

بررسی تأثیر برنامه آموزش تنظیم هیجان بر خودکارآمدی هیجانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی: کار آزمایی بالینی تصادفی سازی شده

نویسندگان:

فاطمه کلیج^۱، محمد اکبری^{۲*}، موسی علوی^۳، وجیهه آتشی^۴

- ۱- کارشناس ارشد روانپرستاری، گروه روانپرستاری، مرکز تحقیقات مراقبهای پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.
- ۲- استادیار، گروه روانپرستاری، مرکز تحقیقات مراقبهای پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.
- ۳- استاد، گروه روانپرستاری، مرکز تحقیقات مراقبهای پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.
- ۴- استادیار، گروه پرستاری سلامت بزرگسالان، مرکز تحقیقات مراقبهای پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.13, No.3&4, Fall & Winter 2024

چکیده:

مقدمه: بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، در مسیر درمان و مراقبت از خود، ناگواریهای عاطفی و روانی زیادی تجربه می کنند که این به هم ریختگی هیجانی تمام امور زندگی آنها را تحت تأثیر خود قرار می دهد. یکی از چالش های اساسی که بیشتر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را درگیر خود می کند، کاهش خودکارآمدی هیجانی است. پژوهش حاضر، با هدف بررسی تأثیر برنامه تنظیم هیجان، بر خودکارآمدی هیجانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی انجام شد.

روش کار: در این پژوهش کار آزمایی بالینی تصادفی سازی شده، ۷۰ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن قلبی، با روش نمونه گیری تصادفی در دو گروه آزمون (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) قرار گرفتند. در گروه آزمون، برنامه تنظیم هیجان، در ۶ جلسه انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها، براساس فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی هیجانی بوری و همکاران بود که در سه مرحله پیش از مداخله، بلافاصله و یک ماه پس از انجام مداخله توسط بیماران تکمیل شد. داده ها، توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۲، با آزمون آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که سطح معناداری در این آزمون ها $P < 0.05$ بود.

یافته ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره تاب آوری در گروه آزمون قبل، بلافاصله و یک ماه پس از مداخله به ترتیب $12/82 \pm 24/29$ ، $24/29 \pm 6/49$ و $24/29 \pm 6/49$ و $24/29 \pm 6/49$ و $24/29 \pm 6/49$ بود که از دیدگاه آماری تفاوت معناداری داشت؛ ($P < 0.001$) در حالی که در گروه کنترل، میانگین نمره تاب آوری در طول زمان مذکور به ترتیب $25/10 \pm 37/97$ ، $14/80 \pm 19/54$ و $20/82 \pm 31/20$ درصد مشاهده شد که از لحاظ آماری معنادار نبود؛ ($P > 0.05$) به عبارت دیگر برنامه تنظیم هیجان، موجب افزایش نمره خودکارآمدی هیجانی در گروه آزمون، نسبت به گروه کنترل تشکیل داد.

نتیجه گیری: برنامه تنظیم هیجان، در ارتقای خودکارآمدی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی مؤثر است؛ بنابراین پیشنهاد می شود که این مداخله برای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی، به صورت کاربردی توسط پرستاران شاغل در مراکز ارائه گردد.

J Educ Ethics Nurs 2024;13(3&4):127-136

واژگان کلیدی: تنظیم هیجان، خودکارآمدی هیجانی، نارسایی قلبی.

مقدمه

نارسایی قلبی (CHF)، مرحله نهایی بیماری های قلبی-عروقی و بسیار شایع است. این بیماری با شیوع بیش از ۲۳ میلیون نفر در جهان و ۵/۸ میلیون نفر در ایالات متحده آمریکا، در حال افزایش است و سالانه تقریباً ۵۰۰۰۰ تشخیص جدید، در ایالت متحده دارد (۱). پیش آگهی این بیماری ضعیف است؛ به طوری که سالانه به مرگ حدود ۲۸۳۰۰۰ نفر در دنیا منجر می شود و تعداد بستری

نارسایی قلبی (CHF)، مرحله نهایی بیماری های قلبی-عروقی و بسیار شایع است. این بیماری با شیوع بیش از ۲۳ میلیون نفر در جهان و ۵/۸ میلیون نفر در ایالات متحده آمریکا، در حال افزایش است و سالانه تقریباً ۵۰۰۰۰ تشخیص جدید، در ایالت متحده دارد (۱). پیش آگهی این بیماری ضعیف است؛ به طوری که سالانه به مرگ حدود ۲۸۳۰۰۰ نفر در دنیا منجر می شود و تعداد بستری

* نویسنده مسئول، نشانی: ۲- استادیار، گروه روانپرستاری، مرکز تحقیقات مراقبهای پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.
تلفن تماس: ۰۳۱۳۷۹۲۷۵۷۸
پست الکترونیک: mohammadakbari@nm.mui.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۰

