



Structural model of Quality of Life Based on Emotion Regulation Strategies and Metacognitive Beliefs with the Mediating Role of Alexithymia in Patients with Heart Failure

Zahra Pouramini Pirjel¹ , Masoud Bagheri^{2*} , Ghasem Askarizadeh³

1. Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran. Email: zpouramini@ens.uk.ac.ir
2. **Corresponding Author**, Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran. Email: mbagheri@uk.ac.ir
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran. Email: askarizadeh@uk.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 01 Mar 2025
Revised: 24 May 2025
Accepted: 22 Jun 2025
First Published: 02 Dec 2025

Keywords:
Alexithymia, Emotion Regulation Strategies, Heart Failure, Metacognitive Beliefs, Quality of life.

ABSTRACT

The aim of the present study was to examine the quality of life of patients with heart failure based on metacognitive beliefs and emotion regulation strategies, with the mediating role of alexithymia. The present research employed a descriptive-correlational methodology. The statistical population consists of all individuals who sought treatment from cardiologists in Kerman for heart failure during the year 2024. A total of 300 patients (180 women and 120 men) were selected through convenience sampling. Data collection was carried out using the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), the short form of the Metacognitive Beliefs Questionnaire by Wells (MCQ-30), the Emotion Regulation Questionnaire by Gross and John (ERQ), and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). The data were analyzed using structural equation modeling with SPSS version 24 and AMOS version 24. The results indicated that emotion regulation strategies (reappraisal and suppression), metacognitive beliefs, and alexithymia predict the quality of life of patients. Moreover, emotion regulation strategies (reappraisal and suppression) and metacognitive beliefs, with the mediating role of alexithymia, predict the quality of life of patients. Consequently, the model had an appropriate fit. Ultimately, focusing on metacognitive beliefs, emotion regulation strategies, and alexithymia through training and counseling can help patients better adapt to their condition and improve their quality of life.

Cite this article: pouramini pirjel, Z. , Bagheri, M. and askarizadeh, G. (2025). Structural model of Quality of Life Based on Emotion Regulation Strategies and Metacognitive Beliefs with the Mediating Role of Alexithymia in Patients with Heart Failure. *Journal of Applied Psychological Research*, (In Press / Accepted Manuscript), doi: 10.22059/japr.2025.391289.645175



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.391289.645175>

© The Author(s).

Structural model of Quality of Life Based on Emotion Regulation Strategies and Metacognitive Beliefs with the Mediating Role of Alexithymia in Patients with Heart Failure

Extended Abstract

Aim

Heart failure is one of the most prevalent cardiovascular disorders and is considered a debilitating and progressive disorder. Patients with heart failure often experience limitations in performing daily activities, which significantly reduce their quality of life. Quality of life, as a multidimensional indicator, includes physical, psychological, social, and environmental dimensions and reflects the extent to which an individual perceives overall life satisfaction (Neves et al., 2023). The concept of metacognitive beliefs is one of the influential psychological components that can play a fundamental role in improving the quality of life of patients with heart failure (Ali Mohammad et al., 2020). An individual with impaired emotion regulation, in addition to difficulties in modulating emotions and cognitively processing emotional information (Di Tella et al., 2020), lacks the ability to manage and attenuate negative emotions in response to stressful life events; therefore, emotion regulation emerges as a critical factor influencing quality of life (Panayiotou et al., 2021). Alexithymia is a relatively stable and negative personality trait, characterized by diminished emotional awareness and a tendency toward objective thinking (Taylor and Bagby, 2021). Such rigid cognitive patterns can adversely impact individuals' quality of life. The primary objective of the present study is to investigate the quality of life of patients with heart failure, based on metacognitive beliefs and emotion regulation strategies, with alexithymia serving as a mediating variable.

Methodology

The present study is descriptive-correlational in nature and seeks to identify the factors associated with the quality of life in individuals diagnosed with heart failure. The statistical population consists of all individuals who sought treatment from cardiologists in Kerman for heart failure during the year 2024. The sample size was determined using the available sampling method, resulting in the selection of 300 participants for inclusion in the research. Data collection was carried out utilizing four standardized and validated questionnaires: the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) by World Health Organization (1996), the short form of the Metacognitive Beliefs Questionnaire (MCQ-30) by Wells and Cartwright-Hatton (1997), the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) by Gross and John (2003), and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) by Bagby et al (1994). Inclusion criteria required obtaining full informed consent, a heart disease diagnosis confirmed by a physician, and the ability to communicate effectively. Conversely, exclusion criteria included refusal to participate, incomplete questionnaire responses, or the provision of uniform answers across all items. The gathered data from the four questionnaires were analyzed using structural equation modeling, with the aid of two statistical software programs: SPSS version 24 and AMOS version 24. This methodological approach facilitated a comprehensive analysis of the relationships between the studied psychological and emotional factors, providing deeper insights into their impact on the quality of life of patients with heart failure.

Findings

The results indicated a significant correlation between the research variables.

Table 1. Standardized Indirect and Total Effects of Variables on Each Other

Direct Path	Direct Effect	T	Sig	Indirect Effect	Total Effect
Positive Beliefs About Worry → Quality of Life	-0.019	-0.295	0.768	0.270	0.270
Need for Thought Control → Quality of Life	-0.008	-0.125	0.901	-0.127	-0.127
Cognitive Self-Consciousness → Quality of Life	0.011	0.160	0.873	0.276	0.276
Emotion Regulation (Suppression) → Quality of Life	0.029	0.521	0.603	0.139	0.139
Emotion Regulation (Reappraisal) → Quality of Life	0.085	1.146	0.252	0.400	0.400
Alexithymia → Quality of Life	-0.811	-7.454	0.001	—	-0.811

The findings suggest that positive beliefs about worry exert a slight direct negative effect on quality of life; however, their indirect influence through other variables is positive. Negative beliefs about thought control and cognitive uncertainty show weak negative effects, suggesting a minimal impact on patients' overall well-being. The need for thought control demonstrates a negligible direct negative effect, while

cognitive self-consciousness exerts a positive influence on quality of life. Emotion regulation strategies play a significant role; suppression exerts a modest positive direct impact, while reappraisal has a more pronounced positive effect. This finding suggests that actively reappraising stressful situations enhances well-being more effectively than emotion suppression. Alexithymia, characterized by difficulty in identifying and expressing emotions, exerts the most substantial negative effect on quality of life. Its high negative coefficient indicates that emotional awareness is essential for managing the psychological challenges associated with heart failure. Patients with alexithymia are likely to experience difficulties in emotional adaptation, which may contribute to diminished overall well-being. Additionally, the indirect effects confirm the mediating role of alexithymia in the relationship between emotion regulation and cognitive factors, reinforcing the importance of emotional awareness in improving quality of life. Psychological interventions targeting improved emotion regulation and restructuring of maladaptive metacognitive beliefs may offer substantial benefits for patients.

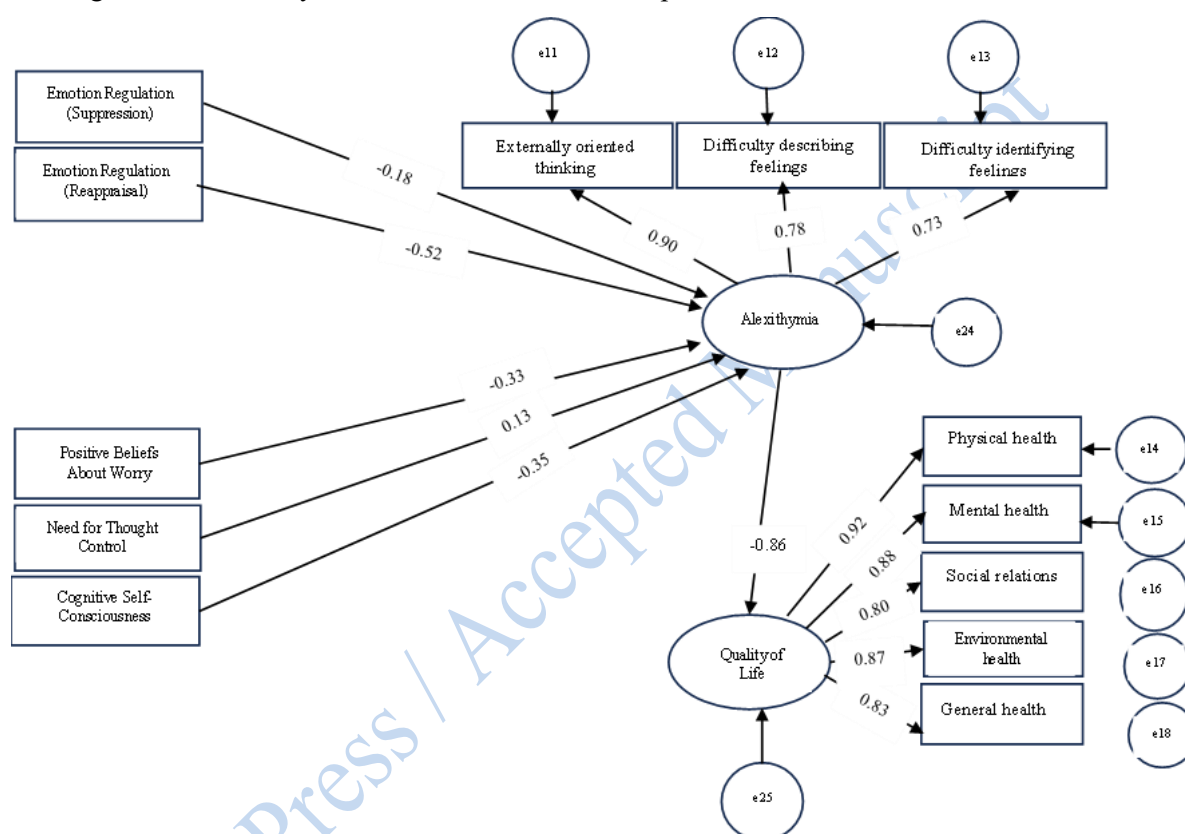


Figure 1. Final figure model

Conclusion

The results of the study revealed a significant correlation between the research variables, indicating that the associations between the predictor variables and the criterion variable follow a predominantly linear pattern. This suggests that emotion regulation strategies, metacognitive beliefs, and alexithymia interactively contribute to the psychological well-being and quality of life of patients with heart failure. The analysis highlights the direct impact of emotion regulation strategies—particularly cognitive reappraisal and emotional suppression—on patients' quality of life. Suppression may confer short-term benefits for stabilizing physiological responses and preserving emotional composure, thereby aiding patients in managing the stress associated with heart failure. However, prolonged reliance on suppression is associated with increased psychological distress, perpetuating maladaptive emotional patterns that may lead to adverse mental health outcomes (Abdi & Sadeghi, 2024). In contrast, reappraisal is consistently associated with improved emotional processing and a reduction in alexithymia, thereby promoting overall well-being (Raeisshahraki & Shakarami, 2025). Metacognitive beliefs exert a strong influence on mental health, with maladaptive beliefs intensifying emotional

dysregulation and exacerbating psychological distress (Havnen et al., 2024). Furthermore, alexithymia serves as a mediating factor in these relationships, underscoring the critical role of emotional awareness in psychological adaptation (Shahi & Zadeh Mohammadi, 2024). Psychological interventions aimed at modifying metacognitive beliefs and fostering adaptive emotion regulation strategies have the potential to significantly improve patient outcomes by enhancing emotional resilience and promoting effective coping mechanisms. Given that the sample of the present study consists of heart failure patients referred to specialized cardiology centers in Kerman province, the results may not be generalizable to other populations. Additionally, the use of self-report tools by patients may be influenced by cognitive or social biases, potentially affecting the results. Future research could enhance generalizability by sampling from different geographical regions and diverse populations. Furthermore, investigating how the severity of heart failure impacts the relationship between emotion regulation strategies and metacognitive beliefs with quality of life could be valuable. In this regard, conducting in-depth interviews with patients to gain a deeper understanding of their experiences with alexithymia and its impact on their quality of life is recommended.

Keywords: Alexithymia, Emotion Regulation Strategies, Heart Failure, Metacognitive Beliefs, Quality of Life.

Ethical Considerations

This article is extracted from the Master's thesis of the first author and has been approved by the Ethics Committee under the code of IR.KMU.REC.1404.129. Ethical considerations were adhered to in accordance with established research ethics principles throughout the study.

Acknowledgments and Funding

We extend our sincere gratitude to all the officials and participants involved in this research. This study did not have any funds.

Conflict of Interest

The authors declare no conflicts of interest related to this research.



