

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

Gita Afrookhteh¹, *Mokhtar Arefi², Keyvan Kakabarayee³

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: marefi@iauksh.ac.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 (Varsharbut, 1992), cognitive emotion regulation (Garneschi et al., 2001), five factors of the Neo character (Costa and McCrae, 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.

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

گیتا افروخته^۱، *مختار عارفی^۲، کیوان کاکابرابی^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.
 *رایانامه نویسنده مسئول: m.arefi@iauksh.ia.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۹ اسفند ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۵ خرداد ۱۳۹۸

چکیده

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

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. نمونه آماری را ۲۵۰ نفر از بیماران قلبی بستری و سرپایی سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۷ شهر همدان تشکیل دادند که با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (وارشویون، ۱۹۹۲)، تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱)، پنج‌عاملی شخصیت نتو (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲) و آزمون امید به زندگی (میلر و پاورز، ۱۹۸۸) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۲۲ و AMOS-22 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میان متغیرهای امید به زندگی و ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم هیجان به ترتیب با ضرایب استاندارد ۰/۷۵ و ۰/۶۳ و ۰/۳۷، با متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای یک درصد رابطه معنادار وجود دارد ($p < ۰/۰۱$). با انجام برازش مدل معادله ساختاری و برازش مدل نهایی، شاخص‌های برازش به ترتیب برای مجذور خی به دست آمد. همچنین مقدار شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI) ۰/۵۷۸ و ریشه میانگین مربع‌های خطای برآورد (RMSEA) ۰/۰۴۵ محاسبه شد. این مقادیر با وجود معناداری آماره مجذور خی، نشان‌دهنده 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، امید به زندگی، تنظیم هیجانی، بیماران قلبی.

بیماری‌های قلبی عروقی از علل عمده‌تر مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه است. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰، بیماری‌های قلبی سالانه 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 عرصه بهداشت و درمان به‌خود اختصاص داده است. به دلیل تأثیر منفی این بیماری بر توانایی انجام فعالیت‌های معمول زندگی، بیماران مبتلا، کیفیت زندگی ضعیفی دارند. با توجه به اطلاعات سازمان بهداشت جهانی، بیماری‌های قلبی عروقی 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 ۳۹ درصد است (۱). امید به زندگی از مباحثی است که می‌تواند با کیفیت زندگی بیماران قلبی مرتبط باشد. در واقع امید به زندگی، نیرویی درونی تعریف شده که می‌تواند باعث غنای زندگی شود. فقدان امید به زندگی و هدف‌دار نبودن آن منجر به کاهش کیفیت و ایجاد باورهای یأس‌آور می‌شود. جهت‌یابی آینده، انتظارات مثبت، هدف‌مندی، واقع‌گرایی، تنظیم اهداف و ارتباط‌های درونی از ویژگی‌های مهم امید به زندگی هستند. در بیماری‌های قلبی عروقی، بیان یا سرکوب هیجان‌ها از جمله 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 آسیب‌شناسی روانی را از منظر رویکردهای نظری متنوع تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و به فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که به افراد اجازه 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 عاطفی اجتماعی و رفتارهای بین‌فردی یا شغلی، تأثیر می‌گذارد (۴). شخصیت را بر مبنای 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. در واقع چنین فرض می‌شود که در موقعیت‌های مختلف، حالت بارز پرخاشگری، درون‌گرایی است. این‌گونه برداشت از شخصیت، در محدوده تیپ‌شناسی می‌گنجد (۵). مهرداد صدر و همکاران (۶) با بررسی رابطه 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 امید به زندگی را در پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی در بین دانشجویان ارزیابی کردند. این تحقیق نیز با پژوهش حاضر فقط در متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و

