



Original Article

The Relationship between Alexithymia and Emotional Maturity with the Mediation of Attachment Styles in Cardiovascular Patients

Mina Rostami¹, MD; Morteza Soleimani², MSc; Mahsa Abbasi³, MSc; Alireza Sadeghi⁴, MD; Vahid Toupchi Khosroshahi^{5*}, MD; Pooya Davasaz Rabbani⁶, MSc; Parinaz Sadat Amiri Sararoodi⁷, MSc

¹Social Determinants of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

²Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University Science and Research Unit, Tehran, Iran

³Psychology Center, Ayatollah Mousavi Hospital, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

⁴Department of Internal Medicine, Vali-e-Asr Hospital, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

⁵Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

⁶Department of Cardiology, School of Medicine, Ayatollah Mousavi Hospital, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

⁷Master of Clinical Psychology, School of Medicine, Beheshti Hospital, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Article Information

Article History:

Received: April 17, 2021

Accepted: June 07, 2023

*Corresponding Author:

Vahid Toupchi Khosroshahi,
Faculty of Psychology and Educational
Sciences, University of Tehran,
Tehran, Iran

Email: khosroshahiv1@gmail.com

Abstract

Introduction: Psychological factors might play a role in the onset and exacerbation of cardiovascular disease. This study aimed to determine the relationship between Alexithymia and Emotional Maturity with the mediation of Attachment Styles among cardiovascular patients in Zanjan, Iran.

Methods: The present study has a descriptive-correlational design. The statistical population of this study encompassed a range of 670 patients with cardiovascular diseases who were referred to the Cardiology Clinic of Ayatollah Mousavi Hospital in Zanjan from March to August 2019. The sample size was estimated to be 244 people using Cochran formula. Data collection tools included Hazen and Shaver's standard adult attachment style questionnaire, Toronto's ataxia, and Singh and Bhargava questionnaires. The Pearson correlation coefficient and multiple regression analyses were done using SPSS 24 software.

Results: There was a positive correlation between alexithymia with emotional instability ($r=0.14$, $P<0.01$), personality decay ($r=0.36$, $P<0.01$), and emotional maturity ($r=0.38$, $P<0.01$). The results of multiple regression analysis showed that emotional instability ($P=0.009$), personality decay ($P=0.016$), and emotional immaturity ($P=0.009$) significantly predicted secure style. Additionally, difficulty in describing emotions significantly predicted avoidant style ($P=0.034$). Emotional maturity ($P=0.006$) and difficulty recognizing emotions ($P=0.009$) also significantly predicted ambivalent style.

Conclusion: Personality traits and emotional alexithymia can be used as indicators for predicting attachment styles and social behaviors, and specifically, lack of emotional stability, personality disintegration, and emotional alexithymia can predict secure and ambivalent styles to some extent. Also, difficulty in describing emotions and emotional immaturity have the ability to predict the avoidant style. These results can help to better understand individual behaviors and design solutions to improve behavior.

Keywords: Attachment Styles, Emotional Maturity, Affective Symptoms, Patients, Cardiovascular Diseases

Please cite this article as:

Rostami M, Soleimani M, Abbasi M, Sadeghi AR, Toupchi Khosroshahi V, Davasaz Rabbani P, Amiri Sararoodi PS. The Relationship between Alexithymia and Emotional Maturity with the Mediation of Attachment Styles in Cardiovascular Patients. Sadra Med. Sci. J. 2024; 12(1): 1-11.



مقاله پژوهشی

رابطه‌ی ناگویی هیجانی و بلوغ عاطفی با میانجی‌گری سبک‌های دلبستگی در بیماران قلبی عروقی

مینا رستمی^۱، مرتضی سلیمانی^۲، مهسا عباسی^۳، علیرضا صادقی^۴، وحید توپچی خسروشاهی^۵، پویا دواساز ربانی^۶، پریناز سادات امیری سررودی^۷

^۱ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۳ مرکز روانشناسی، بیمارستان آیت الله موسوی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
^۴ گروه داخلی، دانشکده پزشکی، بیمارستان ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
^۵ دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
^۶ گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، بیمارستان آیت الله موسوی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
^۷ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، بیمارستان بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۱۷

نویسنده مسئول:

وحید توپچی خسروشاهی،
 دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران،
 تهران، ایران
 پست الکترونیکی: khosroshahiv1@gmail.com

مقدمه: عوامل روان‌شناختی ممکن است در بروز و تشدید بیماری‌های قلبی عروقی نقش داشته باشند. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین رابطه‌ی سبک‌های دلبستگی، ناپختگی عاطفی و ناگویی هیجانی در بیماران قلبی عروقی شهر زنجان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل طیفی متشکل از ۶۷۰ بیمار مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی مراجعه‌کننده به کلینیک قلب و عروق بیمارستان آیت‌الله موسوی زنجان در فاصله‌ی زمانی فروردین تا شهریور ۱۳۹۸ بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۲۴۴ نفر برآورد شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌ی استاندارد سبک‌های دلبستگی بزرگسالان هازن و شیور، ناگویی هیجانی تورنتو و بلوغ عاطفی سینگ و بهارگاوا بود. تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS 24 و با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه انجام شد.

یافته‌ها: نتایج آنالیز همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه‌ی مثبت و معناداری بین ناگویی هیجانی با نداشتن ثبات عاطفی ($r=0.14$, $P<0.01$)، فروپاشی شخصیت ($r=0.36$, $P<0.01$) و ناپختگی عاطفی ($r=0.38$, $P<0.01$) وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که نداشتن ثبات عاطفی ($P=0.009$)، فروپاشی شخصیت ($P=0.0016$) و ناگویی هیجانی ($P=0.009$) به‌طور معناداری سبک ایمن را در بیماران قلبی و عروقی پیش‌بینی می‌کنند. همچنین، دشواری در توصیف احساسات، سبک اجتنابی را به‌طور معناداری پیش‌بینی می‌کند ($P=0.034$)، ناپختگی عاطفی ($P=0.006$) و دشواری در تشخیص احساسات ($P=0.009$) نیز به‌طور معناداری سبک دوسوگرا را پیش‌بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: ویژگی‌های شخصیتی و ناگویی هیجانی می‌توانند به‌عنوان شاخص‌هایی برای پیش‌بینی سبک‌های دلبستگی و رفتارهای اجتماعی استفاده شوند و به‌طور خاص، نداشتن ثبات عاطفی، فروپاشی شخصیت و ناگویی هیجانی می‌توانند سبک ایمن و سبک دوسوگرا را تا حدودی پیش‌بینی نمایند. همچنین، دشواری در توصیف احساسات و ناپختگی عاطفی نیز توان پیش‌بینی سبک اجتنابی را دارند. این نتایج می‌تواند به درک بهتر رفتارهای فرد و طراحی راهکارهایی برای بهبود رفتار کمک کنند.