مدل ساختاری کیفیت زندگی براساس راهبردهای تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی با نقش میانجی ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

زهرا پورامینی پیرجل^۱، مسعود باقری^{۲*}، قاسم عسکری زاده^۳

^۱. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران. رایانامه: zpouramini@ens.uk.ac.ir

^۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران. رایانامه: mbagheri@uk.ac.ir

^۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران. رایانامه: askarizadeh@uk.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۰۱

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۰۹/۱۱

کلیدواژه‌ها:

باورهای فراشناختی، راهبردهای تنظیم هیجان، کیفیت زندگی، نارسایی قلبی، ناگویی هیجانی.

هدف پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی براساس باورهای فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان با نقش میانجی ناگویی هیجانی بود. د روش تحقیق حاضر توصیفی از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را بیماران با نارسایی قلبی که در سال ۱۴۰۳ به کلینیک‌ها و مطب‌های متخصصین قلب شهر کرمان مراجعه کرده‌اند، تشکیل دادند. تعداد ۳۰۰ نفر از این بیماران (۱۸۰ نفر زن و ۱۲۰ نفر مرد) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)، پرسشنامه کوتاه باورهای فراشناختی ولز (MCQ-30)، پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان گراس و جان (ERQ) و پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20) استفاده شد. داده‌های حاصل با اتکا به مدل‌سازی معادلات ساختاری و با دو نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج بیانگر آن بود که راهبردهای تنظیم هیجان به شیوه ارزیابی مجدد و سرکوبی، باورهای فراشناختی و ناگویی هیجانی کیفیت زندگی بیماران را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین راهبردهای تنظیم هیجان به شیوه ارزیابی مجدد و سرکوبی و باورهای فراشناختی با نقش میانجی ناگویی هیجانی، کیفیت زندگی بیماران را پیش‌بینی می‌کنند. در نتیجه مدل از برازش مناسب برخوردار بود. در نهایت تمرکز بر باورهای فراشناختی، راهبردهای تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی از طریق آموزش و مشاوره می‌تواند به بیماران کمک کند تا بهتر با وضعیت خود سازگار شوند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند.

استناد: پورامینی پیرجل، ز، باقری، م، و عسکری زاده، ق. (۱۴۰۴). مدل ساختاری کیفیت زندگی براساس راهبردهای تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی با نقش میانجی ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی ۱۰ (پذیرش شده). doi: 10.22059/japr.2025.391289.645175

ناشر: انتشارات دانشگاه

© نویسندگان.

تهران



DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.391289.645175>

۱. مقدمه

یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی-عروقی نارسایی قلب^۱ است که یک اختلال ناتوان‌کننده و پیش‌رونده در نظر گرفته می‌شود. نارسایی قلبی به معنای کاهش توانایی قلب در پمپاژ خون است. در این وضعیت، قلب نمی‌تواند خون کافی به سایر اعضای بدن برساند (پیامجریاکول و همکاران^۲، ۲۰۲۴). بیش از ۲۶ میلیون نفر را در سراسر جهان با نارسایی قلبی زندگی می‌کنند که با عوارض مرگ و میر بالا همراه است (کارلا و همکاران^۳، ۲۰۲۳). بیماران مبتلا به نارسایی قلبی معمولاً با محدودیت‌هایی در انجام فعالیت‌های روزمره مواجه هستند که به طور قابل توجهی کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد (معتدی‌منش و همکاران، ۱۴۰۳). علاوه بر این، حدود ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دوره‌هایی از افزایش علائم بیماری همراه با اضطراب متناوب را تجربه می‌کنند. احساس اضطراب می‌تواند علائم بیماری را تشدید کرده و به کاهش چشمگیر کیفیت زندگی منجر شود. همچنین، اضطراب یکی از عوامل مهم افزایش دفعات بستری شدن این بیماران در بیمارستان محسوب می‌شود (ریچنبرگ و همکاران^۴، ۲۰۲۰). کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص پویا و چندبعدی، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی را در بر می‌گیرد و به میزان ارزیابی فرد از رضایتمندی زندگی اشاره دارد (نوس و همکاران^۵، ۲۰۲۳). براساس تعریفی دیگر، این مفهوم به ادراک افراد از موقعیت‌های خود در زندگی مربوط می‌شود، در حالی که هدف‌ها، انتظارات، استانداردها و اولویت‌ها را با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی محل زندگی در نظر می‌گیرد (کوجیوس و همکاران^۶، ۲۰۲۴). این سازه نقشی مؤثر در تقویت سلامت جسمی، بهداشت روانی، روابط اجتماعی، زندگی خانوادگی و همچنین کارکردهای معنوی و حرفه‌ای ایفا می‌کند (هابیبوویس و همکاران^۷، ۲۰۲۵).

تاکنون مولفه‌های روانشناختی متعددی در حوزه نارسایی قلبی مطرح شده است. با این حال مفهوم روانشناختی باورهای فراشناخت^۸ از جمله مولفه‌های روانشناختی تاثیرگذاری است که می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی افراد با نارسایی قلبی نقش اساسی داشته باشد (علی‌محمد و همکاران، ۱۳۹۹). براساس نظریه فراشناختی، باورهای خاص درباره غیرقابل کنترل و خطرناک بودن افکار، به طور کلی پیش‌بینی‌کننده اختلالات روانشناختی هستند که مسئولیت هدایت و کنترل سندرم توجه شناختی را بر عهده دارند (احمدی‌صفا و مجیدی‌کیا^۹، ۲۰۲۳). مطالعات انجام شده نشان داده‌اند، باورهای فراشناختی تاثیر معنادار و مثبتی روی کیفیت زندگی افراد دارند و می‌توانند آن را تحت تاثیر قرار دهند (خدابخشی کولایی و همکاران، ۱۳۹۸). باورهای فراشناختی به اطلاعاتی که افراد در مورد شناخت خود و راهبردهای مقابله‌ای که بر آن تاثیر می‌گذارد اشاره دارد (ولز و متیوز^{۱۰}، ۱۹۹۶). همچنین طبق پژوهش‌های صورت گرفته، باورهای فراشناختی منفی به طور معنادار و مثبت علائم اضطراب و افسردگی را پیش‌بینی کردند. در نتیجه با توجه به رابطه منفی بین اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی افراد می‌توان به رابطه منفی بین باورهای فراشناختی منفی و کیفیت زندگی افراد اشاره کرد (کاپوبیانکو و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۰).

فردی که در تنظیم هیجان نارسایی و نقص دارد، علاوه بر عدم توانایی در تنظیم هیجانات و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی (دیتلا و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۰) در رویارویی با وقایع استرس‌زای زندگی توانایی کنترل و کاهش عواطف منفی خود را ندارد، بنابراین تنظیم هیجانی عامل اثرگذاری بر کیفیت زندگی افراد است (پانایوتو و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۱؛ لیوینگ استون و ایزاکوویتز^{۱۴}،

1. heart failure.

2. Piamjariyakul et al.

3. Carella et al.

4. Rechenberg & Redwine.

5. Neves et al.

6. Kougiou et al.

7. Habibovic et al.

8. metacognition beliefs.

9. Ahmadi-Safa & Majidi-Kia.

10. Wells & Matthews.

11. Capobianco et al.

12. DiTella et al.

13. Panayiotou et al.

14. Livingstone & Isaacowitz.

(۲۰۲۱). در همین راستا، مطالعات متعدد نشان داده‌اند که تنظیم هیجان با استفاده از شناخت و افکار، به طور اجتناب‌ناپذیری با کیفیت زندگی افراد مرتبط است و همچنین این فرایند به افراد کمک می‌کند تا هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا و پس از مواجهه با تجارب تحریک‌کننده، هیجانات خود را کنترل کنند (کزوبال و همکاران^۱، ۲۰۲۳). مطالعات و بررسی‌های روان‌شناختی نشان می‌دهند که تنظیم هیجانات نقش اساسی در زندگی، تعیین سلامتی و موفقیت در تعاملات اجتماعی دارد (دریکوند و همکاران، ۱۴۰۳)، که اغلب پیش از بروز رفتارها ظاهر می‌شود و به تطبیق فرد با محیط‌های فیزیکی، اجتماعی و روانشناختی کمک می‌کند. همچنین از طریق هماهنگی میان فرایندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی به بهبود سازگاری فرد منجر می‌شود (براوسچ و همکاران^۲، ۲۰۲۵). تنظیم هیجان شامل تمامی فرایندهای بیرونی و درونی است که مسئول نظارت، ارزیابی، تعدیل و مدیریت واکنش‌های هیجانی در قلب‌های آگاهانه و ناآگاهانه می‌باشند (لاداس و همکاران^۳، ۲۰۲۴)، درواقع یکی از روش‌های خودنظم‌بخشی و خودنظم‌دهی برای مدیریت هیجانات است که به منظور تغییر یا تعدیل احساسات استفاده می‌شود (قنوتی و همکاران، ۱۴۰۳). تنظیم هیجانات به افراد کمک می‌کند تا هیجانات و احساسات خود را بهتر بشناسند و درک کنند (بیات و همکاران، ۱۴۰۳) و همچنین به عنوان عنصر اصلی در سلامت روان، به افراد کمک می‌کند تا بهتر با چالش‌های موقعیتی کنار بیایند و سازگاری بیشتری داشته باشند (استلرن و همکاران^۴، ۲۰۲۳). نظریه گراس و جان^۵ (۲۰۰۳) بر ویژگی‌های زمانی تنظیم هیجان تاکید می‌کند. آن‌ها بین راهبردهای متمرکز بر پیش‌بینی (پیش از رخ دادن حادثه) که موجب تجربه هیجان واقعی می‌شود و راهبردهای متمرکز بر پاسخ که در واکنش به تجربه هیجان استفاده می‌شوند، تفاوت قائل می‌شوند. سرکوب یک راهبرد متمرکز بر پاسخ است که پس از پیدایش هیجان فعال می‌شود و بازدارنده می‌شود و ارزیابی مجدد یک راهبرد متمرکز بر پیش‌بینی است که پیش از ایجاد هیجان فعال می‌شود، از نمود هیجانات شدید جلوگیری می‌کند و موجب تفسیر و تعبیر موقعیت می‌شوند؛ به صورتی که پاسخ هیجانی مربوط به آن موقعیت را کاهش می‌دهند (مارکوین^۶، ۲۰۱۱). فرآیند تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند هنگام رویارویی با چالش‌های تهدیدآمیز و فشارزا، هیجانات خود را به شکل موثری مدیریت و کنترل کنند. در نتیجه، احتمال تأثیرپذیری منفی از هیجانات ناخوشایند کاهش می‌یابد و میزان تسلط و کنترل بر این هیجانات افزایش پیدا می‌کند (شاهجویی و همکاران، ۱۴۰۲). طبق نتایج به دست آمده در تحقیقات بالینی ارزیابی مجدد یک راهبرد تنظیم هیجان سالم و موفق است، در حالی که سرکوب هیجان در برابر ارزیابی مجدد یک راهبرد تنظیم هیجان ناسالم است و نتایج نامطلوبی دارد (میر و همکاران^۷، ۲۰۱۲).