شدن‌های ناشی از آن ۲۶ درصد بیشتر از دهه گذشته است (۲). نارسای قلبی، اولین علت مرگ‌ومیر در ایران می‌باشد و بار اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی سنگینی را به جامعه تحمیل می‌کند (۳). ابتلا به این بیماری، علایم متعددی مانند: خستگی، ضعف، سرگیجه، عدم تحمل فعالیت، تپش قلب، نبض نامنظم، تنگی نفس، دیس پنه، تاکی پنه، سرفه، تنگی نفس حمله ای شبانه، سرفه شبانه، خواب آلودگی، کاهش اشتها، ادم محیطی و تورم پا را سبب می‌شود و از آنجا که این بیماری، یکی از شایع‌ترین دلایل بستری در بیمارستان می‌باشد و به جهت بازگشت دوباره و پرهزینه بودن، تغییرات زیادی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می‌کند (۴). یکی از چالش‌های اساسی که بیشتر بیماران مبتلا به نارسای قلبی را درگیر خود می‌کند همین آشفتگی‌های عاطفی، هیجانی و خودکارآمدی است. مبتلایان به نارسای قلبی، در موضوع مراقبت و حمایت روحی از خود، کنترل احساساتشان و خود کارآمدی هیجانی دچار افت شدیدی می‌شوند (۵). طبق نظر بندورا، خودکارآمدی توان سازنده ای است که از طریق آن مهارت‌های عاطفی، شناختی، اجتماعی و رفتاری انسان، برای دستیابی و رسیدن به اهداف مختلف، به گونه‌ای اثربخش سازماندهی می‌شود؛ به عبارتی دیگر خودکارآمدی هیجانی، مجموعه آمادگی‌های رفتاری و تمایلات فرد در بازشناسی، پردازش و سازماندهی اطلاعات هیجانی می‌باشد (۶). بیماران مبتلا به CHF، در مسیر درمان و مراقبت از خود، دیسترس‌های عاطفی و روانی زیادی تجربه می‌کنند که این به هم‌ریختگی هیجانی تمام امور زندگی آن‌ها را تحت‌تأثیر خود قرار می‌دهد. تنظیم هیجان، از عوامل اساسی مؤثر بر سلامتی است و نقش مهمی در مواجهه با شرایط سخت دارد. تنظیم هیجان، به معنی تغییر یا تعدیل احساسات است (۷). تنظیم هیجان، ۵ دسته استراتژی اساسی دارد که بسته به هدف فرد از تنظیم هیجان در یک موقعیت خاص، انتخاب و استفاده می‌شود که شامل انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، گسترش توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ می‌باشد (۸). نتایج مطالعات نشان دادند که یکی از روش‌های آموزشی جدید مبتنی بر هیجان که توانسته است بر طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و بالینی در برخی از بیماران تأثیر داشته باشد، آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس است (۹-۱۰) به اعتقاد گراس، هر مرحله از فرآیند تولید هیجان، یک هدف تنظیمی بالقوه دارد و مهارت‌های تنظیم کننده هیجان می‌توانند در مراحل مختلف این فرآیند اعمال شوند. مدل اولیه، شامل پنج مرحله شروع، موقعیت، توجه، ارزیابی و پاسخ است و هر مرحله حاوی یک سری راهبردهای سازگاران و ناسازگاران است. پیش‌نیاز مداخله در مشکلات هیجانی اصلاح یا

حذف راهبردهای ناسازگاران و آموزش راهبردهای سازگاران است (۱۰).

مطالعه فولاد چنگ و حسن زاده (۱۳۹۳) نشان داد که به‌کارگیری برنامه تنظیم هیجان، باعث افزایش خودکارآمدی و شادکامی زنان شده است (۱۱). Mouton و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهش خود رابطه بین خودکارآمدی و تنظیم هیجان را بیان کردند (۱۲). نتایج بررسی Molero Jurado و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان داد که برنامه تنظیم هیجان، باعث افزایش خودکارآمدی و کاهش استرس در پرستاران شده است (۱۳).

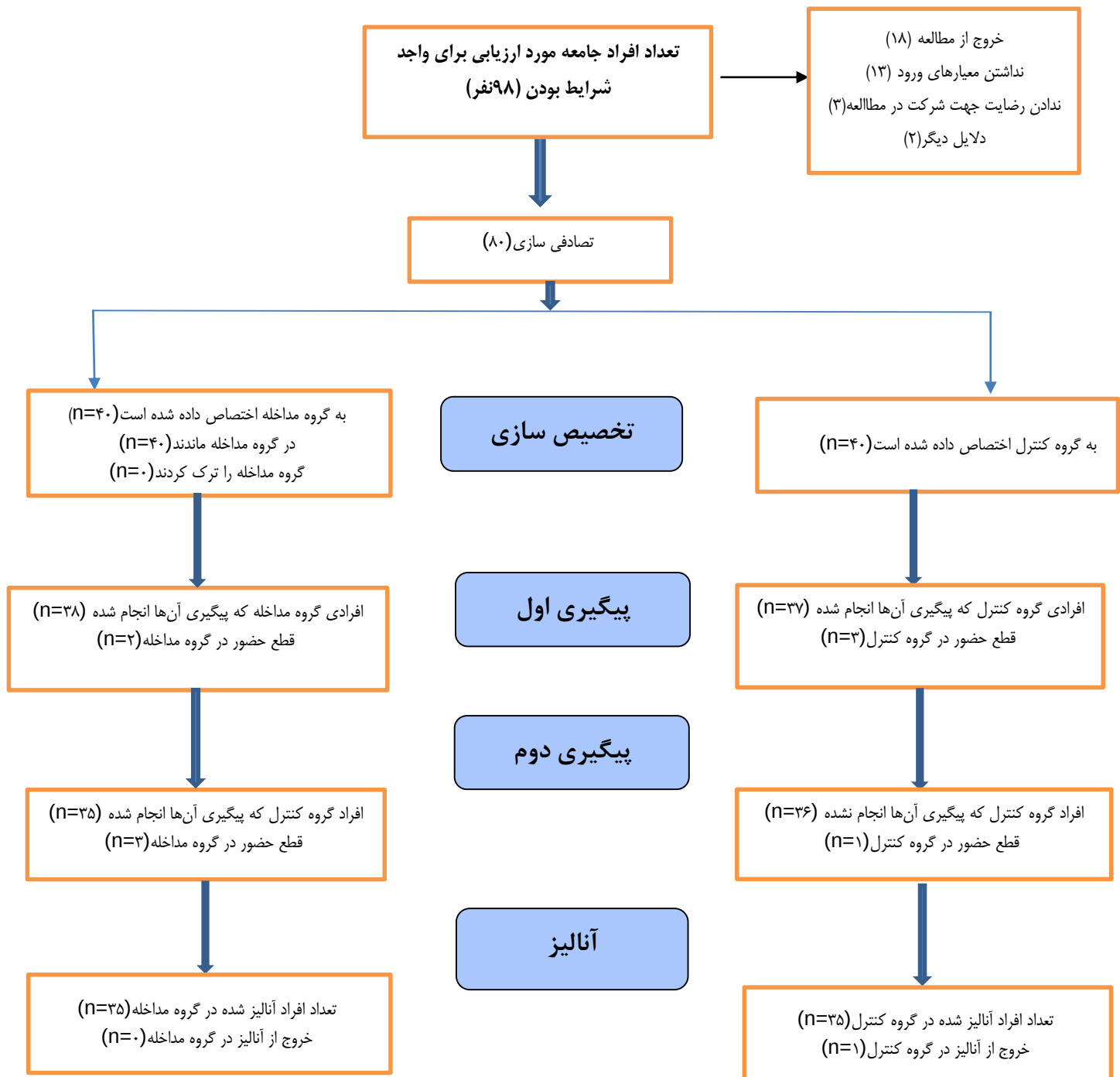
پژوهش‌های بسیار کمی در زمینه تأثیر برنامه‌های تنظیم هیجان، در بیماران نارسای مزمن قلبی صورت گرفته است و مطالعات قبلی انجام شده در این زمینه هم به بررسی برنامه تنظیم هیجان بر اضطراب (۱۴)، کیفیت زندگی (۱۵) و مشکلات شناختی (۱۶) پرداخته‌اند. محققان با جست‌وجوی گسترده، مطالعه‌ای که تأثیر برنامه تنظیم هیجان را بر خودکارآمدی هیجانی بیماران مبتلا به نارسای مزمن قلبی، بررسی کند یافت نکردند؛ بنابراین با توجه به ماهیت مزمن و پیش‌رونده بیماری نارسای قلبی، نیاز به دقت بیشتری در جهت تنظیم هیجانات این بیماران، در کنار توجه به مشکلات جسمی ایجاد شده می‌باشد؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر، تعیین تأثیر برنامه تنظیم هیجان، بر خودکارآمدی هیجانی بیماران مبتلا به نارسای مزمن قلبی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی- درمانی شهید چمران اصفهان (۱۴۰۲) بوده است.