امید به زندگی و سرسختی مشابهت دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین امید به زندگی، برون‌گرایی، سازش‌پذیری و با وجدان بودن با سرسختی رابطه مثبت معنادار و بین روان‌رنجورخویی و پذیرا بودن در قبال تجارب و سرسختی، رابطه منفی معناداری مشاهده می‌شود. تحلیل رگرسیون نیز بیان داشت متغیرهای امید به زندگی و پنج عامل شخصیتی نئو برون‌گرایی، سازش‌پذیری، با وجدان بودن بیشتر، روان‌رنجورخویی و پذیرا بودن در قبال تجارب کم، سرسختی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند. نتایج به‌طور کلی مشخص کردند که ویژگی‌های شخصیتی و امید به زندگی دارای نقش مهمی در سرسختی روان‌شناختی دانشجویان است. شبانی و همکاران (۸) در مطالعه‌ای دریافتند که بین ابعاد پنج‌گانه شخصیت (نوروزگرایی، برون‌گرایی) و کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار وجود دارد. عزیززاده گورادل و همکاران (۹) نشان دادند بیماران کرونری قلب در مقایسه با گروه شاهد، کیفیت زندگی نامطلوب و هیجان منفی بیشتری داشتند و ۲۶ درصد از تغییرات مربوط به بیماری کرونری قلبی توسط متغیرهای با نشاط بودن، هیجان منفی، درد جسمی و محدود بودن جسمی تبیین شد. از طرفی با توجه به نتایج تحلیل واریانس، مشخص شد زنان در تمام ابعاد کیفیت زندگی نمرات کمتری در مقایسه با مردان به‌دست آوردند. شیخی و همکاران (۱۰) تیپ شخصیتی و جهت‌مندی زندگی و میزان امیدواری را در بیماران کرونری 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؛ به این معنا که میانگین تیپ شخصیتی درمانده در افراد عادی است. در اکثر پژوهش‌ها مشاهده شده است که شرکت‌کنندگان بیماران قلبی، کیفیت زندگی و امید به زندگی 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 امید به زندگی آن‌ها نشان داده شد؛ اما به‌طور کلی 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. با توجه به مطالب مذکور هدف از پژوهش حاضر بررسی مدلی برای تعیین روابط ساختاری ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی و امید به زندگی با میانجیگری تنظیم هیجانی در بیماران قلبی و چارچوب «الگوی علی» بود.

۲ روش بررسی

این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را تمامی بیماران قلبی بستری و سرپایی از فروردین ۱۳۹۷ 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

بستری و کلینیک بازتوانی بیمارستان مرکز قلب همدان که در بازه زمانی ماه‌های فروردین ۱۳۹۷ تا خرداد ۱۳۹۷ جراحی و بستری و درمان سرپایی را انجام داده و نیز سایر شرایط ورود به مطالعه حاضر را داشتند، با روش نمونه‌گیری دردسترس، ۲۵۰ نفر انتخاب شده و پرسشنامه‌های مربوط را تکمیل کردند. این پژوهش به روش میدانی و کتابخانه‌ای صورت گرفت. به این شکل که در روش میدانی با استفاده از ابزار پرسشنامه و توزیع آن در بیماران قلبی عروقی داده‌های لازم جهت تحلیل و بررسی گردآوری و در روش کتابخانه‌ای به سبک فیش برداری از کتب مربوط و همچنین استفاده از مقالات معتبر علمی و سایت‌ها و فصلنامه‌های علمی پژوهشی 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 از طریق 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: پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶): 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 دهه سنی ۱۵ سال به بعد هنجاریابی شد. ضریب پایایی گزارش شده برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بود؛ اما خرده‌مقیاس سرزندگی ۰/۶۵ به دست آمد. در مجموع یافته‌ها نشان دادند نسخه 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. دامنه نمرات افراد در این آزمون بین نمره صفر (کمترین نمره و بیانگر کیفیت زندگی نامطلوب) و نمره صد (بیشترین نمره و بیانگر کیفیت زندگی مطلوب) قرار می‌گیرد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه مذکور را گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) تدوین کردند. این پرسشنامه چندبعدی و ابزاری خودگزارشی است که ۳۶ ماده و فرم ویژه بزرگسالان و کودکان دارد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان، نه راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و سلامت دیگران را ارزیابی می‌کند. گارنفسکی 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 یک عامل می‌پردازد، گزارش کردند. فرم فارسی این مقیاس توسط سامانی و جوکار (۱۳) اعتباریابی شد. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ به دست آمده است (۱۴).