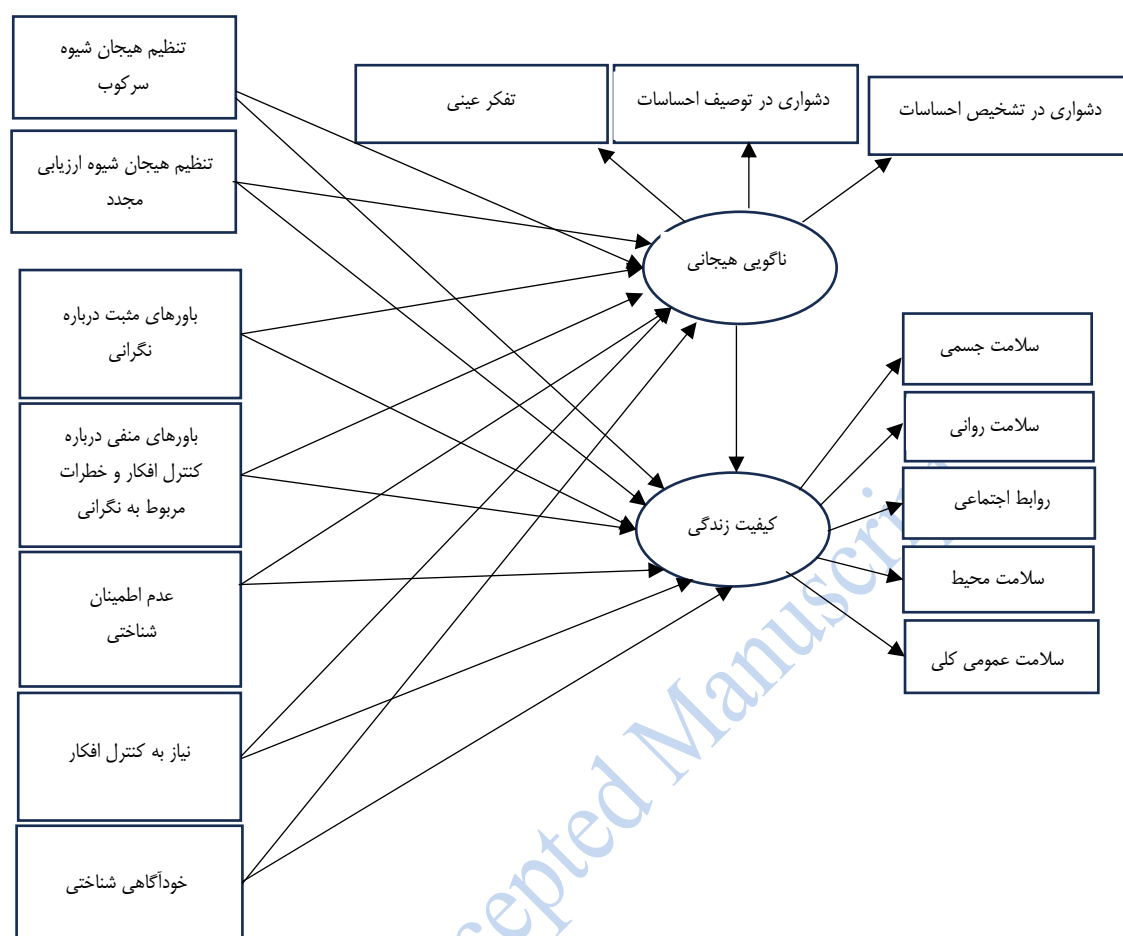
بیشتر افرادی که به بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی مبتلا هستند دچار مشکل در بیان عواطف و احساسات خود هستند (فاناکیدو و همکاران^۸، ۲۰۱۸). ناگویی هیجانی که به عنوان یکی از عوامل اختلال وسواس فکری-عملی و ناتوانی در پردازش اطلاعات هیجانی و تنظیم احساسات شناخته می‌شود که می‌تواند خطر ابتلا به انواع اختلالات روانی را افزایش دهد، نشان‌دهنده نقص در عملکرد روانی است (دوبی و همکاران^۹، ۲۰۲۴). این مشکل به ناتوانی فرد در تشخیص و توصیف احساسات، تمایز بین احساسات و واکنش‌های بدنی مرتبط با برانگیختگی هیجانی برمی‌گردد (لی و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۴). ناگویی هیجانی یک ویژگی شخصیتی نسبتاً پایدار و منفی است که به صورت آگاهی هیجانی پایین و تفکر عینی ظاهر می‌شود و الگوهای تفکر انعطاف‌ناپذیری را در فرد ایجاد می‌کند (تیلور و بگی^{۱۱}، ۲۰۲۱). افرادی که به ناگویی هیجانی دچار هستند، در موقعیت‌های استرس‌زا و چالش‌برانگیز، برانگیختگی بیشتری داشته و از خودآگاهی کمتری برخوردارند. این وضعیت باعث می‌شود که بیشتر به

1. Kozubal et al.
2. Brausch et al.
3. Ladas et al.
4. Stellern et al.
5. Gross & John.
6. Marroquín.
7. Meyer et al.
8. Fanakidou et al.
9. Dubé et al.
10. Li et al.
11. Taylor & Bagby.

بیماری‌ها و اختلالات مرتبط با سلامتی مبتلا شوند (نیومن و همکاران^۱، ۲۰۲۴). مطالعات نشان داده‌اند ناگویی هیجانی در کیفیت زندگی افراد نقش کلیدی ایفا می‌کند (پالما‌آلوارز و همکاران^۲، ۲۰۲۱؛ حیدری و ترکان، ۱۴۰۲). به عقیده بگی (۱۹۹۴) ناگویی هیجانی یک سازه شخصیتی است که توسط اشکالاتی در توصیف و شناسایی هیجان‌ها، تفکر عینی و یک زندگی خیالی تضعیف شده تعریف می‌شود. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی احساسات نامشخصی دارند و این احساسات با تهییج جسمی همراه است، بنابراین ناگویی هیجانی نشان‌دهنده اشکالاتی در تنظیم هیجانات و پردازش شناختی است (هابسون و همکاران^۳، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند، راهبردهای تنظیم هیجان شامل ارزیابی مجدد و سرکوبی عامل تاثیرگذاری در ناگویی هیجانی افراد است (شاهی و زاده‌محمدی، ۱۴۰۳) و بین ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (استیوز و همکاران^۴، ۲۰۲۲). همچنین مطالعات نشان‌دهنده رابطه معنادار و منفی بین باورهای فراشناختی و ناگویی هیجانی است (بابایی و همکاران^۵، ۲۰۱۵).

باتوجه به اینکه یکی از اهداف عمده درمان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، به حداکثر رساندن کیفیت زندگی این افراد است، اهمیت ارتقای کیفیت زندگی افراد با نارسایی قلبی، بررسی عوامل مهم تاثیرگذار بر بیماری این افراد را الزامی می‌سازد. در نتیجه مشاوره و دادن خدمات روانشناختی به افراد با نارسایی قلبی در جهت تنظیم هیجانات و بهبود باورهای فراشناختی می‌توان کیفیت زندگی این افراد را افزایش می‌دهد. همچنین با انجام این پژوهش می‌توان موجب کاهش هزینه‌های درمانی این افراد در کلینیک‌های تخصصی قلب، آرامش خانواده و سلامت روانی این افراد که در سلامت جسمی آن‌ها نیز موثر است، شد. در اغلب پژوهش‌های صورت گرفته، چه در ایران و چه در جهان بر روی متغیرهای باورهای فراشناختی، راهبردهای تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی به صورت جداگانه تاکید شده و کمتر به بررسی در ارتباط با یکدیگر پرداخته شده، بنابراین مدلی در این حیطه ارائه نشده است که در این تحقیق به بررسی آن‌ها در ارتباط با یکدیگر می‌پردازیم. با توجه به اهمیت موضوع برای پژوهشگران، درمانگران و پزشکان متخصص قلب برای بررسی عوامل همبسته و میزان تاثیر مستقیم و غیر مستقیم آنها، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی بر اساس باورهای فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان با نقش میانجی ناگویی هیجانی است. درنتیجه پژوهش حاضر درصدد است به آزمون این فرضیه که، باورهای فراشناختی و راهبردهای تنظیم هیجان از طریق ناگویی هیجانی می‌توانند کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی را پیش‌بینی کنند، بپردازد.

1. Neumann et al.
2. Palma-Álvarez et al.
3. Hobson et al.
4. Estévez et al.
5. Babaei et al.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری تحقیق حاضر تمام بیماران با نارسایی قلبی که در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ به کلینیک ها و مطب های متخصصین قلب در شهر کرمان مراجعه کرده اند، می باشد. به گفته هومن (۱۳۹۳) در روش شناسی مدل یابی معادلات ساختاری، برای تعیین حجم نمونه به ازای هر سوال ۳ نفر را در نظر می گیریم. لذا، حجم نمونه ۳۰۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. داده های مورد نیاز پژوهش با کمک پرسشنامه جمع آوری شدند. ملاک های ورود پژوهش حاضر شامل: رضایت کامل برای مشارکت در پژوهش، بیماری قلبی تأیید شده توسط پزشک معالج و توانایی برقراری ارتباط، و ملاک های خروج شامل: عدم تمایل به شرکت در پژوهش، ناقص بودن پرسشنامه ها و پاسخ مشابه به تمام گویه ها بود. برای جمع آوری داده ها، ابتدا معرفی نامه ای از دانشگاه شهید باهنر کرمان دریافت شد و سپس به کلینیک ها و مطب های متخصصان قلب در شهر کرمان مراجعه گردید. در ادامه، هدف پژوهش به پزشکان و مسئولین مربوطه توضیح داده شد و شفاف سازی های لازم انجام شد. پس از کسب موافقت آنها، پژوهشگر این امکان را یافت که بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعه، پرسشنامه ها را به بیمارانی که تمایل به شرکت در تکمیل پرسشنامه داشتند، ارائه دهد تا اطلاعات لازم گردآوری شود.

۲-۲. ابزار پژوهش

۲-۲-۱. پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30)

این مقیاس خود گزارشی ۳۰ گویه دارد که توسط کاتریت-هاتون و ولز^۲ در سال ۱۹۹۷ ساخته شده، باورهای افراد را درباره تفکرشان مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه ای لیکرت محاسبه می‌شوند. پرسشنامه مذکور دارای ۵ خرده مقیاس است که شامل باورهای مثبت درباره نگرانی^۳ (سوالات ۱، ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳ و ۲۸)، باورهای منفی درباره کنترل افکار و خطرات مربوط به نگرانی^۴ (سوالات ۲، ۴، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۲۱)، عدم اطمینان شناختی^۵ (سوالات ۸، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۶ و ۲۹)، نیاز به کنترل افکار^۶ (سوالات ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۲۵ و ۲۷) و خودآگاهی شناختی^۷ (سوالات ۳، ۵، ۱۲، ۱۶، ۱۸ و ۳۰) هستند. برای بررسی پایایی این مقیاس، دامنه ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس کل و خرده مقیاس‌ها بین ۰/۹۳ تا ۰/۷۶ و همچنین پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۸۷ تا ۰/۵۹ گزارش شده است (ولز و کاتریت-هاتون، ۲۰۰۴). در همین راستا در پژوهش برایت و همکاران^۸ (۲۰۱۸) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کل و خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه‌ی ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۸۶، ۰/۸۷ و ۰/۷۱ گزارش شده است (شیرین زاده دستگیری و همکاران، ۱۳۸۷). در همین راستا در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمده است (شش بلوکی و هارون رشیدی، ۱۴۰۰). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس‌های باورهای مثبت، باورهای منفی، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۲، ۰/۸۳ و ۰/۸۴ به دست آمد.

۲-۲-۲. پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان (ERQ)

این پرسشنامه به منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان توسط گراس و جان (۲۰۰۳) تدوین شده است. این پرسشنامه مشتمل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد^{۱۰} با ۶ گویه (سوالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۸ و ۱۰) و سرکوبی^{۱۱} با ۴ گویه (سوالات ۲، ۴، ۶ و ۹) می‌باشد. شرکت کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند. در پژوهش گراس و جان (۲۰۰۳) همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ گزارش شده است. همچنین در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کل و خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (سیکساس و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۱). در ایران مقدار آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی ۰/۷۹ به دست آمده است (بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۲). در همین راستا، در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ نشان دهنده همسانی درونی مطلوب مقیاس است (شاهی و زاده‌محمدی، ۱۴۰۳). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای خرده مقیاس‌های ارزیابی مجدد و سرکوبی به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۷ است.

1. Metacognitive Beliefs Questionnaire (MCQ-30).

2. Cartwright-Hatton & Wells

3. positive beliefs about worry.

4. negative beliefs about the controllability of thoughts and dangers related to worry.

5. cognitive uncertainty.

6. the need to control Thoughts.

7. metacognitive processes of self-awareness.

8. Bright et al.

9. Emotional Regulation Strategies Questionnaire (ERQ).

10. reappraisal.

11. suppression.

12. Seixas et al.

۲-۲-۳. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHOQOL-BREF)

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ برای ایجاد هماهنگی در تحقیقات و ارزیابی کیفیت زندگی، گروهی را مأمور طراحی یک پرسشنامه کرد که نتیجه آن، پرسشنامه ۱۰۰ گویه‌ای کیفیت زندگی بود. با گذشت چند سال و به منظور سهولت در استفاده، نسخه کوتاه‌تری از این پرسشنامه تهیه شد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سؤالی ابزاری است که به ارزیابی کلی و عمومی کیفیت زندگی افراد می‌پردازد. این پرسشنامه شامل پنج زیرمقیاس و یک نمره کلی است. زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی^۲ (سوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸)، سلامت روانی^۳ (سوالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹، ۲۶)، روابط اجتماعی^۴ (سوالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲)، سلامت محیطی^۵ (سوالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵) و سلامت عمومی کلی (سوالات ۱ و ۲). ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس محاسبه می‌شود که از طریق فرمولی به نمره‌ای استاندارد در بازه ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می‌گردد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر هستند. به علاوه، برای ارزیابی روایی و پایایی پرسشنامه، پایایی آزمون-بازآزمون برای هر زیرمقیاس به ترتیب زیر محاسبه شد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴. همسانی درونی نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی و تأیید شد (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). همچنین ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب مقیاس است (الیک و همکاران^۶، ۲۰۱۹). در ایران نیز پایایی مقیاس کیفیت زندگی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷، برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش شده است (عطادخت و همکاران، ۱۳۹۷). در مطالعه بشردوست و همکاران (۱۴۰۳) پایایی این ابزار به وسیله آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و حوزه محیطی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۷۳ بدست آمد. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیطی و سلامت عمومی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۶، ۰/۸۸ و ۰/۸۶ به دست آمد.

