی و مهم در به‌وجودآمدن احساس نشاط و شادی، وجود امید درقبال خود و زندگی و آینده است و احساس اضطراب یا نگرانی در زندگی با امیدنداشتن به آینده رابطهٔ مستقیم دارد. امیدواری به یاری خداوند در وضعیت مشکل‌زا، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، احساس تعلق‌داشتن به منبعی والا همگی ازجمله روش‌هایی بوده که بیماران با دارابودن آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث آسیب‌رسان و امراض مزمن فشار کمتری را متحمل شوند (۲۳). امیدبه‌زندگی و ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم هیجانی از عوامل بسیار مهم روان‌شناختی دخیل در بیماری‌های قلبی‌عروقی هستند؛ به‌طوری‌که می‌توان گفت شخص با تعهد بیشتر، بر اهمیت و ارزش و معنای اینکه چه کسی است و چه فعالیتی انجام می‌دهد، باور داشته و بر همین مبنا قادر است برای هر آنچه انجام می‌دهد، معنایی یافته و کنجکاوی خود را برانگیزد. افرادی که در مؤلفهٔ کنترل قوی هستند، رویدادهای زندگی را پیش‌بینی‌پذیر و کنترل‌شدنی می‌دانند و اعتقاد داشته که قادرند با تلاش اتفاق‌های رخ‌داده در اطرافشان را تحت‌تأثیر قرار دهند. این افراد از عهدهٔ کنترل و تنظیم هیجاناتشان بر خواهند آمد. مبارزه‌جویی نیز باور به این امر بوده که تغییر، جنبهٔ طبیعی زندگی است. افراد مبارزه‌جو موقعیت‌های مثبت یا منفی را که به سازگاری مجدد نیاز دارد، فرصتی برای یادگیری و رشد بیشتر می‌دانند تا تهدیدی برای امنیت و آسایش خویش. به این صورت با تغییرات سازگارترند و درقبال آینده و زندگی از امیدواری بیشتری برخوردارند (۲۴). نتایج مطالعات فولادی و شهیدی (۷) و شیخی و همکاران (۱۰) نیز مشخص کرد ویژگی‌های شخصیتی با نحوهٔ مقابله با رویدادهای زندگی و میزان خوش‌بینی و امیدواری به روند زندگی، رابطهٔ معناداری دارد. درمجموع می‌توان گفت امیدواری، توانایی باور احساس بهتر به آینده است که قادر بوده نیروی تازه در شخص ایجاد کند و فرد را به‌سوی سطح مطلوبی از عملکردهای روانی و رفتاری سوق دهد؛ لذا امیدواری هنگامی نیرومند به‌نظر می‌رسد که ویژگی‌های شخصیتی مثبت هم با آن تلفیق شود. چنین افرادی عموماً از روحیهٔ قوی برخوردارند و در مقابله با موقعیت‌های اضطراب‌آور و بیماری‌های مزمن و درد، معمولاً دارای روحیه‌ای قوی هستند؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد بین ویژگی‌های شخصیتی و امیدبه‌زندگی در بیماران قلبی، به‌واسطهٔ تنظیم هیجانی ارتباط معناداری وجود دارد. از محدودیت‌های این پژوهش گردآوری داده‌ها با روش نمونه‌گیری دردسترس بود که از توان تعمیم‌دهی نتایج می‌کاهد. پیشنهاد می‌شود آموزش راهکارهای مناسب تنظیم هیجان سازگارانه و مهارت‌های کنترل اضطراب به بیماران قلبی یا افراد مستعد به بیماری انجام شود.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طورکلی نتایج این پژوهش نشان داد که متغیرهای امیدبه‌زندگی و ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم هیجان با متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای یک‌درصد رابطهٔ معنادار دارد. وجود ارتباط معنادار بین عوامل شخصیتی و عوامل قلبی زمینه‌ساز برای ابتلا به بیماری عروق کرونر و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.107.9]

نیز شیوع فراوان این بیماری در کشور، این ضرورت را ایجاب می‌کند که در این باره مطالعات بیشتری صورت گیرد تا با شناسایی عوامل زمینه‌ساز یا تشدیدکنندهٔ بیماری عروق کرونر قلب اقدام‌های پیشگیرانهٔ لازم ازطریق ارائهٔ راهکارها و الگویی برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش رفتارهای خطرساز فراهم شود. باتوجه به یافته‌های این تحقیق آموزش مهارت‌های زندگی (کنترل اضطراب)، اصلاح تیپ شخصیتی، آموزش در زمینه‌های راهکارهای افزایش امیدبه‌زندگی، ارتقا و بهبود کیفیت زندگی، راهکارهای تنظیم هیجان سازگارانه و نیز افزایش سرسختی روان‌شناختی و سطح تحمل در این افراد، می‌تواند نقش بسیار مهم و کاربردی در پیشگیری از ابتلا و تسریع بهبود این بیماران داشته باشد.