روش کار

این پژوهش، از نوع کار آزمایشی بالینی بود که از بهمن ۱۴۰۱ تا خرداد ۱۴۰۲ طول کشید. نمونه‌های پژوهش، بیماران بستری مبتلا به نارسای قلبی در بیمارستان چمران بودند.

حجم نمونه، با توجه به مطالعه محمدی هریس و همکاران (۱۸) و بر اساس فرمول
$$\frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(d)^2}$$
 و با اطمینان ۹۵ درصد، همچنین با توان آزمون ۸۰ درصد، تعداد نمونه لازم، ۶۸ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۰ درصد نمونه‌ها، حجم نمونه ۷۵ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌ها، به صورت نمونه‌گیری آسان از میان بیمارانی که در بخش‌های بستری بیمارستان چمران مراجعه کرده و شرایط ورود به مطالعه را داشتند انتخاب شدند؛ سپس نمونه‌ها، به صورت تخصیص و تصادفی، در دو گروه آزمون و کنترل، با استفاده از جدول اعداد تصادفی قرار گرفتند. ابتدا محققان، ۹۸ بیمار را انتخاب کردند که ۱۸ نفر آن‌ها به علت نداشتن معیار ورود و عدم تمایل به شرکت در مطالعه از پژوهش خارج شدند؛ بعد از آن ۸۰ نفر باقیمانده به طور تصادفی، در دو گروه ۴۰ نفره آزمون و کنترل قرار گرفتند. در هر دو گروه، در مدت زمان مطالعه، ۵ نفر به علت تشدید بیماری و یا تکمیل

ناقص پرسشنامه از پژوهش خارج شدند که تجزیه و تحلیل محتوا، بر روی ۳۵ نفر انجام گردید (شکل ۱).



نمودار ۱. فلوچارت مطالعه

صحبت کردن به زبان فارسی، عدم شرکت در دوره‌های آموزشی مرتبط با تنظیم هیجانی، رضایت جهت شرکت در مطالعه، نداشتن تجربه استرس‌های شدیدی مانند: طلاق و مرگ عزیزان در طی شش ماه گذشته، عدم عقب ماندگی ذهنی یا سابقه بیماری

معیارهای ورود به مطالعه شامل: بیماران با سن ۳۵ تا ۷۰ سال، ابتلا به نارسایی مزمن قلبی به مدت حداقل یک سال، کلاس III و IV بیماری قلب براساس طبقه‌بندی انجمن قلب نیویورک (New York Heart Association)، توانایی خواندن، نوشتن و

روانپزشکی که باعث مصرف دارو شده باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به همکاری در پژوهش، ایجاد هر مشکل جسمی، روانی یا وقوع حوادث استرس‌زای شدید برای بیمار در طی مطالعه و عدم شرکت در بیش از دو جلسه آموزشی بود.

جهت جمع‌آوری داده‌ها، از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی هیجانی بوری و همکاران (۲۰۰۸) استفاده شد. فرم اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، میزان درآمد، نوع سکونت، تعداد موارد بستری در بیمارستان و نوع مراقبت‌کننده از بیمار در منزل تشکیل داد. پرسشنامه خودکارآمدی هیجانی دارای ۳۲ سؤال بود که بوری، نیکولا و شات، بر اساس مدل هوش هیجانی سالووی و مایر (۱۹۹۷) آن را تهیه کردند. این مقیاس، ۲۵ سؤال را تشکیل داد که هر آیت، بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده شد که این گزینه‌ها به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ گرفتند. کم‌ترین نمره، ۰ و بیشترین نمره کسب شده ۱۰۰ بود. هرچه نمره‌ای که فرد به دست می‌آورد بالاتر بود، خودکارآمدی هیجانی بالاتری داشت (۶). میزان پایایی آن در مطالعه خدایاری فرد و همکاران، ۰/۸۱ درصد تعیین شد (۱۸)؛ به طوری که در پژوهش حاضر، پایایی آن ۰/۹۰ درصد محاسبه گردید.