۲-۲-۴. پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو^۷ (TAS-20)

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط بگی و همکاران در سال ۱۹۹۴ تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه بوده و بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار دارای سه زیرمقیاس است: دشواری در تشخیص احساسات^۸ (سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴)، دشواری در توصیف احساسات^۹ (سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷) و تفکر عینی^{۱۰} (سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰). ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در تحقیقات گوناگون بررسی و تأیید شده است. مقدار آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۱ گزارش شده که نشان‌دهنده انسجام درونی مطلوب آن می‌باشد (بگی و همکاران، ۱۹۹۴). همچنین پایایی این پرسشنامه ۰/۷۷ گزارش شده است که با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و تأیید شد (کککن و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۱). در نسخه فارسی این مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کلی برابر با ۰/۸۵ و برای سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است که این مقادیر نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب مقیاس هستند (بشارت^{۱۲}، ۲۰۰۷). همچنین در پژوهش شش بلوکی و هارون رشیدی (۱۴۰۰) پایایی این پرسشنامه ۰/۸۳ گزارش شده است که با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و تأیید شد.

1. World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF).

2. physical health.

3. mental health.

4. social relations.

5. environmental health.

6. Ilić et al.

7. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).

8. difficulty identifying feelings.

9. difficulty describing feelings.

10. externally oriented thinking.

11. Kekkonen et al.

12. Besharat.

آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس های دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی ۰/۸۸، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ به دست آمد.

۳-۲. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در مطالعه حاضر توصیف داده‌ها به روش‌های آمار توصیفی از قبیل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و تحلیل داده‌ها به روش‌های آمار استنباطی مانند آزمودن همبستگی و تحلیل مسیر انجام گرفت. داده‌های حاصل از چهار پرسشنامه با اتکا به مدل‌سازی معادلات ساختاری و با دو نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ و AMOS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل خواهند شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

داده‌ها در بخش توصیفی نشان داد در این پژوهش، ۳۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی شرکت کردند که از این تعداد، ۱۸۰ نفر (۶۰ درصد) زن و ۱۲۰ نفر (۴۰ درصد) مرد بودند. ۶۷ نفر (۲۲/۳ درصد) مجرد و ۲۳۳ نفر (۷۷/۷ درصد) متأهل بودند. همچنین از لحاظ سطح تحصیلات، ۵۶ نفر (۱۸/۷ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۳۵ نفر (۱۱/۷ درصد) دارای مدرک کاردانی، ۱۵۵ نفر (۵۱/۷ درصد) دارای مدرک کارشناسی، ۴۹ نفر (۱۶/۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۵ نفر (۱/۶ درصد) دارای مدرک دکتری بودند. علاوه بر این، میانگین سنی دانشجویان ۴۱/۸۹ سال با انحراف معیار ۱۳/۶۰ بود.

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

جدول ۱. مقادیر شاخص‌های توصیفی در متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	کجی	کشیدگی
باورهای مثبت درباره نگرانی	۳۰۰	۱۳/۸۴	۴/۵۰	۶	۲۴	۰/۰۳	-۱/۱۴
باورهای منفی درباره کنترل افکار و خطرات مربوط به نگرانی	۳۰۰	۱۵/۳۱	۴/۱۳	۷	۲۴	۰/۰۳	-۱/۱۱
عدم اطمینان شناختی	۳۰۰	۱۴/۱۰	۴/۴۹	۶	۲۳	۰/۱۴	-۱/۰۹
نیاز به کنترل افکار	۳۰۰	۱۴/۸۴	۴/۱۴	۶	۲۴	-۰/۰۷	-۰/۷۶
خودآگاهی شناختی	۳۰۰	۱۵/۴۵	۴/۶۴	۶	۲۴	-۰/۲۱	-۰/۹۳
باورهای فراشناختی	۳۰۰	۷۳/۵۸	۱۸/۷۸	۳۸	۱۰۹	-۰/۰۵	-۱/۱۸
تنظیم هیجان شیوه سرکوب	۳۰۰	۱۶/۳۹	۴/۵۸	۷	۲۶	-۰/۱۳	-۱/۰۴
تنظیم هیجان شیوه ارزیابی مجدد	۳۰۰	۲۶/۲۵	۷/۳۸	۱۲	۴۲	-۰/۳۹	-۱/۰۵
دشواری در تشخیص احساسات	۳۰۰	۲۰/۱۳	۶/۴۲	۷	۳۵	۰/۰۶	-۱/۰۱
دشواری در توصیف احساسات	۳۰۰	۱۴/۳۹	۴/۵۰	۵	۲۴	۰/۰۲	-۱/۱۱
تفکر عینی	۳۰۰	۲۲/۶۳	۶/۰۳	۹	۳۶	۰/۲۴	-۱/۰۴
ناگویی هیجانی	۳۰۰	۵۷/۱۱	۱۵/۷۸	۲۴	۸۹	۰/۰۹	-۱/۱۹
سلامت جسمی	۳۰۰	۲۱/۹۱	۵/۴۲	۹	۳۳	-۰/۲۰	-۰/۹۸
سلامت روانی	۳۰۰	۱۹/۵۰	۴/۸۰	۶	۳۰	-۰/۳۸	-۰/۸۶
روابط اجتماعی	۳۰۰	۹/۶۲	۲/۷۱	۳	۱۵	-۰/۲۲	-۰/۷۰
سلامت محیط	۳۰۰	۲۵/۷۵	۶/۳۷	۱۱	۴۰	-۰/۲۷	-۰/۹۱
سلامت عمومی کلی	۳۰۰	۲/۶۹	۲/۰۳	۲	۱۰	-۰/۴۲	-۰/۸۹

جدول ۱. مقادیر شاخص های توصیفی در متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	کجی	کشیدگی
کیفیت زندگی	۳۰۰	۸۳/۰۰	۱۹/۸۲	۴۲	۱۲۶	-۰/۲۸	-۱/۱۶

در خصوص متغیرهای پژوهش، جدول (۱) نتایج میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. برای انجام معادلات ساختاری به صورت پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده ها و متغیرها لازم است. با توجه به نتایج، شاخص های کجی و کشیدگی متغیرها بین ± 2 بوده که نشان دهنده مطلوب بودن وضعیت متغیرها برای انجام آزمون های پارامتری است.

۳-۳. بررسی پیش فرض های آزمون های پارامتریک

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

مؤلفه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱. سلامت جسمی	۱														
۲. سلامت روانی	۰/۷۲*	۱													
۳. روابط اجتماعی	۰/۷۴*	۰/۷۵*	۱												
۴. سلامت محیط	۰/۸۰*	۰/۸۰*	۰/۷۵*	۱											
۵. سلامت عمومی کلی	۰/۷۸*	۰/۸۰*	۰/۷۳*	۰/۸۰*	۱										
۶. تنظیم هیجان شیوه سرکوب	۰/۷۱*	۰/۷۰*	۰/۶۴*	۰/۶۹*	۰/۶۸*	۱									
۷. تنظیم هیجان شیوه ارزیابی مجدد	۰/۵۶*	۰/۶۱*	۰/۵۴*	۰/۶۵*	۰/۶۳*	۰/۷۰*	۱								
۸. باورهای مثبت درباره نگرانی	۰/۶۰*	۰/۵۱*	۰/۴۱*	۰/۵۵*	۰/۵۳*	۰/۴۹*	۰/۶۳*	۱							
۹. باورهای منفی درباره کنترل افکار و خطرات مربوط به نگرانی	۰/۵۷*	۰/۵۶*	۰/۴۸*	۰/۵۹*	۰/۵۳*	۰/۶۶*	۰/۶۷*	۰/۵۸*	۱						
۱۰. عدم اطمینان شناختی	۰/۴۵*	۰/۳۶*	۰/۳۸*	۰/۵۰*	۰/۴۲*	۰/۴۶*	۰/۶۵*	۰/۶۵*	۰/۶۲*	۱					
۱۱. نیاز به کنترل افکار	۰/۵۴*	۰/۴۸*	۰/۴۶*	۰/۵۵*	۰/۵۱*	۰/۶۲*	۰/۶۷*	۰/۶۱*	۰/۶۷*	۰/۷۴*	۱				
۱۲. خودآگاهی شناختی	۰/۶۷*	۰/۶۷*	۰/۶۰*	۰/۶۵*	۰/۶۳*	۰/۷۳*	۰/۷۰*	۰/۶۳*	۰/۷۲*	۰/۵۵*	۰/۷۱*	۱			
۱۳. دشواری در تشخیص احساسات	۰/۷۱*	۰/۶۶*	۰/۶۲*	۰/۶۹*	۰/۶۶*	۰/۵۹*	۰/۵۸*	۰/۵۹*	۰/۴۸*	۰/۴۶*	۰/۴۵*	۰/۶۱*	۱		
۱۴. دشواری در توصیف احساسات	۰/۷۳*	۰/۶۸*	۰/۶۲*	۰/۷۰*	۰/۶۵*	۰/۶۶*	۰/۶۵*	۰/۵۵*	۰/۵۴*	۰/۴۷*	۰/۵۲*	۰/۶۷*	۰/۸۰*	۱	
۱۵. تفکر عینی	۰/۸۰*	۰/۷۴*	۰/۶۹*	۰/۷۷*	۰/۷۰*	۰/۷۶*	۰/۷۰*	۰/۶۶*	۰/۶۶*	۰/۵۲*	۰/۵۹*	۰/۷۵*	۰/۷۶*	۰/۷۸*	۱

نتایج جدول (۲) نشان دهنده وجود همبستگی معنادار میان متغیرهای پژوهش است. ملاحظه شد که هیچ یک از رابطه ها زیر ۰/۳۰ نیست. لذا مفروضه خطی بودن داده ها رعایت شده است و رابطه بین پیش بینی کننده و متغیر ملاک خطی است. همچنین عدم وجود رابطه هم خطی چندگانه ۱ بین متغیرهای پیش بین با متغیرهای ملاک رعایت شده است زیرا هیچ یک از متغیرها با هم همبستگی بیش از ۰/۸۰ ندارند (گیلز ۲، ۲۰۰۲). همچنین باتوجه به اینکه، در واریانس متغیرها الگوی خاصی وجود ندارد، بنابراین مفروضه همگنی واریانس باقیمانده ها (خطاها) رعایت شده است و واریانس خطاها ثابت هستند. در همین راستا مفروضه نرمال بودن باقیمانده ها (خطاها)، نشان داد که توزیع ها به نرمال بسیار نزدیک هستند. از این رو، امکان تحلیل مدل پیشنهادی پژوهش فراهم شد.

1. multi-collinearity.