کلمات کلیدی: سبک‌های دلبستگی، بلوغ عاطفی، نشانه‌های عاطفی، بیماران، بیماری‌های قلبی-عروقی

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

رستمی م، سلیمانی م، عباسی م، صادقی ع، توپچی خسروشاهی و، دواساز ربانی پ، امیری سررودی پ س. رابطه‌ی ناگویی هیجانی و بلوغ عاطفی با میانجی‌گری سبک‌های دلبستگی در بیماران قلبی عروقی. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۲، شماره ۱، زمستان ۱۴۰۲، صفحات ۱۱-۱.

بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که این بیماران دشواری‌های زیادی در شناسایی و اظهار احساساتشان دارند. نتایج گذشته نشان می‌دهد که در متغیر ناگوی هیجانی، بیماران مبتلابه اختلالات غیرسایکوتیک و افراد بهنجار تفاوت معناداری دارند. در نتیجه بیماران سایکوتیک سطوح بالای ناگوی هیجانی دارند (۹-۱۱). این امر در ارتباط با بیماران مبتلابه بیماری‌های قلبی و عروقی که در مقابل هیجانات منفی وابسته به بیماری در بیان مناسب هیجانات مشکل دارند و بیشتر از راهبردهای منفی همچون سرکوب آن‌ها استفاده می‌کنند، نیز به تشدید علائم جسمی و روان‌شناختی منجر می‌شود. از طرفی وقتی فرد احساسات خود را بشناسد و در تعامل با دیگران بیان کند و به کار ببرد، این فرد به بلوغ عاطفی رسیده است. چنین فردی می‌تواند به شکل صحیحی احساساتش را ابراز کند. همچنین احساسات دیگران را نیز به همان خوبی شناسایی و درک می‌کند. بلوغ عاطفی و استقلال عاطفی ضرورتی برای زندگی موفق هستند (۱۲). رشد عاطفی فرایند پایان‌ناپذیر رسیدن به قابلیت‌های ذهن و تجلی آن‌هاست. به نحوی که فرد در دوره‌ی زندگی به بالندگی می‌رسد. رشد عاطفی توانمندی‌ها و مهارت‌هایی را فراهم می‌سازد که فرد برای عملکرد بهتر در جامعه نیازمند آن است. در واقع اگر فردی بتواند خودش را از دیگران مجزا کند و افکار، ایده‌ها و خواسته‌های مستقل داشته باشد، استقلال عاطفی دارد و به بلوغ عاطفی رسیده است (۱۳).

برخی از افراد گرچه از نظر جسمی بالغ هستند؛ اما از نظر عاطفی هرگز به بلوغ نمی‌رسند. نشانه‌ی بلوغ عاطفی این است که فرد به تدریج رفتارها و واکنش‌های خام را کنار گذاشته و از حقیقت نگریزد و حتی در موقعیت‌های گوناگون به جای واکنش‌های هیجانی، واکنش‌های منطقی و عاقلانه درپیش گیرد (۱۴).

در مطالعات مشابه نیز ارتباط بین ناگوی هیجانی و برخی عوامل عاطفی با بیماری‌های قلبی و عروقی گزارش شده است و بیانگر این است که بین ناگوی هیجانی با برخی از عوامل خطر عاطفی بیماری‌های قلبی و عروقی شامل اضطراب، افسردگی، خشم و اشکال بیان خشم رابطه وجود دارد (۱۵).

از طرفی برخی از نظریه‌های شناختی و عاطفی، تأکید دارند که به جای پرداختن به وجوه تمایز در مشکلات شناختی، باید بر اشتراکات بین آن‌ها توجه کرد و از این منظر اثربخشی یک عامل بر عامل دیگر را تبیین کرد (۱۶). این عوامل می‌توانند نقش میانجی را در رابطه‌ی بین دو متغیر دیگر ایفا نمایند. در این مورد

بیماری‌های قلبی عروقی به‌عنوان علت اصلی مرگ‌ومیر در سراسر جهان شناخته می‌شوند و هر ساله هزینه‌های درخور توجهی را بر سیستم بهداشت و درمان کشورها تحمیل می‌کنند (۱). طبق جدیدترین آمار موجود بیماری‌های قلبی عروقی اولین عامل مرگ‌ومیر در ایران شناخته شده‌اند که منجر به ۴۶٪ کل مرگ‌ها و ۲۰-۲۳٪ بار بیماری در ایران شده‌اند (۲). بروز بیماری‌های قلبی عروقی در زنان معمولاً کمتر از مردان است، با این حال، زنان پس از حوادث حاد قلبی عروقی مرگ‌ومیر بالاتر و پیش‌آگهی بدتری دارند (۳). این بیماری‌ها در کنار مرگ‌ومیر بالا یکی از علل از کارافتادگی در بیماران نیز هستند، به طوری که بیمارانی که از سکت‌های قلبی جان سالم به درمی‌برند، دیگر نمی‌توانند به زندگی عادی بازگشته و محدودیت‌های بسیاری را در زندگی تحمل می‌کنند (۴). بیشتر افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی از اختلالات روانی همچون افسردگی، اختلالات اضطرابی، دلیریوم و دیگر اختلالات شناختی رنج می‌برند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند با وجود پیشگیری مناسب، مرگ‌ومیر ناشی از این عارضه در کشورهای توسعه‌یافته کاهش چشمگیری داشته است، اما در کشور ایران این روند صعودی بوده و روزبه‌روز به تعداد افراد مبتلابه این بیماری‌ها افزوده می‌گردد (۵). عوامل مرتبط متعددی با این بیماری گزارش شده است که از آن جمله می‌توان به مؤلفه‌های جمعیت‌شناختی همچون سن، جنس، سبک زندگی، عوامل روان‌شناختی و عاطفی اشاره نمود (۶).