ابتدا شرکت‌کننده‌های گروه آزمون، در گروه‌های ۷ نفر قرار گرفتند؛ سپس برنامه تنظیم هیجان، براساس مدل تنظیم هیجان

گراس (۸) طی ۶ جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای در کلاس درس بخش، به روش سخنرانی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ، آموزش داده شد. محتوای آموزشی جلسات، بر اساس مدل تنظیم هیجان گراس، تهیه و پس از تأیید ۵ نفر از اعضای هیئت علمی گروه روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۱). در صورتی که بیمار زودتر مرخص شد از طریق فضای مجازی محتوای جلسات، در اختیار بیمار قرار گرفت و در صورت عدم دسترسی بیمار به فضای مجازی زمانی جهت انجام آموزش به بیمار هماهنگ شد. گروه کنترل، فقط مراقبت‌های روتین را دریافت کردند. پرسشنامه خودکارآمدی هیجانی قبل، بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله توسط بیماران هر دو گروه تکمیل شد. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، پس از پایان مطالعه خلاصه‌ای از محتوای جلسات، در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. داده‌ها توسط پژوهشگر اول جمع‌آوری گردید؛ زیرا این پژوهش، یک سوکور بود که تحلیل‌کننده داده‌ها، از گروه کنترل و آزمون بی اطلاع بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو وویلک استفاده شد. برای مقایسه میانگین خودکارآمدی هیجانی بین دو گروه، از آزمون تی مستقل و در هر گروه، از تی زوجی استفاده گردید. از آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای مقایسه خودکارآمدی هیجانی در طول زمان، به کار بردند که سطح معناداری ۰/۰۵ درصد تعیین شد.

جدول ۱: محتوای جلسات مبتنی بر برنامه تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس (۲۹)

جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی با برنامه و پژوهشگر، بیان اهداف اصلی و فرعی گروه، منطق و مراحل مداخله، چارچوب و قواعد شرکت در گروه، آشنایی با تنظیم هیجان و انجام پیش‌آزمون تکلیف: مشخص کردن اهداف خود از شرکت در گروه
دوم	شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش انواع هیجانات در اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت و اهمیت یادگیری مهارت تنظیم هیجانی در زندگی تکلیف: ارائه گزارش از بیان هیجانات مختلف، در موقعیت‌های برانگیزاننده مشخص کردن انواع هیجانات در زندگی روزمره
سوم	بررسی تکالیف جلسات قبل از ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضای سازماندهی رفتار بین اعضا، ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان و آموزش مهارت‌های بین فردی گفت‌وگو تکلیف: بیان تجربیات شخصی و مثال‌هایی از تجربیات واقعی
چهارم	بررسی تکالیف جلسات قبل، اظهار وجود، جلوگیری از انزوای اجتماعی و حل تعارض، تغییر توجه و متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی تکلیف: گفت‌وگو، حل تعارض و ارائه گزارش از تغییر توجه در گروه
پنجم	بررسی تکالیف جلسات قبل، تغییر ارزیابی‌های شناختی و شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، مواجهه و اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی تکلیف: اجرای تمرینات راهبردهای ارزیابی شناختی در زندگی روزمره و تمرین ابزار هیجانی باتوجه به استفاده از روش‌های تعدیل پاسخ هیجانی
ششم	بررسی تکالیف جلسات قبل، ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد، جمع‌بندی مباحث بیان شده در جلسات پیشین و ایجاد ساختار جدید در سطح شناخت، رفتار و هیجان افراد، انجام پس‌آزمون و تقدیر و ارائه هدایا به شرکت‌کنندگان

یافته‌ها

نتایج، نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی بیماران، در گروه آزمون و کنترل، به ترتیب برابر $54/86 \pm 11/70$ و $59 \pm 9/07$ سال بود که تفاوت آماری معناداری با هم نداشتند ($p=0/113$)؛ همچنین نتایج نشان داد که بیشتر شرکت‌کنندگان دو گروه را افراد متأهل تشکیل داده و بیشترین فراوانی از نظر وضعیت اشتغال، در گروه آزمون، افراد بیکار و در گروه کنترل، افراد بازنشسته بودند. دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک، تفاوت آماری معناداری با هم نداشتند ($p>0/05$) (جدول ۲).

نتایج، نشان داد که میانگین نمره تاب‌آوری در گروه آزمون قبل، بلافاصله و یک ماه پس از مداخله به ترتیب $12/82 \pm 24/29$ ، $6/49 \pm 90/37$ و $7/77 \pm 85/63$ درصد بود که از لحاظ آماری تفاوت معناداری داشت ($p<0/001$)؛ در حالی که در گروه کنترل، میانگین نمره تاب‌آوری در طول زمان مذکور به ترتیب $31/20 \pm 20/82$ و $19/54 \pm 14/80$ ، $37/97 \pm 25/10$ درصد مشاهده شد که از لحاظ آماری معنادار نبود ($p>0/05$).

آزمون آنالیز واریانس، با تکرار مشاهدات نشان داد که بین میانگین نمره تبعیت از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی قبل، یک هفته بعد و یک ماه پس از مداخله در گروه آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/001$) (جدول ۳).

آزمون آنالیز واریانس، با تکرار مشاهدات نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی قبل، یک هفته بعد و یک ماه پس از مداخله در گروه کنترل، تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>0/05$) (جدول ۴).