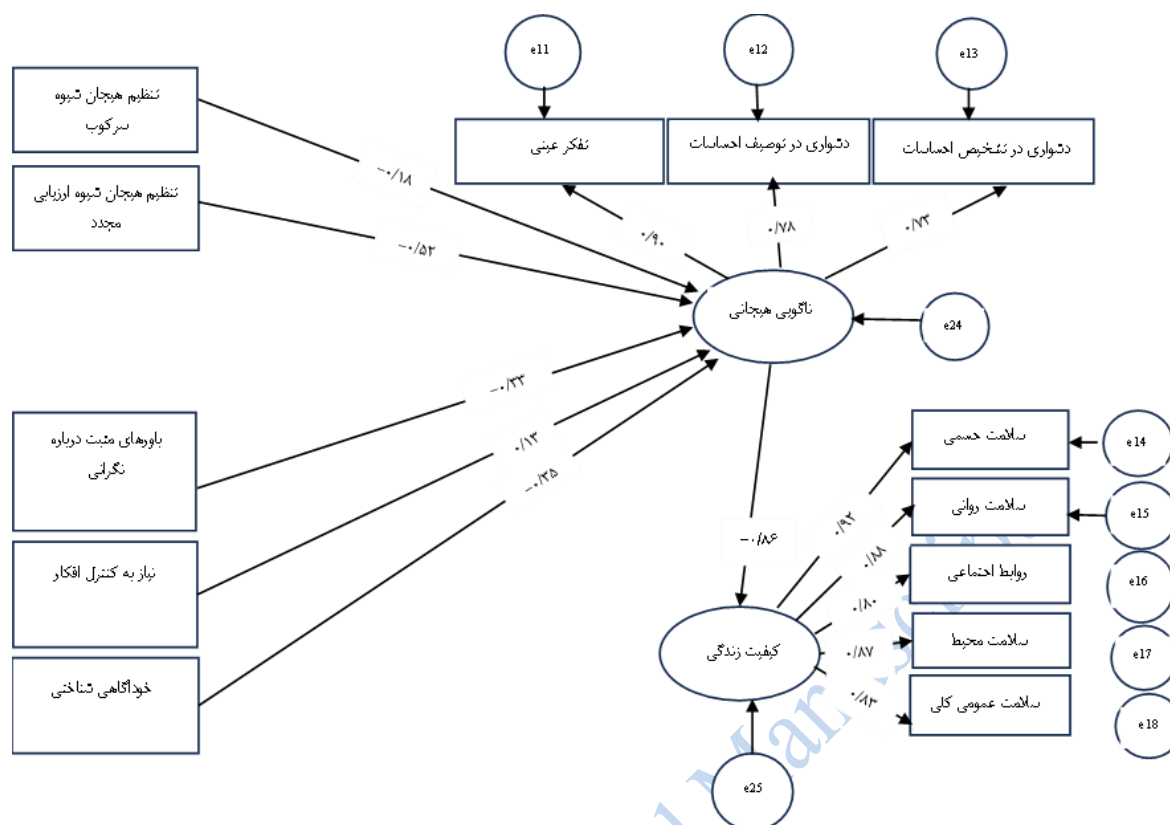
2. Giles

۳-۴. بررسی مدل ساختاری

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی معادلات ساختاری متغیرهای پژوهش

شاخص	حد قابل قبول	مقدار گزارش شده
کای اسکور بهنجار شده (CMIN/DF)	برابر یا کوچکتر از ۳	۲/۷۱۵
شاخص نیکویی برازش (GFI)	برابر یا بزرگتر از ۰/۹	۰/۸۹۹
شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)	برابر یا بزرگتر از ۰/۹	۰/۸۷۱
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	برابر یا بزرگتر از ۰/۹	۰/۸۹۳
شاخص برازش افزایشی (IFI)	برابر یا بزرگتر از ۰/۹	۰/۹۱۳
شاخص تاکر-لوییس (TLI)	برابر یا بزرگتر از ۰/۹	۰/۹۰۳
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	برابر یا بزرگتر از ۰/۹	۰/۹۱۲
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	برابر یا کوچکتر از ۰/۰۸	۰/۰۶۹

جدول (۳)، مقادیر بدست آمده هر یک از شاخص‌ها را برای بررسی نیکویی برازش مدل را نشان می‌دهد. نسبت مجذور کای به درجه آزادی به حجم نمونه بسیار وابسته است و نمونه بزرگ کمیت خنثی دو را بیش از آنچه بتوان آن را به غلط بودن مدل نسبت داد، افزایش می‌دهد. ایده آل آن است که مقدار خنثی دو دارای سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ باشد یا مقدار خنثی دو تقسیم بر درجه آزادی بین ۱ تا ۳ باشد (هومن، ۱۳۹۳). با توجه به مقدار گزارش شده برای این مقدار در جدول ۳، مقدار خنثی دو معنادار بود ولی از طرفی مقدار خنثی دو تقسیم بر درجه آزادی ۲/۷۱۵ بود که نشان دهنده برازش مناسب مدل می‌باشد؛ ولی با توجه به اینکه حجم نمونه این تحقیق بیش از ۲۰۰ نفر است، از شاخص‌های دیگر برای مناسب بودن برازش مدل استفاده شد. معیارهای خوبی برازندگی (GFI) و تعدیل شده خوبی برازندگی (AGFI) نشان دهنده اندازه‌ای از مقدار نسبی واریانس‌ها و کوواریانس‌هاست که توسط مدل تبیین می‌شود. هر دوی این معیارها بین صفر تا یک متغیرند که هرچه به عدد یک نزدیکتر باشند، نیکویی برازش مدل با داده‌های مشاهده شده بیشتر است. مقادیر GFI و AGFI در مدل نهایی بالاتر از ۰/۸ بودند که تأیید کننده نتایج آزمون خنثی دو می‌باشند؛ برای بررسی اینکه یک مدل به خصوص در مقایسه با سایر مدل‌های ممکن از نظر تبیین مجموعه‌ای از داده‌های مشاهده شده تا چه حد خوب عمل می‌کند، از شاخص‌های هنجار شده برازندگی (NFI)، شاخص هنجار نشده برازندگی (NNFI) که به آن شاخص توکرلوییس نیز می‌گویند، شاخص برازندگی فزاینده (IFI) و شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) استفاده می‌شود. مقادیر بالای ۰/۹ این شاخص‌ها نیز حاکی از برازش بسیار مناسب مدل نهایی است (جفن و همکاران، ۲۰۰۰). در نهایت برای بررسی اینکه مدل موردنظر چگونه برازندگی و صرفه‌جویی را با هم ترکیب می‌کند، از شاخص بسیار توانمند ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) استفاده شد، این شاخص برای مدل‌های خوب ۰/۰۸ و کمتر است، مدلی که در آن این شاخص ۰/۱ یا بیشتر باشد برازش ضعیفی دارد (هومن، ۱۳۹۳). مقدار این شاخص نیز برای مدل اصلاح شده نهایی ۰/۰۶۹ بود؛ بنابراین همگی این شاخص‌ها نشان دادند که مدل مورد نظر در این تحقیق پس از اصلاح و اضافه شدن هفت رابطه کوواریانسی در شکل ۱، برازندگی بسیار مناسبی با داده‌ها پیدا کرده است.



شکل ۲. مدل نهایی پژوهش

جدول ۴. ضرایب مسیر مستقیم مدل

فرضیه	اثر مستقیم	انحراف معیار	آماره t	P
باورهای مثبت درباره نگرانی ← ناگویی هیجانی	-۰/۳۲۶	۰/۰۵۱	-۶/۵۷۹	۰/۰۰۱
نیاز به کنترل افکار ← ناگویی هیجانی	-۰/۱۳۱	۰/۰۵۹	۲/۴۳۴	۰/۰۱۵
خودآگاهی شناختی ← ناگویی هیجانی	-۰/۳۵۲	۰/۰۵۷	-۶/۳۱۵	۰/۰۰۱
تنظیم هیجان شیوه سرکوب ← ناگویی هیجانی	-۰/۱۸۵	۰/۰۵۲	-۳/۵۷۷	۰/۰۰۱
تنظیم هیجان شیوه ارزیابی مجدد ← ناگویی هیجانی	-۰/۵۲۵	۰/۰۳۳	-۹/۹۴۷	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی ← کیفیت زندگی	-۰/۸۵۶	۰/۰۴۵	-۱۷/۷۳۱	۰/۰۰۱

در ادامه، جدول ۴ نشان می‌دهد که، ضریب استاندارد و مستقیم باورهای مثبت درباره نگرانی، خودآگاهی شناختی، تنظیم هیجان شیوه سرکوب و تنظیم هیجان شیوه ارزیابی مجدد بر ناگویی هیجانی و نیز ضریب استاندارد و معکوس نیاز به کنترل افکار بر ناگویی هیجانی معنادار بود ($p < 0.05$).

جدول ۵. ضرایب مسیر غیرمستقیم مدل

فرضیه	اثر غیر مستقیم	فاصله اطمینان بوت استرپ	p
		کران پایین	کران بالا
باورهای مثبت درباره نگرانی ← ناگویی هیجانی ← کیفیت زندگی	۰/۲۷۹	۰/۱۷۳	۰/۳۷۹
نیاز به کنترل افکار ← ناگویی هیجانی ← کیفیت زندگی	-۰/۱۱۲	-۰/۱۹۵	-۰/۰۱۱
خودآگاهی شناختی ← ناگویی هیجانی ← کیفیت زندگی	۰/۳۰۱	۰/۱۵۰	۰/۴۶۱
تنظیم هیجان شیوه سرکوب ← ناگویی هیجانی ← کیفیت زندگی	۰/۱۵۸	۰/۰۵۴	۰/۲۷۷
تنظیم هیجان شیوه ارزیابی مجدد ← ناگویی هیجانی ← کیفیت زندگی	۰/۴۴۹	۰/۳۴۲	۰/۵۴۶

فرض اساسی الگوی پیشنهادی تحقیق حاضر وجود مسیر غیرمستقیم می‌باشد. زمانی که تعداد نمونه‌ها اندک باشد، روش بوت استرپ قوی‌ترین و منطقی‌ترین ابزار برای دستیابی به اثرات غیرمستقیم محسوب می‌شود. برای تعیین معناداری راهبردهای تنظیم

هیجان و باورهای فراشناختی بر کیفیت زندگی از طریق نقش میانجی ناگویی خلقی از روش بوت استروپ استفاده شد. در این روش، اگر هر دو حد بالا و پایین آزمون مثبت یا هر دو منفی باشند و عدد صفر بین این دو حد قرار نگیرد، مسیر علی غیرمستقیم معنادار تلقی می‌شود. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که، باورهای مثبت درباره نگرانی، نیاز به کنترل افکار، خودآگاهی شناختی، تنظیم هیجان شیوه سرکوب و تنظیم هیجان شیوه ارزیابی مجدد به طور غیرمستقیم و از طریق ناگویی هیجانی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی کیفیت زندگی براساس راهبردهای تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی با نقش میانجی ناگویی هیجانی در بیماران با نارسایی قلبی بود. نتایج تحقیق حاضر نشان داد راهبرد تنظیم هیجان به شیوه ارزیابی مجدد اثر معنادار و مستقیم بر کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی ندارد. این یافته با تحقیقات بامداد و همکاران (۱۴۰۳) و باتاگلینی و همکاران^۱ (۲۰۲۳) ناهمسو می‌باشد. در راستای این نتیجه می‌توان گفت، این یافته می‌تواند با توجه به ماهیت پیچیده کیفیت زندگی در این بیماران تبیین شود که عمدتاً تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیک و محدودیت‌های عملکردی قرار دارد. به نظر می‌رسد در بیماری‌های مزمن مانند نارسایی قلبی، تأثیر راهبردهای شناختی عمدتاً از طریق مکانیسم‌های غیرمستقیم مانند کاهش پریشانی روانی یا بهبود خودکارآمدی اعمال می‌شود. همچنین، ویژگی‌های خاص این بیماران از جمله سن بالا و چالش‌های جسمانی ممکن است مانع از اثرگذاری مستقیم این راهبردها شود. این نتایج بر اهمیت توجه به متغیرهای واسطه‌ای در ارتباط بین تنظیم هیجان و کیفیت زندگی تأکید دارد. بنابراین، به نظر می‌رسد ارزیابی مجدد هیجان در این بیماران بیشتر از مسیرهای غیرمستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. همین‌طور نتایج نشان داد، راهبرد تنظیم هیجان به شیوه سرکوبی اثر مستقیم و معنادار بر کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی ندارد. این یافته با پژوهش کواتروپانی و همکاران^۲ (۲۰۲۲) همسو و با پژوهش عبدی و صادقی (۱۴۰۳) و حسینی طبقه‌دهی و همکاران (۱۴۰۳) ناهمسو می‌باشد. پژوهش‌های ناهمسو می‌توانند به دلیل جامعه آماری متفاوت، حجم کم نمونه و تأثیر متغیرهای مزاحم از جمله متغیرهای فردی و محیطی به نتایج متفاوت دست یافته باشند. با توجه به نتیجه بدست آمده، این یافته را می‌توان با ماهیت ناسازگارانه سرکوب هیجانی تبیین کرد که اگرچه ممکن است در کوتاه‌مدت مؤثر باشد، اما در بلندمدت منجر به افزایش تنش فیزیولوژیک و کاهش انعطاف‌پذیری روانی می‌شود. در بیماران قلبی، تأثیرات منفی سرکوب هیجانی ممکن است با پیامدهای جسمانی بیماری تشدید شود. همچنین، ویژگی‌های خاص این جمعیت مانند سن بالا و چالش‌های سلامت روان مرتبط با بیماری مزمن ممکن است مانع از اثرگذاری مثبت این راهبرد شود. به نظر می‌رسد سرکوب هیجانی در این بیماران بیشتر از طریق مکانیسم‌های غیرمستقیم مانند افزایش استرس یا کاهش حمایت اجتماعی عمل می‌کند. بنابراین، این راهبرد به تنهایی نمی‌تواند بهبود معناداری در کیفیت زندگی ایجاد نماید. با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر متغیر باورهای فراشناختی اثر مستقیم و معناداری بر کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی ندارد. این یافته با تحقیقات هرنیدی مقدم و علوی لنگرودی (۱۴۰۳) و هاوون و همکاران^۳ (۲۰۲۴) ناهمسو می‌باشد. تحقیقات ناهمسو می‌توانند به دلیل جامعه آماری متفاوت، حجم نمونه، تأثیر متغیرهای مزاحم از جمله متغیرهای فردی و محیطی، ابزارهای اندازه‌گیری و روش تحقیق مختلف به نتایج متفاوت دست یافته باشند. این نتیجه را می‌توان با ماهیت چندبعدی کیفیت زندگی در این بیماران تبیین کرد که عمدتاً تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیک و محدودیت‌های عملکردی قرار دارد. به نظر می‌رسد باورهای فراشناختی بیشتر از طریق مکانیسم‌های روان‌شناختی واسطه‌ای مانند کاهش اضطراب یا بهبود تنظیم هیجان عمل می‌کنند. همچنین، شدت علائم بیماری و چالش‌های جسمانی ناشی از نارسایی قلبی ممکن است نقش پررنگ‌تری نسبت به عوامل شناختی داشته باشند. ویژگی‌های خاص این جمعیت مانند سن بالا و بار بیماری نیز می‌توانند در عدم معناداری این رابطه مؤثر باشند. بنابراین، به نظر می‌رسد باورهای فراشناختی در این بیماران عمدتاً از مسیرهای غیرمستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر

1. Battaglini et al.

2. Quattropani et al.

3. Havnen et al.

می گذارند.

