Nursing Development in Health. 2024: 15 (2); 47-59 Journal Homepage: http://ndhj.lums.ac.ir

Original Article

Open Access

Investigating the Effect of Teaching Emotional Regulation Strategies on Improving the Quality of Life of Patients with Macular Degeneration

Farinaz Mozen[1], Farhad Adhami Moghadam[2*], Parnian Adhami Moghadam[3], Elham Abdollahi Shahvali[4], Mohammad Sahebalzamani[5], Akram Hemmatipour[6]

1. Master's student of clinical psychology, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Ophthalmologist, Specialist in Oculoplastics, Professor, Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3. General Physician, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. Master of Nursing, Shushtar Medical Sciences Faculty, Shushtar, Iran.
5. Professor, Department of Management, Faculty of Health, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
6. Master of Nursing, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran.

Received: 2024/08/28
Accepted: 2025/03/16

Keywords:

Cognitive emotion regulation strategies,
Quality of life,
Patients with macular degeneration

***Corresponding author:**

Adhami Moghadam F. Specialist in Oculoplastics, Professor, Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

farhad.adhami@gmail.com

Abstract

Background and Objectives: The eye, as a sensitive organ of the body, may suffer from various diseases during life, which affects the pigment cells of the retina and photoreceptors, and as a result, the vision of the patient decreases and eventually leads to blindness. It leads Among these diseases, macular degeneration or macular degeneration is age-related, so the present study aims to investigate the effect of teaching cognitive emotion regulation strategies on improving the quality of life in patients with macular degeneration in selected eye clinics in Tehran. It was done in 2017.

Materials and Methods: This study was conducted in a semi-experimental manner with a pre-test and post-test with a control group. The study sample consisted of 90 patients with macular damage who were collected through convenience sampling and randomly assigned to two groups. Before the intervention, a quality of life questionnaire was completed by both groups. Group training sessions on cognitive emotion regulation strategies were conducted using lectures and educational pamphlets once a week at an eye clinic in Tehran for the intervention group. After the intervention, the questionnaire was completed by both groups. The data were analyzed using the MANCVA (multivariate) analysis of covariance method with SPSS 18.

Results: The findings of the research showed that the quality of life changed by 4.58 before the intervention and 6.82 after the intervention. Despite the control of the pre-test effect, between the intervention and control groups in terms of the post-test, the average scores of the quality of life ($F=607.92$) there is a significant difference ($P<0.01$).

Conclusion: The present study showed that the cognitive emotion regulation strategies group was effective in improving the quality of life ($P<0.001$). This result has important implications for the education and promotion of mental health in ophthalmological patients.

How to Cite This Article: *Mozen F, Adhami Moghadam F, Adhami Moghadam P, Abdollahi Shahvali E, Saheb-e-Zamani M, Hemmatipour A. Investigating the Effect of Teaching Emotional Regulation Strategies on Improving the Quality of Life of Patients with Macular Degeneration.*

Copyright © 2024 Nursing Development in Health, and Aligudarz College of Nursing.

ndhj@lums.ac.ir

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

بررسی تاثیر آموزش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران تخریب لکه زرد چشمی

فریناز موذن[۱] ، فرهاد ادهمی مقدم[۲*]، پرنیان ادهمی مقدم[۳]، الهام عبدالهی شهولی[۴]
محمد صاحب الزمانی[۵]، اکرم همتی پور[۶]

۱-دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، علوم پزشکی تهران دانشگاه آزاد اسلامی، تهران ، ایران.
۲-چشم پزشک فوق تخصص اکولوپلاستی، استاد گروه چشم پزشکی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی تهران دانشگاه آزاد اسلامی، تهران ، ایران.
۳- پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی تهران دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۴- کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده علوم پزشکی شوشتر، شوشتر، ایران.
۵- استاد، گروه مدیریت دانشکده بهداشت، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۶- کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله اصیل

تاریخچه:
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۰۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۶

واژه های کلیدی:
راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان،
کیفیت زندگی،
بیماران تخریب لکه زرد چشمی