همان‌طور که در جدول آمده است، آزمون آنالیز واریانس، با تکرار مشاهدات نشان داد که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، برنامه تنظیم هیجان، به طور معناداری باعث افزایش نمره خودکارآمدی هیجانی در پس‌آزمون شد ($p<0/001$)؛ به عبارت دیگر برنامه تنظیم هیجان، با توجه به میانگین خودکارآمدی هیجانی گروه آزمون، نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش خودکارآمدی هیجانی گروه آزمون شده بود (جدول ۵).

همان‌طور که در جدول بیان شد، آزمون آنالیز واریانس، با تکرار مشاهدات نشان داد که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، برنامه تنظیم هیجان به طور معناداری باعث افزایش نمره خودکارآمدی هیجانی در پس‌آزمون (یک ماه بعد) گردید ($p<0/001$)؛ به عبارت دیگر برنامه تنظیم هیجان، با توجه به میانگین خودکارآمدی هیجانی گروه آزمون، نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش خودکارآمدی هیجانی گروه آزمون شده بود (جدول ۶).

جدول ۲. مقایسه خصوصیات جمعیت شناختی در دو گروه آزمون و کنترل

متغیر مورد بررسی	گروه آزمون میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه کنترل میانگین $\pm$ انحراف معیار	نتایج آزمون مقایسه بین گروهی
سن بیماران (سال)	$59 \pm 9/07$	$54/86 \pm 11/70$	$*p=0/113$
مدت زمان ابتلا (ماه)	$85/14 \pm 74/82$	$74/14 \pm 70/37$	$*p=0/612$
متغیر مورد بررسی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	نتایج آزمون مقایسه بین گروهی
جنسیت	زن	۱۰ (۲۸/۵۷)	$**p=0/785$
	مرد	۲۵ (۷۱/۴۲)	
وضعیت تأهل	متأهل	۳۳ (۹۴/۲۸)	$***p=0/346$
	مجرد	۱ (۲/۸۵)	
	مطلقه	۱ (۲/۸۵۵)	
شغل	شاغل	۹ (۲۵/۷۱)	$***p=0/604$
	بیکار	۱۰ (۲۸/۵۷)	
	بازنشسته	۹ (۲۵/۷۱)	
	خانه‌دار	۷ (۲۰)	
سطح تحصیلات	زیردیپلم	۲۰ (۵۷/۱۴)	$***p=0/225$
	دیپلم	۱۳ (۳۷/۱۴)	
	دانشگاهی	۲ (۵/۷۱)	
وضعیت درآمد	کمتر از مخارج زندگی	۳۲ (۹۴/۲۸)	$***p=0/247$
	برابر با مخارج زندگی	۲ (۵/۷۱)	
	بیشتر از مخارج زندگی	۱ (۲/۸۵)	
تعداد بستری	اولین بستری	۵ (۱۴/۲۸)	۵ (۱۴/۲۸)

***p=۰/۷۳۹	دومین بستری	۵(۱۴/۲۸)	۷(۲۰)
	سومین بستری	۱۰(۲۸/۵۷)	۸(۲۲/۸۵)
	بیش از سه بار بستری	۱۵(۴۲/۸۵)	۱۵(۴۲/۸۵)
***p=۰/۳۹۰	مراقبت در منزل	همسر	۲۰(۵۷/۱۵)
		فرزند	۱۰(۲۸/۵۸)
		برادر یا خواهر	۲(۵/۷۱)
		پدر و مادر	۱(۲/۸۵)
		غیره	۲(۵/۷۱)
**p=۰/۰۹۳	محل سکونت	شهر	۳۰(۸۵/۷۱)
		روستا	۱۲(۳۴/۲۸)

*آزمون من ویتنی **آزمون دقیق فیشر ***آزمون کای اسکور

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی قبل، یک هفته بعد و یک ماه پس از مداخله در گروه آزمون

خودکارآمدی هیجانی	گروه	قبل از مداخله		یک هفته بعد از مداخله		یک ماه بعد از مداخله		آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	سطح معناداری (P-Value)
آزمون		۲۴,۲۹	۱۲,۸۲	۹۰,۳۷	۶,۴۹	۸۵,۶۳	۷,۷۷	۳۰۵,۳۸	۲
									<۰/۰۰۱

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی قبل، یک هفته بعد و یک ماه پس از مداخله در گروه کنترل

خودکارآمدی هیجانی	گروه	قبل از مداخله		یک هفته بعد از مداخله		یک ماه بعد از مداخله		آزمون آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	سطح معناداری (P-VALUE)
کنترل		۳۷,۹۷	۲۵,۱۰	۱۹,۵۴	۱۴,۸۰	۳۱,۲۰	۲۰,۸۲	۸,۰۷	۲
									>۰/۰۵

جدول ۵: آزمون تحلیل کوواریانس، برای بررسی تأثیر برنامه تنظیم هیجان، روی نمره خودکارآمدی هیجانی یک هفته بعد از مداخله، بین دو گروه آزمون و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۴,۳۳۵	۱	۴,۳۳۵	۰,۰۳۳	۰,۸۵۷	۰,۰۰۰	۰,۰۵۴
اثر گروه	۷۷۹,۰۸,۴۱۲	۱	۷۷۹,۰۸,۴۱۲	۵۸۸,۰۵۳	<۰/۰۰۱		۰,۸۹۸
اثر خطا	۸۸۷۶,۵۲۲	۶۷	۱۳۲,۴۸۵				