نتایج نشان دهنده معنادار و مثبت بودن اثر غیر مستقیم راهبردهای تنظیم هیجان به شیوه ارزیابی مجدد بر کیفیت زندگی، از طریق نقش میانجی گری ناگویی هیجانی می باشد. این یافته با تحقیقات رئیس شهرکی و شاکرمی (۱۴۰۴)، بامداد و همکاران (۱۴۰۳)، شاهی و زاده محمدی (۱۴۰۳)، حیدری و ترکان (۱۴۰۲)، سلطانی و همکاران (۱۴۰۰)، امینی و همکاران (۱۳۹۹)، باناگلینی و همکاران (۲۰۲۳)، پالماآلوارز و همکاران (۲۰۲۱)، لیوینگ استون و ایزاکویتز (۲۰۲۱)، پلنایوتو و همکاران (۲۰۲۱) همسو می باشد. راهبردهای تنظیم هیجان به شیوه ارزیابی مجدد به طور مستقیم بر ناگویی هیجانی تاثیر معناداری دارد (شاهی و زاده محمدی، ۱۴۰۳). همچنین با توجه به اینکه ناگویی هیجانی توانایی پیش بینی کیفیت زندگی را دارد (حیدری و ترکان، ۱۴۰۲)، در تبیین این نتیجه می توان گفت، راهبردهای تنظیم هیجان به شیوه ارزیابی مجدد به معنای تغییر دیدگاه فرد نسبت به یک موقعیت است. به عنوان مثال، بیمار با نارسایی قلبی به جای تمرکز بر جنبه های منفی یک موقعیت استرس زا، بر جنبه های مثبت تمرکز می کند. استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان به شیوه ارزیابی مجدد می تواند موجب کمک به بیماران در جهت مدیریت بهتر احساسات شود. شناسایی، بیان و مدیریت مطلوب احساسات منجر به کاهش ناگویی هیجانی که به معنای وجود مشکل در درک، پردازش و توصیف احساسات است (امسیجیلیوری و همکاران، ۲۰۱۹)، می شود. بنابراین، توجه به راهبردهای تنظیم هیجان به شیوه ارزیابی مجدد و تلاش برای کاهش ناگویی هیجانی می تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی موثر باشد. در این فرایند ناگویی هیجانی به عنوان یک میانجی عمل کرده و ارتباط بین راهبرد تنظیم هیجان به شیوه ارزیابی مجدد و کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی را تسهیل می کند. طبق نتایج بدست آمده، اثر غیرمستقیم و مثبت راهبردهای تنظیم هیجان به شیوه سرکوبی بر کیفیت زندگی، از طریق نقش میانجی گری ناگویی هیجانی، معنادار است. این یافته با تحقیق امینی و همکاران (۱۳۹۹) همسو و با پژوهش های عبدی و صادقی (۱۴۰۳)، شاهی و زاده محمدی (۱۴۰۳)، حیدری و ترکان (۱۴۰۲)، سلطانی و همکاران (۱۴۰۰)، عربی و باقری (۱۳۹۶)، کواتروپانی و همکاران (۲۰۲۲)، استیوز و همکاران (۲۰۲۲)، پالماآلوارز و همکاران (۲۰۲۱) ناهمسو می باشد. علاوه بر این با توجه به اینکه راهبردهای تنظیم هیجان به شیوه سرکوبی به طور مستقیم بر ناگویی هیجانی تاثیر معناداری دارد (شاهی و زاده محمدی، ۱۴۰۳) و همچنین ناگویی هیجانی توانایی پیش بینی کیفیت زندگی را دارد (حیدری و ترکان، ۱۴۰۲)، به طور کلی می توان گفت، در بیماران نارسایی قلبی، سرکوب هیجان آگاهانه با کاهش ناگویی هیجانی همراه است، چرا که این راهبرد مستلزم شناخت نسبی هیجانات است. از سوی دیگر، کاهش ناگویی هیجانی خود موجب بهبود کیفیت زندگی می شود، زیرا بیماران بهتر می توانند هیجانات خود را پردازش و مدیریت کنند. در نتیجه، سرکوب هیجان به طور غیرمستقیم و از طریق کاهش نقش میانجی گری ناگویی هیجانی، تاثیر مثبتی بر کیفیت زندگی دارد. این اثر در بیماران قلبی اهمیت ویژه ای می یابد، زیرا تنظیم هیجانات برای ثبات فیزیولوژیک و عملکرد روزمره آنها حیاتی است. این یافته نشان می دهد که حتی راهبردهای به ظاهر ناسازگار مانند سرکوب هیجان نیز می توانند در شرایط خاص، پیامدهای انطباقی داشته باشند.

اثر غیر مستقیم باورهای فراشناختی بر کیفیت زندگی، از طریق نقش میانجی گری ناگویی هیجانی، معنادار و مثبت است. این یافته با تحقیقات هرنندی مقدم و علوی لنگرودی (۱۴۰۳)، حیدری و ترکان (۱۴۰۲)، سلطانی و همکاران (۱۴۰۰)، خدابخشی کولایی و همکاران (۱۳۹۸)، پالماآلوارز و همکاران (۲۰۲۱) و بابایی و همکاران (۲۰۱۵) همسو و با تحقیقات علی محمد و همکاران (۱۳۹۹)، کاوسی و همکاران (۱۳۹۶) و هاوون و همکاران (۲۰۲۴) ناهمسو می باشد. علاوه بر این با توجه به اینکه بین باورهای فراشناختی و ناگویی هیجانی رابطه منفی و معناداری وجود دارد (رستم اوغلی و همکاران، ۱۳۹۲) و همچنین بین ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی افراد رابطه منفی و معناداری وجود دارد (پالماآلوارز و همکاران، ۲۰۲۱)، به طور کلی یافته ها حاکی از آن است که باورهای فراشناختی منفی تر با کاهش توانایی شناسایی و بیان هیجانات (ناگویی هیجانی بالاتر) همراه است و در مقابل، ناگویی هیجانی بالاتر نیز با کیفیت زندگی پایین تر مرتبط می باشد. این الگوی روابط نشان می دهد که باورهای فراشناختی مثبت تر می توانند با کاهش ناگویی هیجانی، به بهبود کیفیت زندگی منجر شوند. به عبارت دیگر، زمانی که بیماران از باورهای

ناکارآمد فراشناختی (مانند نیاز به کنترل افکار یا باورهای منفی درباره نگرانی) رها می‌شوند، توانایی بیشتری در پردازش و تنظیم هیجانات خود پیدا کرده و در نتیجه کیفیت زندگی بهتری را تجربه می‌کنند. این نتایج با مدل‌های نظری که بر نقش واسطه‌ای نقص‌های هیجانی در ارتباط بین شناخت‌ها و پیامدهای سلامت تأکید دارند، همسو می‌باشد. این یافته بر اهمیت مداخلات روانشناختی برای اصلاح باورهای فراشناختی ناکارآمد در این بیماران تأکید دارد و همچنین مدل واسطه‌ای پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس راهبردهای تنظیم هیجان و ارتباط آن از طریق نقش میانجی‌گیری ناگویی هیجانی از برازش مطلوبی برخوردار است. باتوجه به اینکه، نمونه پژوهش حاضر بیماران مراجعه کننده با نارسایی قلبی به مراکز تخصصی قلب و عروق استان کرمان است، نتایج پژوهش ممکن است به جمعیت‌های دیگر قابل تعمیم نباشد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی توسط بیماران ممکن است تحت تاثیر سوءگیری‌های شناختی یا اجتماعی قرار گیرد و نتایج را تحت تاثیر قرار دهد. در همین راستا بیماران با شدت‌های متفاوت نارسایی قلبی ممکن است واکنش‌های متفاوتی به راهبردهای تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی نشان دهند که می‌تواند بر نتایج پژوهش اثرگذار باشد و همچنین نتایج این پژوهش ممکن است فقط مختص به بیماران با نارسایی قلبی باشد و به سایر گروه‌های بیماران قابل تعمیم نباشد. تحقیقات آینده می‌توانند با استفاده از نمونه‌گیری از مناطق جغرافیایی مختلف و جمعیت‌های متنوع، نتایج را تعمیم‌پذیرتر کنند. همچنین پژوهش روی اینکه چگونه شدت نارسایی قلبی می‌تواند بر رابطه بین راهبردهای تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی با کیفیت زندگی تاثیر داشته باشد، می‌تواند مفید باشد. در همین راستا پیشنهاد می‌شود مصاحبه‌های عمیق با بیماران جهت درک بیشتر تجربیات آن‌ها از ناگویی هیجانی و چگونگی تاثیر آن بر کیفیت زندگی انجام شود. علاوه بر این، طراحی و ارزیابی مداخلاتی که متمرکز بر راهبردهای تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی در بیماران با نارسایی قلبی است پیشنهاد می‌شود. باتوجه به اینکه، نمونه پژوهش حاضر بیماران مراجعه کننده با نارسایی قلبی به مراکز تخصصی قلب و عروق استان کرمان است، نتایج پژوهش ممکن است به جمعیت‌های دیگر قابل تعمیم نباشد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی توسط بیماران ممکن است تحت تاثیر سوءگیری‌های شناختی یا اجتماعی قرار گیرد و نتایج را تحت تاثیر قرار دهد. در همین راستا بیماران با شدت‌های متفاوت نارسایی قلبی ممکن است واکنش‌های متفاوتی به راهبردهای تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی نشان دهند که می‌تواند بر نتایج پژوهش اثرگذار باشد و همچنین نتایج این پژوهش ممکن است فقط مختص به بیماران با نارسایی قلبی باشد و به سایر گروه‌های بیماران قابل تعمیم نباشد. تحقیقات آینده می‌توانند با استفاده از نمونه‌گیری از مناطق جغرافیایی مختلف و جمعیت‌های متنوع، نتایج را تعمیم‌پذیرتر کنند. همچنین پژوهش روی اینکه چگونه شدت نارسایی قلبی می‌تواند بر رابطه بین راهبردهای تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی با کیفیت زندگی تاثیر داشته باشد، می‌تواند مفید باشد. در همین راستا پیشنهاد می‌شود مصاحبه‌های عمیق با بیماران جهت درک بیشتر تجربیات آن‌ها از ناگویی هیجانی و چگونگی تاثیر آن بر کیفیت زندگی انجام شود. علاوه بر این، طراحی و ارزیابی مداخلاتی که متمرکز بر راهبردهای تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی، ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی در بیماران با نارسایی قلبی است پیشنهاد می‌شود.

۵. ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله و مصوب کمیته اخلاق در پژوهش با شناسه IR.KMU.REC.1404.129 است. در این پژوهش کلیه اصول اخلاقی شامل اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات افراد، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان و ورود یا خروج داوطلبانه مشارکت‌کنندگان رعایت شد. در همین راستا، ملاحظات اخلاقی مطابق با اصول اخلاق در پژوهش در نظر گرفته شد.

۶. سپاسگزاری

از کلیه مسئولین و شرکت‌کنندگان در پژوهش که با همکاری صمیمانه خود در پیشبرد اهداف آن سهیم شدند صمیمانه سپاسگزاری به عمل می‌آید.

۷. حمایت مالی

این مطالعه بدن حمایت مالی نهاد خاصی انجام گرفته است.