پرسشنامه پنج‌عاملی شخصیت نئو: در سال ۱۹۹۲ کاستا و مک‌کری

این پرسشنامه را تهیه کردند. این پرسشنامه فرم کوتاهی به نام (NEO-FFI) دارد که پرسشنامه‌های 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 گزارش شده بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ (میانگین ۰/۸۱) متغیر است. ضریب آلفای محاسبه‌شده برای روان‌رنجورخویی ۰/۸۵، برون‌گرایی ۰/۷۲، گشودگی به تجربه ۰/۶۸ و وجدانی بودن ۰/۷۹ به دست 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 علوم پزشکی این دو شهر صورت گرفت و ضریب آلفای پنج بُعد اصلی بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش شد. ضرایب آلفای کرونباخ در هریک از عوامل اصلی روان‌آزردگی خوبی، برون‌گرایی، بازبودن، سازگاری و با وجدانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد (۱۶).

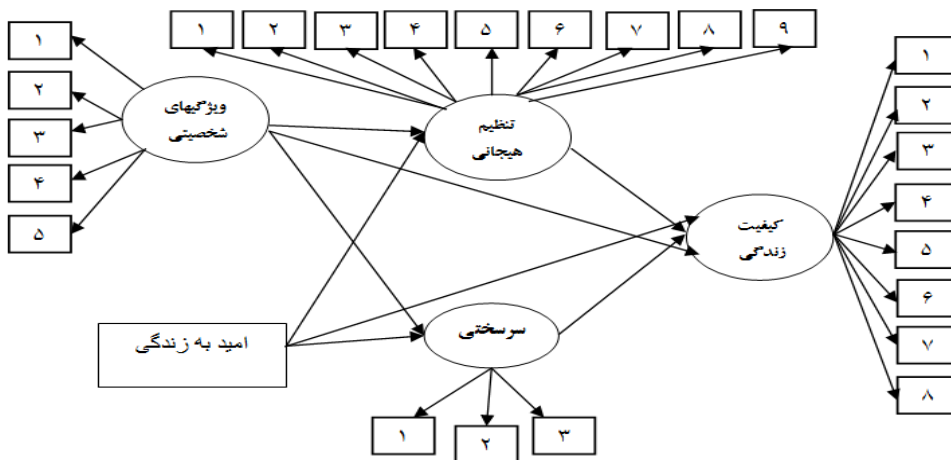
پرسشنامه امید به زندگی میلر (MHS): میلر و پاورز در سال ۱۹۸۸ پرسشنامه را ساختند که از نوع آزمون تشخیصی بوده و ۴۸ جنبه از حالت‌های امید و درماندگی دارد. ارزش نمره هر جنبه از یک تا پنج متغیر است. ضریب پایایی گزارش شده برای پرسشنامه امید به زندگی میلر با روش ضریب آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۴ محاسبه شده است. برای محاسبه روایی، نمره آن با نمره سؤال ملاک همبسته و مشخص شد که رابطه معناداری بین نمره آن‌ها وجود دارد ($p=0/01$ و $r=0/35$). برای تعیین روایی پرسشنامه امید به زندگی، نمره آن با نمره سؤال ملاک همبسته و مشخص شد رابطه مثبت معناداری بین نمره آن‌ها وجود دارد ($p=0/007$ و $r=0/48$) که بیانگر برخورداری پرسشنامه امید به زندگی میلر از روایی لازم است. بر اساس محاسبات انجام‌شده میزان آلفای کرونباخ این پژوهش در رابطه با سبک دل‌بستگی و خودکارآمدی و امید به زندگی به ترتیب برابر با ۰/۸۱۲، معادل ۸۱/۲ درصد و ۰/۷۹۴، یعنی تقریباً ۷۹ درصد و ۰/۸۴۳، معادل ۸۴/۳ درصد بوده است. از آنجاکه اعتبار بیشتر از ۷۰ درصد و نزدیک به ۱۰۰ درصد، مطلوب و ضریب مطمئن بوده، می‌توان نتیجه گرفت آزمون از اعتبار خوبی برخوردار است (۱۷).

داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای تحلیل آماری SPSS نسخه ۲۲ و AMOS-22 و معادلات ساختاری نیز توسط نرم‌افزار مدل‌سازی AMOS-22 بررسی و تجزیه و تحلیل شدند. مدل اولیه 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 (آماره مجذور خی (CMIN))، شاخص‌های برازش مقتصد (ریشه میانگین مربعات خطای براورد (RMSEA))، شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI) و شاخص‌های برازش تطبیقی (شاخص‌های برازش تطبیقی (CFI)، بنتلر-بونت (NFI))، شاخص توکر-لوئیس (TLI)) محاسبه شدند. در صورتی که شاخص مجذور خی از لحاظ آماری معنادار نباشد، بر برازندگی مناسب الگو دلالت می‌کند؛

است. اگر بار عاملی کمتر از ۰/۳ باشد رابطه ضعیف بوده و بار عاملی بین ۰/۳ تا ۰/۶ متوسط و بزرگتر از ۰/۶ خیلی مطلوب است. در میان شاخص‌های برازش رایج در مدل‌های اندازه‌گیری اگر نسبت کای دو به درجه 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).

اما این شاخص در نمونه‌های بزرگتر معمولاً معنادار است و از این رو 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 هنجار شده و مقدار کوچکتر یا مساوی ۰/۰۵ برای شاخص RMSEA بر برازندگی مناسب دلالت دارند. مدل اندازه‌گیری بیانگر بارهای عاملی متغیرهای مشاهده شده برای هر متغیر



شکل ۱. مدل نظری پژوهش

میانجیگری تنظیم هیجانی بررسی شدند. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان از قبیل رده سنی، وضعیت جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد، وضعیت بیماری و سابقه بیماری قبلی، در جدول ۱ آورده شده است.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش، ۲۵۰ بیمار قلبی جهت بررسی مدلی برای تعیین روابط ساختاری ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی و امید به زندگی با

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

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

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

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

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^۱ (SEM): در مدل ساختاری (SEM)، متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و امید به زندگی 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 به دست آمد که شاخص‌های برازش به ترتیب برای مجذور خی با مقدار $p=۰/۰۰۳$ و $NPAR=۳۲$ و $(TLI=۰/۳۱۴)$ ، شاخص توکر-لویس $(CMIN=۹۷۸/۸۹۶)$ ،

^۱. Structural Equation Modeling (SEM)