جدول ۶: آزمون تحلیل کوواریانس، برای بررسی تأثیر برنامه تنظیم هیجان، روی نمره خودکارآمدی هیجانی یک ماه بعد از مداخله، بین دو گروه آزمون و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۸۲۸۲,۴۲۶	۱	۸۲۸۲,۴۲۶	۶۵,۲۷۵	<۰/۰۰۱	۰,۴۹۳	۰,۰۵۴
اثر گروه	۶۰۰۳,۷۶۷	۱	۶۰۰۳,۷۶۷	۴۷۲,۸۹۶	<۰/۰۰۱	۰,۸۷۶	۱,۰۰۰
اثر خطا	۸۵۰۱,۳۴۵	۶۷	۱۲۶,۸۸۶				

بحث

نتایج پژوهش حاضر، نشان دهنده افزایش معنادار میانگین نمره خودکارآمدی هیجانی در میان بیماران گروه مداخله از قبل تا یک ماه پس از مداخله بود؛ درحالی که در گروه کنترل، افزایش معناداری مشاهده نشد. همسو با نتایج پژوهش حاضر، نتایج مطالعه لیگوئه و همکاران (۲۰۲۰)، نشان دهنده تأثیر مداخله تنظیم هیجانی در جهت ارتقای خودکارآمدی برای تنظیم هیجانات منفی، رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا و در میان بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی، در طول مدت یک ماه پس از مداخله را تشکیل داد (۱۹)؛ همچنین مداخله تنظیم هیجانی توانایی بیماران قلبی را برای پذیرش موقعیت دشوار بیماری که با آن روبه‌رو بودند را افزایش داده و همین موضوع، احتمالاً به نوبه خود باعث افزایش سطح خودآگاهی هیجانی آن‌ها شد (۱۵). در واقع تنظیم شناختی که از طریق کاهش سطح هیجانات منفی و کم کردن ناتوانی برای مدیریت آن‌ها باشد توانسته در بیماران، هیجانات مثبت را جایگزین هیجانات منفی کند که با پذیرش و کنارآمدن مؤثر با آن‌ها زمینه برای ارتقای خودکارآمدی هیجانی آماده گردد.

مایر و همکاران (۲۰۱۴)، در تبیین تأثیر مداخله تنظیم هیجانی بر خودکارآمدی هیجانی بیماران مبتلا به عروق کرونر قلبی گزارش کردند که برنامه تنظیم هیجان، در ارتقای عواطف و احساسات مثبت، بهبود تعادل عاطفی و ارتقای سطح خودکارآمدی برای تنظیم هیجانات منفی تأثیرگذار بوده است و همچنین برنامه‌های آموزش داده شده، در طی این مداخله که از طریق کاهش سطح عواطف و احساسات منفی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت، در برابر استرس بوده است، زمینه را برای بهبود خودکارآمدی هیجانی در میان بیماران قلبی ایجاد کرده‌اند (۲۰).

نتایج پژوهش حاضر، هماهنگ با تحقیق مدینا و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که نتایج آن نشان‌دهنده تأثیر مداخله تنظیم هیجانی در ارتقای خودکارآمدی و مدیریت بیماری در طول ۶ هفته، پس از پایان مداخله بود که در تبیین نتایج به تأثیر برنامه تنظیم هیجانی از طریق ارتقای بهزیستی ذهنی مثبت، در بین بیماران قلبی - عروقی و در نتیجه افزایش سطح خودکارآمدی ذهنی در مدیریت بیماری شد (۲۱)؛ بنابراین با توجه به همسویی نتایج پژوهش حاضر، با تحقیق فوق می‌توان گفت که بیماران مورد مطالعه در بررسی حاضر نیز از طریق بهبود سطح بهزیستی ذهنی مثبت که ناشی از دریافت مداخله تنظیم هیجانی بود توانستند که سطح خودکارآمدی هیجانی خود را ارتقا دهند. نتایج یک مطالعه دیگر نیز از تأثیر تنظیم هیجانی در نظم‌دهی عاطفه مثبت، بهزیستی روانشناختی و خودکارآمدی هیجانی در میان بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی را نشان دادند (۲۲).

نتایج پژوهش حاضر، هماهنگ با نتایج مطالعه کاظمی رضایی و همکاران (۲۰۱۹) بود که نشان داد، نمرات راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی را پس از آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی در گروه تحت مداخله، به طور معناداری افزایش یافته‌اند (۲۳). همسو با نتایج پژوهش حاضر، مطالعه کاظمی رضایی و همکاران بود. هر دو، در مورد بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی بررسی انجام دادند که نشان داد تنظیم هیجان، با استفاده از فرایندهای شناختی صورت گرفته از طریق فرایندهای شناختی به افراد بیمار کمک کرد تا هیجان‌ها و احساسات خود را تنظیم کنند و در برابر شدت هیجان‌ها، به‌خصوص هیجانات منفی ناشی از بیماری تسلیم نشوند (۲۴). در پایان، برنامه تنظیم هیجانی موجب افزایش استفاده از راهبردهای مثبت و کاهش استفاده از راهبردهای منفی در مقابل با استرس نیز ذکر گردید که پیامد تمام موارد بیان شده، باعث ارتقای سطح خودکارآمدی هیجانی در میان بیماران قلبی گردید.