این بیماران به دنبال علائم جسمی و روان‌شناختی مرتبط معمولاً در تنظیم هیجانات منفی وابسته به شرایط جسمی و روانی ناتوان می‌شوند و به عبارتی ناگوی هیجانی را تجربه می‌کنند و همین امر در تشدید علائم آن‌ها نقش مهمی دارد. ناگوی هیجانی به دشواری در خودتنظیمی هیجانی و به عبارت دیگر به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود. ناگوی هیجانی سازه‌ای چندوجهی است و ویژگی اصلی آن ناتوانی افراد در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخصی و فقر شدید در تفکر نمادین است که آشکارسازی بازخوردها، احساس‌ها، تمایلات، کشاننده‌ها را محدود می‌کند (۷). این افراد در بازشناسی هیجان‌ها و توصیف احساس‌های خود مشکل دارند و قدرت تجسم محدودی دارند که نشان از محدودبودن تخیل در آن‌ها است (۸). مطالعات پیشین که ناگوی هیجانی را در بیماران سایکوتیک

سال ۱۳۹۸ مراجعه کردند، تشکیل دادند که تعداد آن‌ها ۶۷۰ نفر، براساس سرشماری بود.

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۲۴۴ نفر برآورد شد.

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2} \div \left(1 + \frac{1}{N} \left(\frac{Z^2 pq}{d^2} - 1 \right) \right)$$

به این ترتیب $P=0,5$ و n و q حجم نمونه‌ی آماری که ۳۸۵ محاسبه گردید، N حجم جامعه‌ی آماری که ۶۷۰ نفر بود، d اشتباه مجاز معادل $0,05$ و Z مقدار متغیر نرمال با سطح اطمینان $1-\alpha$ است که در آزمون دودامنه مقدار آن برای سطح اطمینان ۹۵ درصد برابر $1,96$ است. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام گرفت.

معیارهای ورود و خروج

ملاک‌های ورود شامل سن ۱۸ تا ۶۰ سال، تحصیلات کلاس هشتم به بالا، تمایل برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل پاسخگویی تصادفی به سؤالات، نیمه‌کاره پاسخ‌دادن به سؤالات پرسش‌نامه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسش‌نامه‌ی بلوغ عاطفی سینگ و گاوا: این پرسش‌نامه را سینگ و گاوا در سال ۱۹۹۰ طراحی کردند و شامل ۴۸ گویه است (۲۶). این مقیاس به پنج گروه تقسیم می‌شود: نداشتن ثبات عاطفی، بازگشت عاطفی، سازگاری عاطفی، فروپاشی شخصیت و فقدان استقلال؛ هرکدام ده گویه و فقدان استقلال با هشت گویه. گویه‌ها در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (هرگز=۱) تا (خیلی زیاد=۵) درجه‌بندی شده‌اند. نمره‌ی پایین بیانگر وضعیت مطلوب‌تر و بلوغ عاطفی بیشتر است. در این مقیاس، نمره‌ی ۵۰ تا ۸۰ بلوغ عاطفی بسیار باثبات، نمره‌ی ۸۱ تا ۸۸، بلوغ عاطفی نسبتاً باثبات، نمره‌ی ۸۹ تا ۱۰۶، بلوغ عاطفی بی‌ثبات و نمره‌ی ۱۰۷ تا ۲۴۰ بلوغ عاطفی بسیار بی‌ثبات منظور می‌شود. در مطالعات بررسی نسخه‌ی فارسی این ابزار، پایایی با آزمون بازآزمون $0,75$ نشان داده شده است (۲۷). همسانی درونی این مقیاس با محاسبه‌ی ضریب‌های همبستگی بین کل نمرات هریک از پنج زیرمقیاس تعیین شد. نداشتن

می‌توان به سبک‌های دلبستگی اشاره نمود. سبک‌های دلبستگی از طریق ایجاد مدل‌های درون‌کاری بر نحوه‌ی اسناددهی افراد به وقایع ارتباطی تأثیر می‌گذارد. به‌طورکلی افراد با سبک دلبستگی ایمن بیشتر از اسنادهای غنی‌کننده‌ی رابطه‌ی (مثبت) برای توجیه رفتارهای منفی خود استفاده می‌کنند و افراد نایمن بیشتر از اسنادهای منفی در این خصوص استفاده می‌کنند (۱۷-۱۹). افراد با سبک‌های دلبستگی ایمن در مقایسه با افراد با سبک‌های دلبستگی نایمن، رابطه‌ی عشقی و رمانتیک بهتر و پایدارتری دارند، اعتمادبه‌نفس بالاتری دارند و به هموعان خود بیشتر اعتماد کرده و تعاملات آن‌ها سازنده‌تر است. در مقابل افراد با سبک دلبستگی اجتنابی، از افراد به شکل واضحی دوری می‌کنند و دلبستگی در آن‌ها کمتر است، این عوامل می‌تواند نقش مهم و تأثیرگذاری در زندگی افراد ایفا نمایند (۲۰-۲۳).

اگرچه بسیاری از عوامل زمینه‌ساز و خطر بیماری‌های قلبی-عروقی طی مطالعاتی شناسایی شده‌اند (۲۴) و (۲۵)، اما متغیرها و مؤلفه‌هایی که مرتبط با این عوامل خطر هستند به صورت کامل شناسایی و میزان نقش آنان مشخص نشده است و این مسئله یکی از خلأهای موجود در مطالعات مشابه است. همچنین در مطالعات مشابه به متغیرهای میانجی و تعدیل‌گری که بتوانند با ورود خود، رابطه‌ی بین دو متغیر اصلی تحقیق، یعنی بلوغ عاطفی و ناگویی هیجانی را از بین برده یا تعدیل نمایند، اشاره‌ای نشده است. اهمیت عوامل میانجی و تعدیل‌گر در آن است که در مداخلات درمانی می‌توان از آن‌ها برای اثرگذاری بر متغیر وابسته استفاده کرد یا با بررسی متغیر میانجی وضعیت ناگویی هیجانی را در بیماران تبیین نمود. بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی ناگویی هیجانی و بلوغ عاطفی با نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی در بیماران قلبی-عروقی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه و جامعه‌ی آماری

مطالعه‌ی حاضر مطالعه‌ای توصیفی از نوع همبستگی و با اهداف کاربردی بود. جامعه‌ی آماری این مطالعه را تمامی بیماران ساکن در شهر زنجان که عارضه‌ی قلبی-عروقی (آنژین صدری، انفارکتوس میوکارد و...) در آن‌ها تشخیص داده شده و برای بررسی و درمان به کلینیک‌های ویژه‌ی قلب زنجان در شش ماهه‌ی اول