References

1. Nikdanesh M, Davazdah Emami MH, Gheydari ME, Bakhtiyari M, Mohamadi A. Emotion regulation, mindfulness and existential anxiety in patients with cardiovascular diseases: a comparative study. J Urmia Univ Med Sci. 2017;28(6):384-93. [Persian] http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3848-en.html
2. Johnson S, Carver C, Fulford D, Kring A. Goal dysregulation in the affective disorders. In: Kring AM, Sloan DM. Emotion Regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment. First edition. New York, USA: Guilford Press; 2010, pp:204-28.
3. Stewart S, Blue L. Improving outcomes in chronic heart failure. Second edition. London, UK: BMJ; 2001,pp:320-28.
4. Moynihan LM, Peterson RS. 7. A contingent configuration approach to understanding the role of personality in organizational groups. Res Organ Behav. 2001;23:327-38. doi:10.1016/S0191-3085(01)23008-1
5. Pervin LA, John OP6. Pervin LA, John OP. Personality: Theory and research. Eight edition. New York, USA: John Willy and Sons; 2001. pp:230-56.
6. Mehrad Sadr B, Khosrorad R. Investigating the relationship between emotion regulation strategies and big five factors of personality. Beyhagh. 2017;22(2-41):45-53. [Persian]
7. Fouladi N, Shahidi E. The role of personality characteristics and hope in prediction of hardiness in students regarding to sexuality. Clinical Psychology & Personality. 2017;15(1):93-101. [Persian] http://cpap.shahed.ac.ir/article-1-1052-en.html
8. Shabani M, Ahmadpour M, Behzadi E, Karami A. The role of five personality factors in the quality of life of heart patients. Journal of Research in Psychology and Education. 2016;7(2):99-108. [Persian] https://www.civilica.com/Paper-JR_JRPE-JR_JRPE-7-2_001.html
9. Alizadehgoradel J, Tabansadeghi MR, Sadeghi B, Sadeghi D. Relationship between quality of life and type-D personality with coronary heart disease: role of gender factor. Journal of Health and Care. 2013;15(1 and 2):26-34. [Persian] http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-25-en.html
10. Shiekhy S, Issazadegan A, Banehasmishishevan M, Mahmoodi H, Amani Saribagloo J. A comparative study of personality factors, life orientation and hope level in coronary heart patients and normal subjects. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2013;11(2). [Persian] http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-1246-en.html
11. Chin WW. Commentary: issues and opinion on structural equation modeling. MIS Quarterly. 1998;22(1). https://www.jstor.org/stable/249674
12. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia M. Translation, reliability and validity using Persian language SF-36. Payesh. 2006;5(1). [Persian] http://payeshjournal.ir/article-۱-۷۵۶-fa.html
13. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology of Iran. 2007;13(3):290-5. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-275-en.html
14. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Pers Individ Dif. 2001;30(8):1311-27. doi:10.1016/S0191-8869(00)00113-6
15. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO 5 factor inventory (NEO-FFI). First edition. New York, USA: Psychological Assessment Resources; 1992.
16. Garousi Farshi MT, Mehryar AH, Ghazi Tabatabaei M. Application of the NEOP I-R test and analytic evaluation of its characteristics and factorial structure among Iranian university students. Journal of Humanities. 2001;11(39):173-98. [Persian]
17. Miller JF, Powers MJ. Development of an instrument to measure hope. Nurs Res. 1988;37(1):6-10. doi:10.1097/00006199-198801000-00002

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.107.9]

18. Bahador R, Nouhi E, Jahani Y. Quality of life and its related factors in patients with CHF, referring to Jiroft Imam Khomeini hospital. Iranian Journal of Nursing. 2017;30(105):23-33. [Persian] doi:10.29252/ijn.30.105.23
19. Eshraghi S, Khamosan A, Dastjerdy R, Vejdan M, Kazemi T. Personality traits of patients with myocardial infarctio A case-control study. J Birjand Univ Med Sci. 2013;19(6):42-49. [Persian] http://journal.bums.ac.ir/article-1-1172-en.html
20. Chen L-f, Liu J, Zhang J, Lu X-q. Non-pharmacological interventions for caregivers of patients with schizophrenia: A meta-analysis. Psychiatry Res. 2016;235:123-7. doi:10.1016/j.psychres.2015.11.037
21. Bahrami B, Bahrami A, Mashhadi A, Karashki H. The role of cognitive emotion-regulation strategies in the quality of life of cancer patients. J Mashhad Univ Med Sci. 2015;58(2):96-105. [Persian] doi:10.22038/MJMS.2015.4370
22. Ghahremani N, Nadi M. Relationship between religious/spiritual components, mental health and hope for the future in hospital staff of Shiraz public hospitals. Iranian Journal of Nursing. 2012;25(79):1-11. [Persian] http://ijn.iums.ac.ir/article-1-1418-en.html
23. Doolittle BR, Farrell M. The association between spirituality and depression in an urban clinic. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2004;6(3):114-18.
24. Shirmohammadi L, Mikaely Manee F, Zaree H. Relationship between hardiness, life satisfaction, and hope with academic performance in university students. Journal of Psychology. 2011;5(20):125-147. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.107.9]