نتایج پژوهش حاضر، هماهنگ با تحقیق وانگ و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که نتایج آن نشان‌دهنده تأثیر برنامه تنظیم هیجانی از طریق افزایش سطح عاطفه و احساسات مثبت، در افزایش سطح خودکارآمدی هیجانی در میان بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسداد ریوی در طول ۶ ماه بود. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان‌دهنده تأثیر آموزش برنامه تنظیم هیجانی در ارتقای خودکارآمدی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تا یک ماه پس از این مداخله، به نسبت میزان خودکارآمدی بیماران، در دوره قبل از شروع مداخله تشکیل داد. با توجه به نتایج مطالعه وانگ و همکاران، می‌توان گفت که برنامه تنظیم هیجانی تا ۶ ماه پس از پایان آن توانست، سطح خودکارآمدی هیجانی را در بیماران، به طور مطلوب حفظ کند. در این مطالعه، بیماران مشکلات قابل توجهی در تنظیم هیجان‌های ناشی از افسردگی، احساس درد و خشم داشتند که یکی از دلایل بهبود سطح خودکارآمدی هیجانی در بین آنان کاهش سطح این هیجان‌های منفی با کمک مداخله تنظیم هیجانی در بین آن‌ها بوده است (۲۵) که با توجه به همسویی نتایج پژوهش حاضر با بررسی هونگلیک و همکاران، شاید بتوان این فرضیه را مطرح کرد که در بیماران مورد مطالعه در پژوهش حاضر نیز برنامه مداخله‌ای تنظیم هیجان، از طریق کاهش هیجان‌های منفی ناشی از افسردگی، احساس درد و خشم توانست، در ارتقای سطح خودکارآمدی هیجانی در بیماران مورد مطالعه تأثیرگذار باشد. در پژوهش حاضر، محققان تا یک ماه پس از مداخله را دوباره، مورد آزمون قرار دادند؛ به‌گونه‌ای که خودکارآمدی بیماران، در سطح بالایی بعد از مداخله قرار گرفت؛ اما باید توجه داشت که نسبت به بلافاصله بعد از مداخله، کمی

اصفهان، با شناسه اخلاق IR.MUI.NUREMA.REC.1401.156 بود. از تمام بیماران، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی دریافت گردید و به بیماران اطمینان داده شد که همه اطلاعات آنان به صورت محرمانه در اختیار پژوهشگر باقی خواهد ماند. پژوهش حاضر، با کد "IRCT20180601039934N3"، در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی تأیید شد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در تدوین مقاله به‌طور یکسانی همکاری داشتند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله، از تمام بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، مدیران و مسئولان محترم دانشکده پرستاری و مامایی، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مدیریت مرکز درمانی قلب شهید چمران شهر اصفهان، به‌منظور همکاری در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌کنند.

خودکارآمدی بیماران گروه آزمون، در یک ماه بعد از آن کاهش یافته بود که شاید بتوان آن را نادیده گرفت.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که شرایط روانی بیماران مورد بررسی در پژوهش حاضر نیز ممکن است، در نحوه پاسخگویی به سؤالات تحقیق تأثیرگذار باشد.

از جمله مزیت پژوهش حاضر، می‌توان به این موضوع اشاره کرد که برای اولین بار در ایران، به بررسی تأثیر برنامه تنظیم هیجان، بر خودکارآمدی هیجانی در بیماران کلاس III و IV بیماری قلبی براساس طبقه‌بندی انجمن قلب نیویورک (NYHA) پرداخته شده است که می‌تواند به عنوان یک تحقیق مبتنی بر پژوهش، در مطالعات مشابه آتی مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج، نشان داد که برنامه تنظیم هیجان، باعث افزایش میزان خودکارآمدی هیجانی در بیماران مبتلا به CHF در طول زمان شده است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که پرستاران، در این زمینه توانمند گردند و جهت افزایش خودکارآمدی هیجانی در بیماران نارسایی قلبی آن‌را مورد استفاده قرار دهند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش، برآمده از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری بر اساس مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

References

1. Khan MS, Shahid I, Anker SD, Fonarow GC, Fudim M, Hall ME, Hernandez A, Morris AA, Shafi T, Weir MR, Zannad F, Bakris GL, Butler J. Albuminuria and Heart Failure: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 2023 Jan 24;81(3):270-282.
2. Wang R, Gerstein HC, Van Spall HGC, Lip GYH, Olier I, Ortega-Martorell S, Thabane L, Ye Z, Li G. Relationship between remnant cholesterol and risk of heart failure in participants with diabetes mellitus. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2023 Aug 7;9(5):537-545.
3. Seraji M, Tabatabaie P, Rakhshani F, Shahrakipour M. The Effect of Educating Self-Care Behaviors to Patients With Heart Failure in Hospitals of Zahedan. Health Scope. 2013; 2(2):104-109.
4. Esnaasharieh F, Dehghan M, Abtahian J, Mangolian Shahrabaki P. Evaluation of Physical Activity in Patients With Heart Failure and Its Relationship With Fatigue: A Cross-sectional Study %J Qom Univ Med Sci J. 2022;15(11):756-65.
5. Caprara GV, Di Giunta L, Pastorelli C, Eisenberg N. Mastery of negative affect: a hierarchical model of emotional self-efficacy beliefs. Psychological assessment. 2013;25(1):105-16.
6. Kirk BA, Schutte NS, Hine DWJP, Differences I. Development and preliminary validation of an emotional self-efficacy scale. 2008;45(5):432-6.
7. Castillo-Mayén R, Luque B, Gutiérrez-Domingo T, Cuadrado E, Arenas A, Rubio S, et al. Emotion regulation in patients with cardiovascular disease: development and validation of the stress and anxiety regulation strategies scale (STARTS). Anxiety, stress, and coping. 2021;34(3):349-64.
8. Gross JJRogp. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. 1998;2(3):271-99.
9. Koch SC, Ostermann T, Steinhage A, Kende P, Haller K, Chyle FJTAiP. Breaking barriers: Evaluating an arts-based emotion regulation training in prison. 2015;42:41-9.
10. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. Journal of personality and social psychology. 2003;85(2):348-62.
11. Fouladchang M, Hasannia S. The Effectiveness of Emotional Regulation on Happiness and Self - Efficacy of Female- Headed Households. Women and society journal. 2014;20(20):89-106.
12. Mouton A, Hansenne M, Delcour R, Cloes M. Emotional Intelligence and Self-Efficacy Among