۸. تعارض منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

منابع فارسی

- امینی، م.، شباسی، ی.، مطلبی، ز.، و لطفی، م. (۱۳۹۹). نقش راهبردهای تنظیم هیجان و ویژگی‌های شخصیتی در کیفیت زندگی و سلامت روان مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۷(۳)، ۴۳۰-۴۳۴.
https://jsums.medsab.ac.ir/article_1317.html?lang=fa
- بامداد، م.، اسماعیلی، ع.، و قدم پور، ع. ا. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی خانوادگی مادران دارای فرزندان اوتیسم و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی. *مجله شناخت، رفتار، یادگیری*، ۱(۱)، ۱۵۳-۱۶۶.
<https://doi.org/10.61838/jcbl.1.1.12>
- بشردوست، س.، ایزدی، م.، و مجتبیائی، م. (۱۴۰۳). رابطه معنای زندگی و کیفیت زندگی در سالمندان: نقش میانجی اضطراب مرگ. *روان‌شناسی پیری*، ۱۰(۳)، ۳۸۵-۴۰۴.
<https://doi.org/10.22126/jap.2024.10797.1787>
- بیات، ح.، رضایی جمالی، ح.، عباسی، م.، و طاهری، م. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر استرس ادراک شده و خودکنترلی دانش‌آموزان مبتلا به آسم. *روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۳(۱)، ۲۴-۱۲.
https://jisp.uma.ac.ir/article_3055.html
- بیگدلی، ا. ا.، نجفی، م.، و رستمی، م. (۱۳۹۲). رابطه شبکه‌های دلبستگی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری با بهزیستی روانی در دانشجویان علوم پزشکی. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۳(۹)، ۷۲۱-۷۲۹.
<http://ijme.mui.ac.ir/article-1-2694-fa.html>
- حسینی طبقده، ل.، محمودی، ف.، و یعقوبی، ا. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان بر افزایش نشاط ذهنی دانش‌آموزان متوسطه اول. *طلوع بهداشت*، ۳۳(۵)، ۳۳-۱۸.
<http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3667-fa.html>
- حیدری، ح.، و ترکان، ه. (۱۴۰۲). پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی براساس ناگویی خلقی، حساسیت اضطرابی و سرسختی روان‌شناختی. *روانشناسی سلامت*، ۱۲(۴۸)، ۳۶-۲۷.
<https://doi.org/10.30473/hpi.2024.67331.5771>
- خدابخشی کولایی، آ.، فلسفی نژاد، م.، قربانی سکاجایی، ل.، و ثناگو، ا. (۱۳۹۸). باورهای فراشناخت و سازگاری روانشناختی با بهبود کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع دو. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۲۱(۳)، ۷۹-۸۷.
<http://goums.ac.ir/journal/article-1-3295-fa.html>
- دریکوند، م.، دانش پایه، م.، و نخستین روحی، ن. (۱۴۰۳). الگوی ساختاری سازگاری بر اساس تصویر بدنی با نقش میانجی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دانش‌آموزان نوجوان. *روانشناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۳(۱)، ۳۹-۲۵.
https://jisp.uma.ac.ir/article_2914.html
- رستم اوغلی، ز.، موسی‌زاده، ت.، رضازاده، ب.، و رستم‌اوغلی، س. (۱۳۹۲). نقش تعلل ورزی، خود تنظیم‌گری و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی ناگویی خلقی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه. *روانشناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۲(۳)، ۹۶-۷۶.
https://jisp.uma.ac.ir/article_73.html
- رئیس شهرکی، م.، و شاکرمی، م. (۱۴۰۴). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان به شیوه گراس بر تحمل‌پریشانی و ناگویی هیجانی دانشجویان دختر خوابگاهی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۹(۱).
https://apsy.sbu.ac.ir/article_105569.html
- سلطانی، ش.، حسنی، ف.، گلشنی، ف.، و کوچک انتظار، ر. (۱۴۰۰). تدوین مدل ساختاری کیفیت زندگی بیماران قلبی بر اساس کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری با نقش میانجی ناگویی خلقی و انعطاف‌پذیری شناختی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۴)، ۳۴۶۵-۳۴۷۹.
<https://doi.org/10.22038/mjms.2021.19337>
- شاهجویی، ی.، تیزدست، ت.، و ضرب‌خاش بحری، م. (۱۴۰۲). مدل ساختاری رضایت زناشویی بر اساس راهبردهای تنظیم هیجان با نقش واسطه‌ای صفات شخصیتی در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی. *روانشناسی رویش*، ۱۲(۴)، ۱۱۷-۱۲۶.
<http://frooyesh.ir/article-1-4559-fa.html>
- شاهی، ر.، و زاده محمدی، ک. (۱۴۰۳). بررسی تاثیر راهبردهای تنظیم هیجان موثر بر ناگویی هیجانی با میانجی‌گری خودشفقت‌ورزی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸(۱)، ۱۸۰-۲۰۶.
<https://doi.org/10.48308/apsy.2023.230757.1457>
- شش بلوکی، ف.، و هارون رشیدی، ه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نارسای هیجانی و باورهای فراشناختی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۷(۳)، ۲۱۰-۱۹۹.
<https://doi.org/10.22126/jap.2021.6282.1513>

- شیرین زاده دستگیری، ص.، گودرزی، م. ع.، رحیمی، چ.، و نظیری، ق. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت ۳۰. مجله روانشناسی زمستان، ۴۸، ۴۴۵-۴۶۱. <http://noo.rs/7TswO>
- عبدی، ف.، و صادقی، ف. (۱۴۰۳). رابطه تنظیم شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۱۸ (۲)، ۱۵۲-۱۷۲. <https://doi.org/10.48308/apsy.2024.234640.1610>
- عربی، ا.، و باقری، م. (۱۳۹۶). نقش میانجی گری راهبردهای تنظیم هیجان بین شدت درد و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن. روانشناسی سلامت، ۲۲ (۲)، ۷۲-۸۷. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4038.html
- عطادخت، ا.، رحیمی، س.، و ولی نژاد، س. (۱۳۹۷). نقش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و جهت گیری مذهبی در پیش بینی کیفیت زندگی و اضطراب مرگ در سالمندان. روان شناسی پیری، ۴ (۲)، ۱۵۴-۱۴۳. https://jap.razi.ac.ir/article_1002.html
- علی محمد، ف.، ستوده اصل، ن.، و کرمی، ا. (۱۳۹۹). تدوین مدل کیفیت زندگی بر اساس باورهای فراشناختی با میانجی گری استرس ادراک شده سالمندان. روان شناسی پیری، ۴ (۳)، ۳۵۵-۳۴۱. <https://doi.org/10.22126/jap.2019.3263.1266>
- قنواتی، م.، طالبزاده شوشتری، م.، صفرزاده س.، باوی س.، و بختیارپور س. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی و طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان و نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. پویایی روانشناختی در اختلال های خلقی، ۳ (۴)، ۱۱۴-۱۲۸. <https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.4.8>
- کاوسی، ع.، معینی قمچینی، و.، بیکی، ف.، خلیلی، غ.، محمدی، غ.، بیکی، ف.، و ثناگو، ا. (۱۳۹۶). بررسی رابطه باورهای فراشناختی با کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران سرطانی: یک مطالعه مورد-شاهدی. نشریه پژوهش پرستاری ایران، ۱۲ (۱)، ۳۵-۴۱. <http://ijnr.ir/article-1-41-35>، 1920-fa.html
- نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکویی نایینی، ک.، محمد، ک.، و مجدزاده، س. ر. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴ (۴)، ۱-۱۲. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html>
- معمودی منش، ح.، معرفتی، ح.، رخشانی، م. ح.، حسین زاده، پ.، و راد، م. (۱۴۰۳). بررسی اثر ورزش های تعادلی بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، ۱۲ (۳)، ۶۴-۵۴. <https://jms.thums.ac.ir/article-1-1316-fa.html>
- هرندی مقدم، ژ.، و علوی لنگرودی، س. ک. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی رفتاری بر امید به زندگی و شدت افسردگی نوجوانان مبتلا به افسردگی در شهر یزد. طلوع بهداشت، ۲۳ (۶)، ۶۳-۴۹. <http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3714-fa.html>
- هومن، ح. ع. (۱۳۹۳). شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: سازمان سمت. <https://B2n.ir/hb7547>

References

- Abdi, F., & Sadeghi, F. (2024). The Relationship Between Cognitive Emotion Regulation and Marital Intimacy with Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Applied Psychology*, 18(2), 152-172. <https://doi.org/10.48308/apsy.2024.234640.1610> (In Persian)
- Ahmadi-Safa, M., & Majidi-Kia, M. (2023). Test-wiseness, test anxiety, reading strategies metacognitive awareness, and reading comprehension test performance: a SEM study. *Journal of English Language Teaching and Learning*, 15(32), 1-21. <https://doi.org/10.22034/elt.2023.59144.2581>
- Alimohammad, F., Setode-asl, N., & Karami, A. (2021). The development of a quality-of-life model based on metacognitive beliefs with the mediation role of perceived stress in the elderly. *Aging Psychology*, 6(4), 355-341. <https://doi.org/10.22126/jap.2019.3263.1266> (In Persian)
- Amini, M., Shiasy, Y., Motallebi, Z., & lotfi, M. (2020). The role of emotion regulation and personality traits as predictors of quality of life and general health in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 27(3), 424-430. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1317.html?lang=en (In Persian)
- Arabi, E., & Bagheri, M. (2017). The mediating role of emotion regulation strategies on the relationship between pain intensity and quality of life in patients with chronic pain disorder. *Health Psychology*, 6(22), 72-87. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4038.html?lang=en (In Persian)
- Atadokht, A., Rahimi, S., & Valinejad, S. (2018). The role of health promoting lifestyle and religious orientation in predicting quality of life and death anxiety in elders. *Aging Psychology*, 4(2), 143-154. https://jap.razi.ac.ir/article_1002.html?lang=en (In Persian)

- Babaei, S., Varandi, S. R., Hatami, Z., & Gharechahi, M. (2015). Metacognition beliefs and general health in predicting alexithymia in students. *Global Journal of Health Science*, 8(2), 117. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n2p117>
- Bagby, R. M., Parker, J. D.A., & Taylor, G. J (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bamdad, M., Esmaili, A., & Ghadampour, E. (2024). The Effectiveness of Emotion Regulation Training on Family Quality of Life in Mothers of Children with Autism and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Cognition, Behavior, Learning*, 1(1), 153-166. <https://doi.org/10.61838/jcbl.1.1.12> (In Persian)
- Bashardoust, S., Izadi, M., & Mojtabaie, M. (2024). The relationship between meaning in life and quality of life in older adults: the mediating role of death anxiety. *Aging Psychology*, 10(3), 404-385. <https://doi.org/10.22126/jap.2024.10797.1787> (In Persian)
- Battaglini, A. M., Rnic, K., Jameson, T., Jopling, E., & LeMoult, J. (2023). Interpersonal emotion regulation flexibility: Effects on affect in daily life. *Emotion*, 23(4), 1048–1060. <https://doi.org/10.1037/emo0001132>
- Bayat, H., Rezaei Jamalouei, H., abbasi, M. & Taheri, M. (2024). The effectiveness of emotion regulation training on perceived stress and self-control of students with asthma. *Journal of School Psychology*, 13(1), 24-12. https://jsp.uma.ac.ir/article_3055.html (In Persian)
- Besharat M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item toronto alexithymia scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101(1), 209–220. <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
- Bigdeli, I., Najafy, M., & Rostami, M. (2013). The relation of attachment styles, emotion regulation, and resilience to well-being among students of medical sciences. *Iranian Journal of Medical Education*, 13 (9), 721-729. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-2694-en.html> (In Persian)
- Brausch, A. M., Kalgren, T., & Littlefield, A. (2025). Onset and offset of nonsuicidal self-injury prospectively associate with emotion regulation and suicide ideation in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 373, 412-419. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.004>
- Bright, M., Parker, S., French, P., Fowler, D., Gumley, A., Morrison, A. P., Birchwood, M., Jones, P. B., Stewart, S. L. K., & Wells, A. (2018). Metacognitive beliefs as psychological predictors of social functioning: An investigation with young people at risk of psychosis. *Psychiatry Research*, 262, 520–526. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.037>
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11(3), 279–296. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(97\)00011-x](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00011-x)
- Carella, M. C., Forleo, C., Stanca, A., Carulli, E., Basile, P., Carbonara, U., Amati, F., Mushtaq, S., Baggiano, A., Pontone, G., Ciccone, M. M., & Guaricci, A. I. (2023). Heart failure and erectile dysfunction: A review of the current evidence and clinical implications. *Current heart failure reports*, 20(6), 530-541. <https://doi.org/10.1007/s11897-023-00632-y>
- Capobianco, L., Faija, C., Husain, Z., & Wells, A. (2020). Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PloS One*, 15(9), e0238457. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238457>
- Derikvand, M., Danesh Paye, M. and Nokhostin Ruhi, N. (2024). Investigate the structural relation of adjustment based on body image with mediating body image role of cognitive emotion regulation strategies in adolescent students. *Journal of School Psychology*, 13(1), 39-25. https://jsp.uma.ac.ir/article_2914.html (In Persian)
- Di Tella, M., Adenzato, M., Catmur, C., Miti, F., Castelli, L., & Ardito, R. B. (2020). The role of alexithymia in social cognition: evidence from a non-clinical population. *Journal of Affective Disorders*, 273, 482-492. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.012>
- Dubé, V., Tremblay-Perreault, A., Allard-Cobetto, P., & Hébert, M. (2024). Alexithymia as a mediator between intimate partner violence and post-traumatic stress symptoms in mothers of children disclosing sexual abuse. *Journal of Family Violence*, 39(3), 359-367. <https://doi.org/10.1007/s10896-023-00512-y>