ثبات عاطفی ۰/۷۵، بازگشت عاطفی ۰/۶۳، ناسازگاری اجتماعی ۰/۵۸، فروپاشی شخصیت ۰/۸۶ و فقدان استقلال ۰/۴۲ به دست آمد (۲۷). در مطالعه‌ی حاضر آلفای کرونباخ برای نداشتن ثبات عاطفی ۰/۷۰، بازگشت عاطفی ۰/۶۵، ناسازگاری اجتماعی ۰/۵۵، فروپاشی شخصیت ۰/۸۳، و فقدان استقلال ۰/۴۰ به دست آمد. مقیاس ناگوی هیجانی تورنتو: این پرسش‌نامه آزمونی بیست سؤالی است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق است. در این مقیاس، سازه‌ی ناگوی هیجانی در سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون ارزیابی می‌شود. سؤالات چهار، ده، هجده و نوزده به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره‌ی شرکت‌کننده در این پرسش‌نامه، بیست و حداکثر آن صد است (۲۸). بشارت در یک نمونه‌ی ۵۸۷ نفری آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۵، برای دشواری در تشخیص احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و تفکر با جهت‌گیری خارجی ۰/۷۲ گزارش نموده است. در مطالعه‌ی یادشده روایی هم‌زمان نیز بررسی و مطلوب ۰/۷۹ گزارش شده است. اعتبار بازآزمون نیز برای مقیاس کل و هر یک از زیرمقیاس‌ها در بازه‌ی ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ قرار داشت (۲۸). در مطالعه‌ی حاضر، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۸، ۰/۷۵ و ۰/۷۰ بود.

مقیاس دلبستگی^۱: این مقیاس پانزده گویه دارد که به هریک از سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب پنج گویه تعلق می‌گیرد (۲۹). نمره‌گذاری در مقیاس لیکرت از هرگز (نمره ۱) تا تقریباً همیشه (نمره ۵) صورت می‌گیرد. در این پرسش‌نامه از مشارکت‌کنندگان خواسته می‌شود گزینه‌هایی را انتخاب کنند که سبک مشخص آن‌ها را در روابط نزدیک، بهتر توصیف می‌کنند و خرده‌مقیاسی که آزمودنی نمره‌ی بالاتری در آن کسب کند، به‌عنوان سبک دلبستگی فرد لحاظ می‌شود. حداقل و حداکثر نمره‌ی آزمودنی در خرده‌مقیاس‌های آزمون به ترتیب پنج و ۲۵ خواهد بود (۳۰). اعتبار آلفای کرونباخ این ابزار، برای سبک ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ نشان داده شده است که اعتبار مطلوبی را نشان می‌دهد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های نمونه‌ی

سیصد نفری از شرکت‌کننده‌ها در دو نوبت با فاصله‌ی چهارهفته برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب درباره‌ی سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۵ بود که نشانه‌ی رضایت‌بخش بودن اعتبار بازآزمایی است (۳۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ درباره‌ی سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۰ به دست آمد.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه‌ی حاضر را کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد اخلاق IR.ZUMS.REC.1398.181 تأیید کرده است. همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه، رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی کتبی دریافت شد. گفتنی است که مجری و همکاران پژوهش حاضر به اصول کد ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی در تمامی مراحل پژوهش پایبند بوده‌اند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای بررسی ارتباط بین متغیرهای پیوسته از آزمون همبستگی پیرسون و برای تعیین میزان تبیین‌کنندگی و تبیین‌پذیری متغیرها از رگرسیون چندگانه در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها

از میان کل شرکت‌کنندگان، درنهایت ۲۰۰ شرکت‌کننده وارد مطالعه گردیدند. از بین ۲۰۰ شرکت‌کننده در مطالعه، ۱۲۲ نفر مرد و ۷۸ نفر زن بودند. بیشترین شرکت‌کننده مربوط به گروه سنی ۵۰ تا ۵۵ سال (با مقدار ۵۱ درصد) بود. میانگین سنی شرکت‌کننده‌ها $54/20 \pm 13/45$ بود. تحصیلات دیپلم بیشترین فراوانی با تعداد ۱۲۰ نفر را داشت. درباره‌ی شغل شرکت‌کنندگان نیز خانه‌داری و شغل آزاد، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بودند. بررسی وضعیت اقتصادی نیز نشان داد که افرادی که درآمد ماهیانه‌ی آن‌ها بالای ۲ میلیون تومان است، بیشترین فراوانی با تعداد ۱۰۸ نفر را داشتند.

جدول ۱: اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای مطالعه است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین مشاهده‌شده‌ی سبک دوسوگرا ۱۹/۰۲، سبک اجتنابی ۱۸/۱۶، سبک ایمن ۱۳/۴۰، ناپختگی عاطفی ۱۶۲/۲۴ و ناگوی هیجانی ۶۶/۸۲ است.

1. Adult attachment questionnaire (AAQ)

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرها و مؤلفه‌های مطالعه

متغیر	چولگی	کشدگی	میانگین	انحراف معیار
نداشتن ثبات عاطفی	۰/۳۱	-۰/۴۲	۳۳/۲۰	۴/۷۰
بازگشت عاطفی	۰/۰۲	۰/۳۱	۳۶	۶/۴۱
ناسازگاری اجتماعی	۰/۱۸	۰/۰۸	۳۲/۳۶	۴/۹۱
فروپاشی شخصیت	۰/۶۸	۰/۱۰	۳۵/۳۵	۶/۰۸
فقدان استقلال	۰/۶۱	۰/۲۸	۲۵/۳۲	۳/۱۶
ناپختگی عاطفی (نمره‌ی کل)	-۰/۳۵	-۰/۱۶	۱۶۲/۲۴	۱۶/۳۴
دشواری در تشخیص احساسات	-۰/۴۹	-۰/۳۶	۲۵/۲۸	۳/۶۶
دشواری در توصیف احساسات	-۰/۰۹	-۱/۰۳	۱۷/۱۸	۲/۴۵
تفکر معطوف به بیرون	۰/۲۲	-۰/۸۶	۲۴/۳۶	۲/۷۵
ناگویی هیجانی (نمره‌ی کل)	-۰/۱۵	۰/۸۹	۶۶/۸۲	۶/۰۹
سبک دلبستگی ایمن	۰/۳۹	-۱/۰۶	۱۳/۴۰	۲/۹۶
سبک دلبستگی اجتنابی	۰/۴۹	-۰/۷۲	۱۸/۱۶	۲/۷۸
سبک دلبستگی دوسوگرا	۰/۳۷	۰/۰۰	۱۹/۰۲	۳/۸۷

شخصیت و ناگویی هیجانی را به ترتیب به میزان ۲۶، ۱۹/۹ و ۳۳/۴ درصد دارد. همچنین سبک اجتنابی تنها توانست مؤلفه‌ی دشواری در توصیف احساسات را به میزان ۲۱/۷ درصد به صورت منفی تبیین نماید. در نهایت سبک دوسوگرا توان تبیین مثبت ناپختگی عاطفی و دشواری در تشخیص احساسات را به میزان ۲۹/۶ و ۲۸/۴ داشت (جدول ۳).