- Physical Education Teachers. *Journal of Teaching in Physical Education*. 2013; 32: 342-354.
13. Molero Jurado MDM, Pérez-Fuentes MDC, Oropesa Ruiz NF, Simón Márquez MDM, Gázquez Linares JJ. Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Perceived Stress in Nursing Professionals. *Medicina (Kaunas)*. 2019 Jun 1;55(6):237.
 14. Nikdanesh M, Davazdah Emami M H, Gheydari M E, Bakhtiyari M, Mohamadi A. Emotion regulation ,mindfulness and existential anxiety in patients with cardiovascular diseases: a comparative study. *Studies in Medical Sciences* 2017; 28 (6) :384-393.
 15. Kazemi Rezaei S V, Kakabraee K, Hosseini S S. The Effectiveness of Emotion Regulation Skill Training Based on Dialectical Behavioral Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Quality of Life of Patients With Cardiovascular Diseases. *J Arak Uni Med Sci* 2019; 22 (4) :98-111.
 16. Cheng MY, Zhang RX, Wang MJ, Chang MY. Relationship between cognitive emotion regulation strategies and coronary heart disease: an empirical examination of heart rate variability and coronary stenosis. *Psychol Health*. 2022 Feb;37(2):230-245.
 17. Mohamadiheris V SA, Khademi A, Zeynali A, Safai N. The effectiveness of emotion regulation training on reducing chronic pain, resilience, and self-care in patients with coronary artery occlusion. *Nurs Midw J*. 2021;19(8):610-20.
 18. Khodayarifard M, Manzari Tavakoli V, Farahani H. Reliability and Validity of the Persian Version of Emotional SelfEfficacy Scale. *Journal of Psychology*, 2012, 16 : 70-83.
 19. Luque B, Castillo-Mayén R, Cuadrado E, Gutiérrez-Domingo T, Rubio SJ, Arenas A, et al. The Role of Emotional Regulation and Affective Balance on Health Perception in Cardiovascular Disease Patients According to Sex Differences. *J Clin Med*. 2020 Sep 30;9(10):3165.
 20. Meyer FA, von Känel R, Saner H, Schmid JP, Stauber S. Positive affect moderates the effect of negative affect on cardiovascular disease-related hospitalizations and all-cause mortality after cardiac rehabilitation. *Eur J Prev Cardiol*. 2015 Oct;22(10):1247-53.
 21. Farhane-Medina NZ, Castillo-Mayén R, Luque B, Rubio SJ, Gutiérrez-Domingo T, Cuadrado E, et al. A Brief mHealth-Based Psychological Intervention in Emotion Regulation to Promote Positive Subjective Well-Being in Cardiovascular Disease Patients: A Non-Randomized Controlled Trial. *Healthcare (Basel)*. 2022 Aug 28;10(9):1640.
 22. Sanjuán P, Montalbetti T, Pérez-García AM, Bermúdez J, Arranz H, Castro A. A Randomised Trial of a Positive Intervention to Promote Well-Being in Cardiac Patients. *Appl Psychol Health Well Being*. 2016 Mar;8(1):64-84.
 23. Campos J, Campos R, Barrett K. Emergent Themes in the Study of Emotional Development. *Developmental Psychology*. 1989;25:394-402.
 24. Sabzaligol. M, Kazemi., AS. Comparing cognitive emotion regulation in two male groups; suffering from cancer and cancer free subjects. *Med Sci J*. 2016;26(4):256-63.
 25. Wang H, Wei Z, Li X, Li Y. Efficacy of Emotion Regulation for Patients Suffering from Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Iran J Public Health*. 2017 Jan;46(1):50-54.

Investigating the effect of emotion regulation training program on Emotional self-efficacy of patients with chronic heart failure: a randomized clinical trial

Fatemeh kalij¹, Mohammad Akbari^{*2}, Mousa Alavi³, Vajihe Atashi⁴

Received: 2024.07.31

Accepted: 2024.10.06

1. MSc, Department of Psychiatric Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychiatric Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. Professor, Department of Psychiatric Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Adult Health Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.13, No.3&4, Fall & Winter 2024

J Educ Ethics Nurs 2024;13(3&4):127-136

Abstract:

Introduction: Heart failure patients experience a lot of emotional and psychological distress in the course of treatment and self-care, which affects all aspects of their lives. One of the basic challenges that affects most heart failure patients is the reduction of emotional self-efficacy. The present study was conducted with the aim of determining the effect of the emotion regulation program on the emotional self-efficacy of patients with chronic heart failure.

Materials and Methods: In this randomized clinical trial study; 70 patients with chronic heart failure were randomly selected into two test groups (35 people) and control (35 people). In the test group, the emotion regulation program was conducted in 6 sessions. The data collection tool was based on the demographic characteristics form and the emotional self-efficacy questionnaire of Beverly et al., which was completed by the patients in three stages before the intervention, immediately and one month after the intervention. The data were analyzed by SPSS software version 22 with descriptive and inferential statistical tests. The significance level in these tests was $P < 0.05$.

Results: The results showed that the average resilience score in the test group before, immediately and one month after the intervention was 24.29 ± 12.82 , 90.37 ± 6.49 and 85.63 ± 7.77 , respectively. From a statistical point of view, there was a significant difference ($P < 0.001$), while in the control group, the average resilience score during the mentioned time was 37.97 ± 25.10 , 19.54 ± 14.80 , and 20.82 ± 20.80 , respectively. It was observed that 31.20% was not statistically significant; ($P < 0.05$), in other words, the emotion regulation program has increased the emotional self-efficacy score in the test group compared to the control group.

Conclusion: The emotion regulation program is effective in improving emotional self-efficacy in patients with chronic heart failure; therefore, it is suggested that this intervention be provided for patients with chronic heart failure in a practical way by nurses working in the centers.

Keywords: Emotion Regulation, Emotional Self-efficacy, Heart Failure

* Corresponding author Email: mohammadakbari@nm.mui.ac.ir