با انجام برازش مدل معادله ساختاری و برازش مدل نهایی شاخص‌های
 برازش به ترتیب برای مجذور خی با مقدار $p=0/056$ و $NPAR=67$ و
 و $(CMIN=632/752)$ ، شاخص توکر-لویس $(TLI=0/996)$ ،
 شاخص برازش تطبیقی $(CFI=0/935)$ و شاخص بنتلر-بونت برابر
 $(NFI=0/962)$ به دست آمد. از سویی مقدار شاخص برازش مقتصد
 هنجار شده $(PNFI)$ برابر $0/578$ و نیز ریشه میانگین مربعات خطای
 برآورد $(RMSEA=0/045)$ محاسبه شد. این مقادیر با وجود
 معناداری آماره 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
امید به زندگی (o)	← -	هیجان تنظیم (Excitant)	0/002	-0/698	0/485
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	← -	هیجان تنظیم (Excitant)	0/018	1/562	0/118
امید به زندگی (o)	← -	کیفیت زندگی (Quality life)	0/007	7/790	<0/001
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	← -	کیفیت زندگی (Quality life)	0/062	5/343	<0/001
(Excitant) تنظیم هیجان	← -	کیفیت زندگی (Quality life)	0/183	4/246	<0/001
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	← -	وظیفه‌شناسی (N5)	0/47	10/25	<0/001
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	← -	توافق (N4)	0/082	4/007	<0/001
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	← -	تجربه‌پذیری (N3)	0/243	7/679	<0/001
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	← -	برونگرایی (N2)	0/110	2/975	0/003
(personal) ویژگی‌های شخصیتی	← -	روان‌رنجوری (N1)	0/126	468/3	<0/001
(Excitant) تنظیم هیجان	← -	تنظیم‌شناختی مثبت (H1)	0/289	5/364	<0/001
(Excitant) تنظیم هیجان	← -	سرزنش خود (H2)	0/185	4/710	<0/001
(Excitant) تنظیم هیجان	← -	سرزنش دیگران (H3)	0/318	4/943	<0/001
(Excitant) تنظیم هیجان	← -	تنظیم‌شناختی منفی (H4)	239	-3/025	0/002
(Excitant) تنظیم هیجان	← -	نشخوار فکری (H5)	0/297	0/157	0/875
(Excitant) تنظیم هیجان	← -	فاجعه‌آمیز کردن (H6)	0/184	-0/521	0/602
(Excitant)	← -	پذیرش	0/322	3/391	<0/001

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

۴ بحث

ششسانی و همکاران (۸) و نیز علیزاده گورادل و همکاران (۹) همسوسست. در تبیین این نتایج می توان گفت بیماری های قلبی عروقی در حال حاضر در رأس تمامی علل مرگ و میر در دنیا و نیز در کشور ما قرار می گیرند. این بیماری علت مهم تر در ناتوانی و مرگ در جهان معرفی شده است. در ایجاد بیماری های قلبی عروقی عوامل زیادی از جمله فشارخون زیاد، چربی خون زیاد، اضافه وزن و چاقی، مصرف دخانیات، دیابت، فعالیت فیزیکی ناکافی و رژیم غذایی نامناسب دخالت دارد. در مقایسه با بیماری های مزمن دیگر تأثیر بسیار شدیدتری بر کیفیت زندگی بر جای می گذارد و موجب تخریب نقش های عملکردی فرد در روابط اجتماعی و خانوادگی و زناشویی و در نهایت عملکرد حرفه ای می شود (۱۸). از طرفی عوامل رفتاری می تواند در گسترش بیماری قلبی عروقی مؤثر باشد؛ حتی در برخی مقالات، ویژگی های شخصیتی را در کنار عوامل خطر کلاسیک بیماری های قلبی قرار داده اند. دانستن ویژگی های شخصیتی دارای اهمیت است؛ زیرا دارای رابطه نزدیکی با واکنش فرد در برابر اضطراب است. این فرضیه وجود دارد که اضطراب و هیجان های

هدف از انجام پژوهش حاضر به دست آوردن معادلات ساختاری ویژگی های شخصیتی و کیفیت زندگی و امید به زندگی با میانجیگری تنظیم هیجانی روان شناختی 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 می سازد. به همین دلیل شناسایی و بررسی عوامل خطر ساز زیستی و روان شناختی و پیشگیری و درمان در این حیطه ضروری به نظر می رسد. امروزه علاوه بر کشیدن سیگار، بیماری های غیر واگیر مانند کلسترول زیاد، دیابت، فشارخون، چاقی و نداشتن تحرک و ورزش، عواملی مانند تیپ شخصیتی، امیدواری، تنظیم هیجان و تأثیر پذیری از اضطراب های روزمره، عامل مؤثری در بیماری های قلبی شناخته می شوند. نتایج این پژوهش نشان داد بین ویژگی های شخصیتی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی، به واسطه تنظیم هیجانی ارتباط معناداری وجود دارد. این تحقیق با پژوهش های مهرداد صدر و خسرو راد (۶) و