بحث

هدف از مطالعه‌ی حاضر تعیین رابطه‌ی سبک‌های دلبستگی، ناپختگی عاطفی و ناگویی هیجانی در بیماران قلبی عروقی شهر زنجان بود. نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی با نداشتن ثبات عاطفی، فروپاشی شخصیت و ناپختگی عاطفی در ارتباط است. همچنین، تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که نداشتن ثبات عاطفی، فروپاشی شخصیت و ناگویی هیجانی به طور معناداری سبک ایمن را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین، دشواری در توصیف احساسات، سبک اجتنابی را به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند و ناپختگی عاطفی و دشواری در تشخیص احساسات نیز به طور معناداری سبک دوسوگرا را پیش‌بینی می‌کنند.

نتایج حاصله به نوعی با یافته‌های مطالعات پترز (۳۱) و مهدوی (۳۲) همسو بود. در مطالعه‌ی پترز

همان‌گونه که جدول دو نشان می‌دهد؛ ناگویی هیجانی با نداشتن ثبات عاطفی، فروپاشی شخصیت و ناپختگی عاطفی رابطه‌ی معنادار دارد ($P < 0/05$). نوع ارتباط بین این متغیرها از نوع مثبت و مستقیم است. به طوری که با افزایش ناگویی هیجانی، نداشتن ثبات عاطفی، فروپاشی شخصیت و ناپختگی عاطفی در بیماران افزایش می‌یابد. همچنین ارتباط بین سبک ایمن با نداشتن ثبات عاطفی و فروپاشی شخصیت، معنادار بود ($P < 0/05$). نوع ارتباط در تمامی نمونه‌ها از نوع منفی و معکوس بود. همچنین رابطه‌ی سبک اجتنابی با مؤلفه‌ی ناسازگاری اجتماعی و سبک دوسوگرا با ناپختگی عاطفی و مؤلفه‌های نداشتن ثبات عاطفی و ناسازگاری اجتماعی معنادار بود ($P < 0/05$). نوع ارتباط در تمامی نمونه‌ها، از نوع مثبت و مستقیم بود. درباره‌ی ناگویی هیجانی نیز رابطه‌ی بین سبک ایمن با ناگویی هیجانی و دشواری در تشخیص احساسات معنادار بود ($P < 0/05$). همچنین رابطه‌ی سبک اجتنابی با ناگویی هیجانی و دشواری در توصیف احساسات و نیز رابطه‌ی سبک دوسوگرا با دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و ناگویی هیجانی معنادار بود ($P < 0/05$).

نتایج آزمون رگرسیون نشان می‌دهد که از میان متغیرهای پیش‌بین وارد شده به آزمون رگرسیون چندگانه، سبک ایمن توان تبیین نداشتن ثبات عاطفی، فروپاشی

جدول ۲. نتایج بررسی همبستگی بین متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱	۱												
۲	۰/۶۶**	۱											
۳	۰/۷۰**	۰/۶۴**	۱										
۴	۰/۶۳**	۰/۵۵**	۰/۵۴**	۱									
۵	۰/۶۰**	۰/۵۷**	۰/۵۲**	۰/۶۳**	۱								
۶	۰/۶۸**	۰/۴۷**	۰/۴۴**	۰/۲۵**	۰/۳۱**	۱							
۷	۰/۳۹**	۰/۰۴	۰/۰۷	۰/۲۵*	۰/۱۲	۰/۴۰**	۱						
۸	۰/۰۴	۰/۵۸**	۰/۵۲**	۰/۵۱**	۰/۱۱	۰/۳۱**	۰/۶۴**	۱					
۹	۰/۱۲	۰/۰۵	۰/۱۳	۰/۱۶	۰/۰۸	۰/۱۲	۰/۷۶**	۰/۶۵**	۱				
۱۰	۰/۴۱**	۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۳۶**	۰/۰۸	۰/۳۸**	۰/۶۱**	۰/۶۴**	۰/۷۳**	۱			
۱۱	-۰/۳۳**	-۰/۱۳	-۰/۰۸	-۰/۳۱**	-۰/۰۹	-۰/۱۷	-۰/۲۴*	۰/۱۶	-۰/۱۴	-۰/۳۵**	۱		
۱۲	۰/۰۸	۰/۱۱	۰/۴۱**	۰/۱۵	۰/۰۴	۰/۱۶	۰/۰۶	۰/۶۴**	۰/۱۲	۰/۵۴**	۰/۶۲**	۱	
۱۳	۰/۴۲**	۰/۱۱	۰/۴۸**	۰/۰۸	۰/۱۵	۰/۳۴**	۰/۳۶**	۰/۴۴**	۰/۴۴**	۰/۳۸**	۰/۲۸**	۰/۳۵**	۱

P<۰/۰۵* P<۰/۰۱**

۱- نداشتن ثبات عاطفی ۲- بازگشت عاطفی ۳- ناسازگاری اجتماعی ۴- فروپاشی شخصیت ۵- فقدان استقلال ۶- ناپختگی عاطفی (نمره ی کل) ۷- دشواری در تشخیص احساسات ۸- دشواری در توصیف احساسات ۹- تفکر معطوف به بیرون ۱۰- ناگوی هیجانی (نمره ی کل) ۱۱- سبک دلبستگی ایمن ۱۲- سبک دلبستگی اجتنابی ۱۳- سبک دلبستگی دوسوگرا