***نویسنده مسئول:**
دکتر فرهاد ادهمی مقدم، چشم پزشک فوق تخصص اکولوپلاستی، استاد گروه چشم پزشکی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی تهران دانشگاه آزاد اسلامی،
farhad.adhami@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: چشم به عنوان عضو حساسی از بدن در طول زندگی ممکن است دچار بیماریهای مختلفی شود که به واسطه آن سلول های رنگدانه ای شبکیه و فتورسپتورها را درگیر میکند و به دنبال آن دید فرد بیمار کم میشود و در نهایت به کوری می انجامد . از جمله این بیماری ها، بیماری تخریب لکه زرد چشمی یا دژنراسیون ماکولا وابسته به سن است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بر ارتقای کیفیت زندگی در بیماران تخریب لکه زرد چشمی در کلینیک های منتخب چشمی شهر تهران سال ۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش به شیوه نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اجرا شد. نمونه پژوهش ۹۰ بیمار مبتلا به آسیب لکه زرد چشمی بود که از طریق نمونه گیری در دسترس جمع آوری و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. قبل از مداخله پرسشنامه کیفیت زندگی توسط هر دو گروه تکمیل شد. جلسات آموزش راهبردهای نظام جوئی شناختی هیجان به صورت گروهی با استفاده از سخنرانی و پمفلت های آموزشی در هفته یک بار، در کلینیک چشمی در شهر تهران برای گروه مداخله اجرا شد. بعد از مداخله نیز پرسشنامه توسط دو گروه تکمیل شد. داده ها با روش تحلیل کواریانس مانکوا (چند متغیره) با SPSS ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد میانگین کیفیت زندگی بیماران قبل از مداخله ۴/۵۸ به بعد از مداخله ۶/۸۲ افزایش پیدا کرد. با وجود کنترل اثر پیش آزمون، بین دوگروه مداخله و کنترل از لحاظ پس آزمون مربوط به میانگین نمرات کیفیت زندگی ($F=۶۰۷/۹۲$) تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۱$).

نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان داد که گروه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بر ارتقای کیفیت زندگی مؤثر بوده است. این نتیجه تلویحات مهمی در زمینه آموزش و ارتقای بهداشت روانی بیماران چشمی دارد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

چشم عضو حساس بدن همواره در طول زندگی با خطراتی ممکن است مواجه گردد که بواسطه آن سلول‌های رنگدانه‌ای شبکیه و فتورسپتورها را درگیر می‌کند و به دنبال آن دید فرد بیمار کم می‌شود و در نهایت به کوری می‌انجامد که از جمله این بیماری‌ها، بیماری تخریب لکه زرد چشمی یا دژنراسیون ماکولا وابسته به سن است (۱). بیماری تخریب لکه زرد چشمی علت اصلی آسیب دیدگی و از دست دادن بینایی است و به دو شکل خشک و مرطوب رخ می‌دهد (۲). نوع خشک، آتروفی اپی‌تلیوم رنگدانه‌ای شبکیه و دژنراسیون گیرنده‌های نوری است که علت ۲۵ درصد موارد از دست رفتن بینایی مرکزی می‌باشد و با تشکیل دروزن (drusen) در محل لکه زرد شناخته می‌شود. نوع مرطوب با نو رگ زایی کورویيدی و به دنبال آن خون‌ریزی، تقریباً ۷۵ درصد از موارد زوال بینایی را شامل می‌شود (۴-۲).

در این بیماری، فرد بیمار دید مرکزی خود را به علت آسیب و تخریب ماکولا یا لکه زرد شبکیه از دست می-دهد و به دنبال آن در خواندن، رانندگی، تشخیص چهره-ها و تشخیص جزییات که نیاز به دید دقیقی دارد، دچار مشکل می‌شود (۵). لذا توجه به کیفیت زندگی این بیماران اهمیت زیادی پیدا کرده است (۸-۶).

عوامل خطر عمده غیر ژنتیکی این بیماری عبارتند از وزن بالا ، سن بالاتر از ۵۰ سال ،فشار خون بالا، مصرف سیگار ، مصرف کم آنتی اکسیدان‌ها (روی و کاروتنوئیدها) ، استرس و متاسفانه تاریخچه فامیلی در ابتلا به این بیماری دخیل می‌باشد (۷). پس انتظار می‌رود تعداد افرادی که مبتلا به این بیماری هستند تا سال ۲۰۴۰ به حدود ۳۰۰ میلیون نفر افزایش یابد. بنابراین یک مشکل عمده بهداشت عمومی و پیامدهای قابل توجه اقتصادی و اجتماعی خواهد بود و همچنان سومین عامل از دست دادن بینایی در سراسر جهان است (۲).

این بیماری تاثیر عمده‌ای بر کیفیت زندگی و استقلال کارکردی دارد. لذا توجه به کیفیت زندگی این بیماران اهمیت زیادی پیدا کرده است (۸و۷). کیفیت زندگی یک اندازه ذهنی است که تحت تأثیر عوامل از جمله انتظارات، روابط، سلامت روانی و سلامت جسمانی است. کیفیت زندگی اغلب به طور متناوب با وضعیت سلامت، وضعیت عملکردی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جایگزین می‌شود (۸). کیفیت زندگی را ترکیبی از مفاهیم شادمانی، برخورداری از خواستگاه فلسفی و با منشأ بهزیستی فاعلی در حوزه روانشناسی می دانند که رضایتمندی آنها را از نگاه جسمانی، خانوادگی، فردی- اجتماعی، هیجانی و عملکرد در بر می‌گیرد (۹). از دیدگاه Chatziralli نظم جویی شناختی هیجان، نشانه ای از تفکر خودآگاه و مجموعه ای از راهبردهای شناختی است که شخص در مدیریت هیجانات در شرایط تهدیدآمیز استفاده میکند (۱۰).