- Estévez, A., Jauregui, P., Macía, L., & Martín-Pérez, C. (2022). Alexithymia and emotion regulation strategies in adolescent gamblers with and without at-risk profiles. *Journal of Gambling Studies*, 38(1), 15–29. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10057-8>
- Fanakidou, I., Zyga, S., Alikari, V., Tsironi, M., Stathoulis, J., & Theofilou, P. (2018). Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. *Quality of Life Research*, 27(2), 539–543. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1735-x>
- Gefen, D., Straub, D., & Boudreau, M. (2000). Structural Equation Modeling and Regression: Guidelines for Research Practice. *Communications of the Association for Information Systems*, 4, pp-pp. <https://doi.org/10.17705/1CAIS.00407>
- Ghanavati, M., Talebzadeh Shoushtari, M., Safarzadeh, S., Bavi, S., & Bakhtiarpour, S. (2024). Comparison the effectiveness of cognitive analytical therapy and emotional schema therapy on cognitive emotion regulation and worry of patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(4), 114-128. <https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.4.8> (In Persian)
- Giles, D. (2013). *Advanced research methods in psychology*. New York: Cambridge University Press. <https://B2n.ir/w39717>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Habibovic, M., Leissner, P., Nyklicek, I., Widdershoven, J., & Olsson, E. (2025). Association between psychological inflexibility, distress and health-related quality of life in people with cardiovascular disease. *General Hospital Psychiatry*, 92, 95-99. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2024.12.018>
- Harandi Moghadam, Z., & Alavi Langroody, S. K. (2025). Comparison of the efficacy of metacognitive therapy and cognitive-behavioral therapy on life hope and depression severity in adolescents with depression in Yazd City. *TB*, 23(6), 49-63. <https://doi.org/10.18502/tbj.v23i6.18192> (In Persian)
- Havnen, A., Anyan, F., & Nordahl, H. (2024). Metacognitive strategies mediate the association between metacognitive beliefs and perceived quality of life. *Scandinavian Journal of Psychology*, 65(4), 656-664. <https://doi.org/10.1111/sjop.13015>
- Heidari, H., & Torkan, H. (2024). Predicting the quality of life of hemodialysis patients based on alexithymia, anxiety sensitivity and psychological hardness. *Health Psychology*, 12(48), 27-36. <https://doi.org/10.30473/hpj.2024.67331.5771> (In Persian)
- Hobson, H., Hogeveen, J., Brewer, R., Catmur, C., Gordon, B., Krueger, F., Chau, A., Bird, G., & Grafman, J. (2018). Language and alexithymia: Evidence for the role of the inferior frontal gyrus in acquired alexithymia. *Neuropsychologia*, 111, 229–240. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.12.037>
- Hooman, H. A. (2014). Understanding the scientific method in behavioral sciences. Tehran: SAMT Organization. <https://B2n.ir/hb7547> (In Persian)
- Hosseinitabaghdehi, L., Mahmoudi Joybari, F., & Yaghubi, A. A. (2024). Effectiveness of cognitive emotion regulation strategies training on increasing the mental vitality of first-year secondary school students. *TB*, 23(5), 18-33. <https://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3667-en.html> (In Persian)
- Ilić, I., Šipetić, S., Grujić, J., Mačužić, I. Ž., Kocić, S., & Ilić, M. (2019). Psychometric properties of the world health organization's quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire in medical students. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(12), 772. <https://doi.org/10.3390/medicina55120772>
- Kavosi, A., Moeini Ghamchini, V., Baiky, F., Khalili, G., Mohammadi, G., ... & Baiky, F. (2017). The relationship between metacognitive beliefs with quality of life and mental health of patients with cancer: A Case-Control Study. *Iranian Journal of Nursing Research*, 12(1), 35-41. <http://dx.doi.org/10.21859/ijnr-12016> (In Persian)
- Kekkonen, V., Kraav, S. L., Hintikka, J., Kivimäki, P., Kaarre, O., & Tolmunen, T. (2021). Stability of alexithymia is low from adolescence to young adulthood, and the consistency of alexithymia is associated with symptoms of depression and dissociation. *Journal of Psychosomatic Research*, 150, 110629. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110629>

- Khodabakhshi Koolae, A., Falsafinejad, M. R., Ghorbani Sakachaei, L., & Sanagoo, A. (2019). Relation between metacognitive beliefs and psychological adjustment with improving quality of life in type II diabetic patients. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 21(3), 79-87. <http://goums.ac.ir/journal/article-1-3295-en.html> (In Persian)
- Kougious (Hons), R., Lung, T., Humburg, P., Delbaere, K., & Van Schooten, K. S. (2024). The relationship between pain, quality of life and physical activity in older community living Australians. *Geriatric Nursing*, 59, 306-311 <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.07.021>
- Kozubal, M., Szuster, A., & Wielgopolan, A. (2023). Emotional regulation strategies in daily life: The intensity of emotions and regulation choice. *Frontiers in Psychology*, 14, 1218694. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1218694>
- Ladas, A. I., Gravalas, T., Katsoridou, C., & Frantzidis, C. A. (2024). Harmony in the brain: A narrative review on the shared neural substrates of emotion regulation and creativity. *Brain Organoid and Systems Neuroscience Journal*, 2, 81-91. <https://doi.org/10.1016/j.bosn.2024.10.002>
- Li, X., Peng, C., Qin, F., Luo, Q., Ren, Z., Wang, X., & et al. (2024). Basolateral amygdala functional connectivity in alexithymia: Linking interoceptive sensibility and cognitive empathy. *Neuroscience*, 539, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2023.12.014>
- Livingstone, K. M., & Isaacowitz, D. M. (2021). Age and emotion regulation in daily life: Frequency, strategies, tactics, and effectiveness. *Emotion*, 21(1), 39. <https://doi.org/10.1037/emo0000672>
- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1276-1290. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.09.005>
- Meyer, T., Smeets, T., Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2012). The efficiency of reappraisal and expressive suppression in regulating everyday affective experiences. *Psychiatry research*, 200(2-3), 964-969. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.034>
- McGillivray, L., Becerra, R., & Harms, C. (2019). Alexithymia stability and therapeutic outcome in an Australian psychiatric outpatient sample. *Clinical Psychologist*, 23(1), 37-46. <https://doi.org/10.1111/cp.12148>
- Motamedimanesh, H., Marefati, H., Rakhshani, M. H., Hoseinzadeh, P., & Rad, M. (2024). The effect of balance exercises on sleep quality in patients with heart failure. *Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences Journal*, 12(3), 54-64. <http://dx.doi.org/10.61186/jmsthums.12.3.54> (In Persian)
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. (2006). The world health organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 4(4), 1-12. <http://sisph.tums.ac.ir/article-1-187-en.html> (In Persian)
- Neumann, D., Hammond, F. M., Sander, A. M., Bogner, J., Bushnik, T., Finn, J. A., & et al. (2024). Longitudinal investigation of alexithymia as a predictor of empathy, emotional functioning, resilience, and life satisfaction 2 years after brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 105(8), 1529-1535. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2024.04.008>
- Neves, E. T., Silva, J. H. D., Urbanetto, J. S., Buboltz, F. L., Kegler, J. J., Ribeiro, C. F., Oliveira, D. C., & Lorenzini, E. (2023). Quality of life in the voice of children who depend on health technologies: Mixed methods study. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, e83-e92. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.07.017>
- Palma-Álvarez, R. F., Ros-Cucurull, E., Daigre, C., Perea-Ortueta, M., Serrano-Pérez, P., Martínez-Luna, N., Salas-Martínez, A., Robles-Martínez, M., Ramos-Quiroga, J., Roncero, C., & Grau-López, L. (2021). Alexithymia in patients with substance use disorders and its relationship with psychiatric comorbidities and health-related quality of life. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 659063. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.659063>
- Panayiotou, G., Panteli, M., & Leonidou, C. (2021). Coping with the invisible enemy: The role of emotion regulation and awareness in quality of life during the COVID-19 pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 19, 17-27. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.002>
- Piamjariyakul, U., Wang, K., & Smith, M. (2024). Family caregiving of patients with heart failure and vascular dementia in rural appalachia: A mixed-methods study. *Western Journal of Nursing Research*, 46(5), 344-355. <https://doi.org/10.1177/01939459241242536>

- Quattropiani, M. C., Lenzo, V., Sardella, A., & Bonanno, G. A. (2022). Expressive flexibility and health-related quality of life: The predictive role of enhancement and suppression abilities and relationships with trait emotional intelligence. *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(6), 698-704. <https://doi.org/10.1111/sjop.12849>
- Raeisshahraki, M., & Shakarami, M. (2025). Investigating The Effectiveness of Emotion Regulation Training Using Gross's Method on Distress Tolerance and Alexithymia of Female Dormitory Students. *Applied Psychology*, 19(1), 200-220. https://apsy.sbu.ac.ir/article_105569.html?lang=en (In Persian)
- Rechenberg, K., Cousin, L., & Redwine, L. (2020). Mindfulness, anxiety symptoms, and quality of life in heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 35(4), 358-363. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000630>
- Rostamoghli, Z., Mosazadeh, T., Rezazadeh, B., & Rostamoghli, S. (2013). The role of procrastination, self-regulation and metacognitive beliefs in predicting alexithymia and academic burnout in female high school students. *Journal of School Psychology*, 2(3 (7)), 79-96. https://jsp.uma.ac.ir/article_73.html?lang=en (In Persian)
- Seixas, R., Pignault, A., & Houssemand, C. (2021). Emotion regulation questionnaire-adapted and individual differences in emotion regulation. *Europe's Journal of Psychology*, 17(1), 70-84. <https://doi.org/10.5964/ejop.2755>
- Shahi, R., & ZadehMohamadi, K. (2024). Investigating the effect of effective emotion regulation strategies on alexithymia with the mediation of self-compassion. *Applied Psychology*, 18(1), 180-206. <https://doi.org/10.48308/apsy.2023.230757.1457> (In Persian)
- Shahjoei, Y., Tizdast, T., & Zarbakhsh Bahri, M. (2023). Structural model of marital satisfaction based on emotion regulation strategies with the mediating role of personality traits in women with premenstrual syndrome. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 12(4), 117-126. <http://frooyesh.ir/article-1-4559-en.html> (In Persian)
- Shesh Boloki, F., & Haroon Rashidi, H. (2021). The effectiveness of compassion-based therapy on meta-cognitive beliefs and alexithymia in the elderly. *Aging Psychology*, 7(3), 210-199. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.6282.1513> (In Persian)
- Shirinzadeh Dastgiri, S., Goudarzi, M.A., Rahimi, C., & Naziri, G. (2009). Study of factor structure, validity and reliability of metacognition questionnaire-30. *Journal of Psychology*, 12(1(48)), 445-461. <https://sid.ir/paper/54377/en> (In Persian)
- Soltani, S., Hasani, F., Golshani, F., & KoochakEntezar, R. (2021). Development of a structural model of quality of life of heart patients based on the center for health control and disease perception with the mediating role of mood dysphoria and cognitive flexibility. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences*, 64(4), 3465-3479 <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.19337> (In Persian)
- Stellern, J., Xiao, KB., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). emotion regulation in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 118(1), 30-47. <https://doi.org/10.1111/add.16001>
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2021). Examining proposed changes to the conceptualization of the alexithymia construct: The way forward tilts to the past. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90, 145-155 <https://doi.org/10.1159/000511988>.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the meta cognitions' questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12), 881-888. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2)
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. *Programme on Mental Health*. <https://www.who.int/tools/whoqol>