بین ناگوی هیجانی با برخی از عوامل خطر عاطفی بیماری های قلبی عروقی، شامل: اضطراب، افسردگی، خشم و اشکال بیان خشم رابطه وجود داشت. در مطالعه ی نجفی نیز میزان ناگوی هیجانی در بیماران به صورت معناداری بیشتر از افراد عادی شرکت کننده در مطالعه بود (۳۱). تفاوت در ناگوی هیجانی در مطالعه ی مهدوی نیز به صورت معناداری وجود داشت، به طوری که در این مطالعه، ناگوی هیجانی و ابرازگری هیجانی بیماران قلبی عروقی بیشتر از افراد عادی بود (۳۲). در مطالعه ی حاضر نیز میانگین ناگوی هیجانی و ناپختگی عاطفی از میانگین فرضی بالاتر بود و باتوجه به شیوه ی نمره گذاری این متغیرها، می توان نتیجه گرفت که میزان ناگوی هیجانی و ناپختگی عاطفی در بیماران بالا بود. درباره ی بلوغ عاطفی نمرات بالا نشان دهنده ی بی ثباتی بیشتر در بلوغ عاطفی است. از طرف دیگر وجود رابطه ی مثبت و مستقیم بین دو متغیر یادشده نشان می دهد که با افزایش ناگوی هیجانی بیماران بی ثباتی در بلوغ عاطفی نیز بیشتر خواهد شد. بنابراین ناگوی هیجانی یکی از عواملی است که موجب بی ثباتی بلوغ

عاطفی در بیماران می شود. وجود سطوح بالایی از ناگوی هیجانی در بیماران قلبی عروقی باتوجه به مدل Rieffe تبیین پذیر است. Rieffe معتقد است از آنجایی که افراد با ناگوی هیجانی در دادن پاسخ مناسب به موقعیت های هیجانی دچار مشکل می شوند و این مسئله به هیجان های منفی و ناسازگارانه منتهی می شود، بنابراین تکرار این فرایند معیوب و شکست در پاسخ به سؤالات درونی و بیرونی می تواند به بیماری های فیزیکی و روانی بیانجامد. از این رو شاید بتوان گفت که ناگوی هیجانی در کنار عوامل دیگر می تواند در ابتلا و تشدید بیماری های قلبی عروقی تأثیرگذار باشد (۳۳). گراس نیز در مطالعه ای گزارش کرده که افرادی که سعی می کنند هیجانات خود را سرکوب کنند، واکنش پذیری فیزیولوژیکی را در خود افزایش می دهند (۳۴). درباره ی ناپختگی عاطفی نیز از آنجایی که بلوغ عاطفی در برخی نمونه ها، با ناگوی هیجانی همپوشانی دارد، بالا بودن ناپختگی عاطفی نیز تبیین شدنی است. باتوجه به تعاریف مختلف از بلوغ عاطفی مهم ترین مؤلفه های مشترک در تمامی تعاریف

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای متغیرهای پیش‌بین و ملاک تحقیق (پیش‌فرض‌های آماری این روش عبارتند از: توزیع نرمال، متغیر وابسته کمی و یکسانی واریانس‌ها که پژوهش حاضر واجد این پیش‌فرض‌ها بود)

متغیرهای پیش‌بین	متغیرهای ملاک	B	Standard error	β	T	P-value
سبک ایمن	نداشتن ثبات عاطفی	۰/۶۶۷	۰/۲۸۴	۰/۲۶۰	۳/۵۸۶	۰/۰۰۰۹
	فروپاشی شخصیت	۰/۵۲۸	۰/۴۷۲	۰/۱۹۹	۲/۹۶۸	۰/۰۱۶
	دشواری در تشخیص احساسات	۰/۰۹۹	۱/۱۷۵	۰/۱۵۰	۱/۷۲۳	۰/۱۶۲
	ناگویی هیجانی در کل	۰/۶۷۰	۳/۳۲۵	۰/۳۳۴	۳/۳۱۵	۰/۰۰۹
سبک اجتنابی	ناسازگاری اجتماعی	-۰/۰۰۶	۰/۰۳۶	-۰/۰۱۷	۰/۱۷۲	۰/۸۶۴
	دشواری در توصیف احساسات	-۰/۱۳۹	۰/۰۶۰	-۰/۲۱۷	۲/۱۳۳	۰/۰۳۴
	ناگویی هیجانی در کل	-۰/۴۹۱	۰/۶۳۰	-۰/۱۸۷	-۰/۷۷۹	۰/۴۳۷
سبک دوسوگرا	نداشتن ثبات عاطفی	۱/۱۵۰	۰/۶۳۷	۰/۱۶۲	۱/۸۳۵	۰/۰۶۸
	ناسازگاری اجتماعی	۰/۹۷۹	۰/۶۸۲	۰/۱۴۳	۱/۴۳۶	۰/۱۵۳
	ناپختگی عاطفی (نمره‌ی کل)	۲/۰۷۵	۰/۹۹۵	۰/۲۹۶	۲/۸۸۵	۰/۰۰۶
	دشواری در تشخیص احساسات	۲/۹۰۶	۱/۱۰۷	۰/۲۸۴	۲/۷۲۵	۰/۰۰۹
	دشواری در توصیف احساسات	۰/۲۴۵	۲/۱۴۵	۰/۱۱۴	۰/۱۵۴	۰/۳۱۱
	تفکر معطوف به بیرون	۰/۰۰۱	۱/۹۴۵	۰/۱۱۹	۰/۱۴۵	۰/۱۴۱
	ناگویی هیجانی در کل	۰/۳۴۵	۱/۳۴۱	۰/۰۶۵	۰/۲۲۱	۰/۲۱۹

ویژگی مشترک در ناگویی هیجانی و بلوغ عاطفی می‌تواند دلیل مناسبی بر رابطه‌ی دو متغیر باشد. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا، تعدیل‌کننده‌ی رابطه‌ی ناگویی هیجانی و بلوغ عاطفی بیماران قلبی‌عروقی است. تحقیقات نشان داده که افراد دلبسته‌ی دوسوگرا، میزان بالاتری از اضطراب را تجربه می‌کنند و مشخصه‌ی بارز سبک دوسوگرا، ترس از تنهایی و وابستگی است. افراد با سبک دلبستگی دوسوگرا، ترس همیشگی برای ازدست‌دادن دیگران دارند که این ترس، اضطراب آن‌ها را افزایش می‌دهد (۳۵). نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بیماران قلبی‌عروقی شرکت‌کننده در مطالعه، بیشترین میانگین سبک دلبستگی را در سبک‌های دلبستگی نایمن دارند و در این بین، میانگین دوسوگرا از دو سبک دیگر بالاتر بود. بنابراین این بیماران به احتمال زیاد از سبک دلبستگی نایمن از نوع دوسوگرا در مقایسه با سایر سبک‌ها برخوردار هستند که این نتیجه با یافته‌ی مطالعات مشابه نیز، همسو بود (۳۶-۳۸). از طرف دیگر باتوجه‌به اینکه سبک دلبستگی نایمن با پریشانی روان‌شناختی، نارضایتی از روابط، خصومت و ناسازگاری، اندوه، اضطراب و افسردگی رابطه دارد (۳۹)، از این رو احتمال بروز مشکلات قلبی‌عروقی در افراد