منفی واسطه‌گر واکنش‌هایی بوده که منجر به تغییرات فیزیولوژیکی و تضعیف سلامتی و بروز بیماری‌هایی از جمله 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 تحت تأثیر 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). در همین راستا می‌توان گفت از یک سو استفاده از راهکارهای سازگارانه جهت تنظیم هیجان‌ها، در تعدیل اضطراب‌های ادراکی مؤثر بوده و مانع از ابتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود. از طرف دیگر، 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 قلبی عروقی می‌کند (۲۱). نتایج مطالعات مهرداد صدر و خسرو راد (۶) و شبانی و همکاران (۸) و نیز عزیززاده 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 رابطه 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. به‌طور کلی 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 در نتیجه کیفیت زندگی بهتری را تجربه خواهد کرد؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد بین ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی به‌واسطه تنظیم هیجانی ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین ویژگی‌های شخصیتی و امید به زندگی 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 ۵۰ درصد از بروز بیماری‌های قلبی عروقی 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 به‌وجود آمدن احساس نشاط و شادی، وجود امید درقبال خود و زندگی و آینده است و احساس اضطراب یا نگرانی در زندگی با امیدنداشتن به آینده رابطه مستقیم دارد. امیدواری به یاری خداوند در وضعیت مشکل‌زا، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا همگی از جمله روش‌هایی بوده که بیماران با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث آسیب‌رسان و امراض مزمن فشار کمتری را متحمل شوند (۲۳). امید به زندگی و ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم هیجانی از عوامل بسیار مهم روان‌شناختی دخیل در بیماری‌های قلبی عروقی 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 کنج‌کاری خود را برانگیزد. افرادی که در مؤلفه کنترل قوی هستند، رویدادهای زندگی را پیش‌بینی‌پذیر و کنترل‌شدنی می‌دانند و اعتقاد داشته که قادرند با تلاش اتفاق‌های رخ داده در اطرافشان را تحت تأثیر قرار دهند. این افراد از عهده کنترل و تنظیم هیجان‌اتشان بر خواهند آمد. مبارزه‌جویی نیز باور به این امر بوده که تغییر، جنبه 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 نحوه مقابله با رویدادهای زندگی و میزان خوش‌بینی و امیدواری به روند زندگی، رابطه معناداری دارد. در مجموع 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 روحیه 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 امید به زندگی در بیماران قلبی، به‌واسطه تنظیم هیجانی ارتباط معناداری وجود دارد. از محدودیت‌های این پژوهش گردآوری داده‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس 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

به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که متغیرهای امید به زندگی و ویژگی‌های شخصیتی و تنظیم هیجان با متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای یک درصد رابطه معنادار دارد. وجود ارتباط معنادار بین عوامل شخصیتی و عوامل قلبی زمینه‌ساز برای ابتلا به بیماری عروق کرونر و

شخصیتی، آموزش در زمینه‌های راهکارهای افزایش امید به زندگی، 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.

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 تشدیدکننده بیماری عروق کرونر قلب اقدام‌های پیشگیرانه لازم از طریق ارائه راهکارها و الگویی برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش رفتارهای خطرناک فراهم شود. با توجه به یافته‌های این تحقیق آموزش مهارت‌های زندگی (کنترل اضطراب)، اصلاح تیپ

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](https://doi.org/10.1016/S0191-3085(01)23008-1)
5. Pervin LA, John OP. *Pervin LA, John OP. Personality: Theory and research.* Eight edition. New York, USA: John Wiley 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, Ahmadvpour 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, Banehashmishishevan 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.iuims.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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1097/00006199-198801000-00002)

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](https://doi.org/10.29252/ijn.30.105.23)
19. Eshraghi S, Khamosan A, Dastjerdy R, Vejdani M, Kazemi T. Personality traits of patients with myocardial infarction: 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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.iuums.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]