را می‌توان شناسایی و مدیریت عواطف و احساسات دانست (۲۱). در تبیین رابطه‌ی ناگویی هیجانی و بلوغ عاطفی می‌توان گفت که بلوغ عاطفی جریانی است که طی آن شخصیت فرد به‌طور مداوم برای احراز بیش‌ازپیش سلامت عاطفی، از لحاظ روانی و فردی می‌کوشد. بلوغ عاطفی قابلیت مقاومت در برابر تأخیر در ارضاء نیازها را دارد (۲۴). از این رو فردی که بلوغ عاطفی بایست دارد در برابر مشکلات و تنش‌ها نیز صبر و مقاومت بیشتری به خرج می‌دهد و در برابر ناملایمتی‌هایی که در زندگی رخ می‌دهد مقاوم‌تر است. نکته‌ی مهم در این بین منطقی‌تر شدن عواطف و هیجانات است و اینکه افراد در زندگی روزمره و در تصمیمات اتخاذی جنبه‌ی عقلانی و منطقی را مدنظر قرار داده و از روی احساسات صرف تصمیم نمی‌گیرند. این ویژگی مهم بلوغ عاطفی در کنار ویژگی بارز ناگویی هیجانی، یعنی دادن پاسخ‌های نامناسب در موقعیت‌های هیجانی می‌تواند دلیلی بر رابطه‌ی این دو متغیر باشد. به‌نظر می‌رسد افرادی که ناگویی هیجانی بالایی دارند از بی‌ثباتی بیشتری در بلوغ عاطفی رنج می‌برند و نمی‌توانند دید منطقی در بروز عواطف و هیجانات داشته باشند و ناسازگاری بیشتری در موقعیت‌های هیجانی از خود نشان می‌دهند. این

آینده، محدودیت‌های ذکرشده مدنظر قرار گرفته شود و با استفاده از روش‌های کنترل بیشتر و ارزیابی‌های جامع‌تر و همچنین مقایسه‌های جامع‌تر از مداخله‌ی عوامل مزاحم و مخدوش‌گر جلوگیری به عمل آید.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه بیانگر این است که بین ناگوی هیجانی با نداشتن بلوغ عاطفی در بیماران قلبی-عروقی رابطه‌ی مثبت و مستقیم وجود دارد. به‌طوری‌که با افزایش ناگوی هیجانی، نداشتن بلوغ عاطفی نیز افزایش می‌یافت. همچنین سبک دوسوگرا در رابطه‌ی بین دو متغیر اصلی مطالعه، نقش میانجی جزئی داشت و با ورود خود به رابطه‌ی دو متغیر اصلی، ارتباط آن‌ها را تعدیل می‌کرد. می‌توان گفت که با انجام مداخلات روان‌شناختی برای بهبود بلوغ عاطفی و ناگوی هیجانی می‌توان در کاهش نرخ بیماری‌های قلبی-عروقی گامی مؤثر برداشت.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با کد اخلاق (IR.ZUMS.REC.1398.181) و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شده است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.

تضاد منافع

هیچ تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

دلبسته‌ی نایمن بیشتر از سایر افراد است. باوجود این تعاریف و ویژگی‌ها، می‌توان نقش میانجی جزئی سبک نایمن را تبیین کرد. درواقع میانجی‌گر جزئی به‌صورت کامل ارتباط بین دو متغیر اصلی را از بین نبرده و تنها میزان ارتباط آن‌ها را کاهش می‌دهد. در این راستا نمی‌توان گفت که سبک دلبستگی دوسوگرا با ورود خود به رابطه‌ی ناگوی هیجانی و بلوغ عاطفی، توانسته ارتباط بین آن دو را به‌صورت کامل از بین ببرد و این دو متغیر در حضور سبک دوسوگرا نیز ارتباط دارند.

بااین‌حال بدیهی است که افراد دلبسته‌ی دوسوگرا با ناگوی هیجانی بالا، بی‌ثباتی بیشتری نیز در بلوغ عاطفی دارند و ارتباط این عوامل در تشدید این بیماری می‌تواند تأثیرگذار باشد. بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر انجام ارزیابی بالینی جامع در ارتباط با بیماران قلبی-عروقی و ارزیابی وجود ناگوی هیجانی و بلوغ عاطفی و ارائه‌ی خدمات درمانی مناسب از طرف مراکز آموزشی و درمانی اهمیت بیشتری می‌یابد. همچنین در مرحله‌ی پیشگیری برای افراد مستعد ابتلا به این بیماری‌ها، برگزاری خدمات آموزشی و درمانی به‌دلیل اهمیت امر پیشگیری و بهبود سلامت روان می‌تواند مفید واقع شود.

درنهایت اگرچه مطالعه‌ی حاضر در سطح و اندازه‌ی خود، به نتایج درخور اعتنایی دست یافته است، اما پژوهشگران مدعی کنترل کامل تمامی عوامل ازجمله: کنترل عوامل مزاحم، به‌ویژه شدت علائم و بیماری‌های زمینه‌ای نیستند. بنابراین تعمیم نتایج این مطالعه باید با دقت انجام گیرد. همچنین داده‌های مطالعه‌ی حاضر از نمونه‌های غیربالینی جمع‌آوری گردیده و مبتنی بر پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بود. طرح تحقیق نیز از نوع همبستگی بوده و امکان ارزیابی علی در مطالعه‌ی حاضر فراهم نبود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات

منابع

- Vaduganathan M, Mensah GA, Turco JV, Fuster V, Roth GA. The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk: A Compass for Future Health. *J Am Coll Cardiol*. 2022;80(25):2361-71.
- Sarrafzadegan N, Mohammadi N. Cardiovascular Disease in Iran in the Last 40 Years: Prevalence, Mortality, Morbidity, Challenges and Strategies for Cardiovascular Prevention. *Arch Iran Med*. 2019;22(4):204-10.
- Gao Z, Chen Z, Sun A, Deng X. Gender differences in cardiovascular disease. *Medicine in Novel Technology and Devices*. 2019;4:100025.
- Shahsavari S, Nazari F, Karimyar Jahromi M, Sadeghi M. Epidemiologic study of hospitalized cardiovascular patients in Jahrom hospitals in 2012-2013. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013;2(2):14-21.
- Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA,

- Bluemke DA, Butler J, Fonarow GC, et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circ Heart Fail.* 2013;6(3):606-19.
6. Bannai A, Tamakoshi A. The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence. *Scand J Work Environ Health.* 2014;40(1):5-18.
 7. Hemming L, Haddock G, Shaw J, Pratt D. Alexithymia and Its Associations With Depression, Suicidality, and Aggression: An Overview of the Literature. *Front Psychiatry.* 2019;10:203.
 8. Angelakis I, Gillespie EL, Panagioti M. Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychol Med.* 2019;49(7):1057-78.
 9. Gaweda L, Krezolek M. Cognitive mechanisms of alexithymia in schizophrenia: Investigating the role of basic neurocognitive functioning and cognitive biases. *Psychiatry Res.* 2019;271:573-80.
 10. Faye DA, Tadke R, Gawande S, Bhave HS, Kirpekar VC, Chatterjee A, et al. Comparison of cognition and alexithymia in patients of schizophrenia with and without comorbid alcohol use: A cross-sectional exploratory study. *Ind Psychiatry J.* 2022;31(2):267-75.
 11. Bagheri M, Nematollah Zadeh Mahani K, Pour Amrollahi M. The Mediating Role of Alexithymia in the Relationship of Coping Strategies and Personality Traits With Obsessive-Compulsive Disorder. *Internal Medicine Today.* 2020;27(1):62-81.
 12. Yousefi F, Ahmadi SB. The Relationship between the Emotional Quotient and Emotional Maturity in Students of Kurdistan University of Medical Sciences. *Journal of Human, Environment, and Health Promotion.* 2017;2(2):96-104.
 13. Engelberg E, Sjöberg L. Emotional intelligence, affect intensity, and social adjustment. Personality and individual differences. 2004;37(3):533-42.
 14. Ghazivakili Z, Lotfi R, Norouzinia R, Kabir K. Emotional maturity and mental health among new couples referred to pre-marriage health center in karaj, Iran. *Shiraz E Medical Journal.* 2019;20(12).
 15. Linn BK, Stasiewicz PR, Fillo J, Bradizza CM. The Great Disrupter: Relationship of Alexithymia to Emotion Regulation Processes and Smoking among Pregnant Women. *Subst Use Misuse.* 2020;55(7):1113-21.
 16. Koerner AF, Schrodt P. An introduction to the special issue on family communication patterns theory. *Journal of Family Communication.* 2014;14(1):1-15.
 17. Momeni K, Amani R, Janjani P, Majzoobi M, Hadian Hamedani K. The Relationship between attachment styles with positive and negative affect in the elderly: The Mediating role of reminiscence styles. *Aging Psychology.* 2021;7(4):422-07.
 18. Yildiz B, Iskender M. The secure attachment style oriented psycho-educational program for reducing intolerance of uncertainty and academic procrastination: Yildiz & Iskender: Secure attachment, academic procrastination & intolerance of uncertainty. *Current Psychology.* 2021;40(4):1850-63.
 19. Mohammadi S, Kazemi Rezaei SA, Gasemi Argene H, Kazemi Rezaie SV, Mousavi SA. The relationship between personality dimensions with attachment styles and identity styles in student with hearing impairment. *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2017;4(1):88-98.
 20. Rakhshandeh Abarghooe M, Khayyer M, Rezaei A, Kouroshnia M. Relationships of Attachment Styles and Academic Resilience in Students: The Mediating Role of Identity Styles. *Iranian Evolutionary and Educational Psychology Journal.* 2022;4(2):290-9.
 21. Ghahvehchi-Hosseini F, Shahyad S, Pakdaman S. The Role of Attachment, Family Cohesion, and Adaptability in the Prediction of Resilience. *International Journal of Behavioral Sciences.* 2021;15(1):48-53.
 22. Lam LM, Kuipers R. Resilience and disaster governance: Some insights from the 2015 Nepal earthquake. *International Journal of Disaster Risk Reduction.* 2019;33:321-31.
 23. Mehmannaevazan A, Aliakbaridehkordi M, Kakojoybari A. Impact of attachment styles, family cohesion and adaptability on the level of resiliency as it relates to the feeling of homesickness among freshman students living in dormitories of alZahra university. *Women's Studies Sociological and Psychological.* 2015;12(4):173-204.
 24. Pataka A, Kotoulas S, Kalamaras G, Schiza S, Sapolidis K, Giannakidis D, et al. Gender

- Differences in Obstructive Sleep Apnea: The Value of Sleep Questionnaires with a Separate Analysis of Cardiovascular Patients. *J Clin Med*. 2020;9(1).
25. Sturgeon KM, Deng L, Bluethmann SM, Zhou S, Trifiletti DM, Jiang C, et al. A population-based study of cardiovascular disease mortality risk in US cancer patients. *Eur Heart J*. 2019;40(48):3889-97.
 26. Singh Y, BhargaQa M. *Manual for Emotional Maturity Scale*. Agra: National Psychological Corporation. 1990;1(2):10-2.
 27. Abedi Z, Kalantaree J. Investigating the Relationship of Teachers' Emotional Maturity and Perception of Teacher Behavior and Students' Academic Buoyancy. *Iranian journal of educational sociology*. 2020;3(2):20-8.
 28. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep*. 2007;101(1):209-20.
 29. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*. 1987;52(3):511-24.
 30. Besharat MA. Development and validation of adult attachment inventory. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:475-9.
 31. Peters RM, Lumley MA. Relationship of alexithymia to cardiovascular disease risk factors among African Americans. *Compr Psychiatry*. 2007;48(1):34-41.
 32. Mahdavi E, Manshaee G. Comparing alexithymia and emotional expressiveness in patients with coronary heart disease and healthy people. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2016;20(3):260-6.
 33. Rieffe C, Terwogt MM, Bosch JD, Frank Kneepkens C, Douwes AC, Jellesma FC. Interaction between emotions and somatic complaints in children who did or did not seek medical care. *Cognition and Emotion*. 2007;21(8):1630-46.
 34. Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*. 2015;26(1):1-26.
 35. Amani R. Mother-infant attachment styles as a predictor of aggression. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2016;4(1):506-12.
 36. Pietromonaco PR, Beck LA. Adult attachment and physical health. *Curr Opin Psychol*. 2019;25:115-20.
 37. Valikhani A, Yarmohammadi-Vasel M. The relationship between attachment styles and death anxiety among cardiovascular patients. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2014;21(4):355-67.
 38. Madigan S, Brumariu LE, Villani V, Atkinson L, Lyons-Ruth K. Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychol Bull*. 2016;142(4):367-99.
 39. McWilliams LA, Bailey SJ. Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychol*. 2010;29(4):446-53.