شواهد زیادی نیز نشان میدهند که نظم جویی شناختی هیجان با موفقیت یا عدم موفقیت در کیفیت زندگی مرتبط است (۱۲). از آنجا که تنظیم هیجان نقش محوری در تحول بهنجار داشته و ضعف آن، عاملی مهم در ایجاد اختلال های روانی به شمار می رود، نظریه پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجاناتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، کیفیت زندگی در این افراد افت قابل ملاحظه ای خواهد داشت (۱۳). نظم جویی شناختی هیجان به فرایندهایی اشاره دارد که بر هیجان های یک فرد و چگونگی تجربه و ابزار آنها اثر می گذارد (۱۲). تنظیم هیجان عامل کلیدی و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش می باشد (۱۰). نتایج مطالعه برهانی و همکاران نشان دهنده تاثیر برنامه راهبردهای شناختی بر افزایش کیفیت زندگی افراد شده است (۱۳). به همین منظور و با توجه به مشکلات این بیماری بر سلامت روان و کیفیت زندگی افراد، خانواده و در نهایت جامعه، لزوم مداخلات روانشناختی به عنوان درمان‌های جانبی در کنار درمان‌های پزشکی جهت ارتقای وضعیت روانشناختی بیماران حائز اهمیت است. با توجه به اینکه مطالعات انجام شده در این زمینه محدود است لذا ما برآن شدیم مطالعه ای تحت عنوان بررسی تاثیر آموزش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران تخریب لکه زرد چشمی انجام دهیم.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است.

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران ۶۵-۴۰ سال مبتلا به تخریب لکه زرد چشم بود که در کلینیکهای منتخب چشمی در تهران سال ۱۳۹۷ تحت درمان بودند. معیار ورود شامل: سن بین ۴۰-۶۵ سال، رضایت شرکت در پژوهش و توانایی برقراری ارتباط با پژوهش‌گر بوده و معیار خروج عدم رضایت در هر مرحله از پژوهش بود.

در این پژوهش روش نمونه گیری در دسترس بود. طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل. در این طرح دو گروه از شرکت کنندگان به گونه تصادفی ساده انتخاب و به گونه تصادفی در ۲ گروه جایگزین شدند. قبل از اجرای مداخله بر روی گروه مداخله، هر ۲ گروه با پیش آزمون مورد اندازه گیری قرار گرفتند. سپس بعد از اجرای مداخله دوباره هر ۲ گروه با پس آزمون مورد اندازه گیری قرار گرفتند. مداخله فقط بر روی گروه مداخله صورت و در پایان با یکدیگر مقایسه شدند.

تعداد افراد نمونه به نسبت تعداد واحدهای مورد پژوهش در هرکلینیک برای افراد نمونه و واحدهای مورد نظر انتخاب می-گردد. برای انتخاب نمونه تصادفی ساده لیستی از افراد تهیه و با فاصله معین نمونه‌ها انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از توان آماری ۰/۸ در سطح ۰/۸۴ و سطح معناداری (α =۰/ ۰۵) ۹۰ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. به صورتی که ۴۵ نفر در گروه مداخله و ۴۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

در این پژوهش، ابتدا بر اساس روش کتابخانه‌ای مبانی نظری تحقیق جمع‌آوری شد. سپس بعد از دریافت معرفی نامه و کسب مجوز از دانشگاه محل تحصیل، هماهنگی-های لازم در جهت همکاری با کلینیکهای منتخب چشمی در شهر تهران و حضور جهت انجام مداخله صورت گرفت. در ادامه با رعایت ملاحظات اخلاقی و دریافت کد اخلاق IR.IAU.PS.REC.1398.044، نمونه تحقیق به روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ضمن توجیه آزمودنی‌ها، با رعایت ملاحظات اخلاقی ، بیان اهداف پژوهش و گرفتن رضایت آگاهانه کتبی از شرکت کنندگان درخواست شد تا در دوره درمان شرکت نمایند.

قبل از شروع مداخله، هر دو گروه مورد مطالعه، تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آنها درخواست شد تا پرسشنامه مورد نظر را تکمیل نمایند. مدت جلسات آموزش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان ۹ جلسه ۹۰ دقیقه ای بود و به صورت گروهی با استفاده از سخنرانی و پمفلت های آموزشی در هفته یک بار، در کلینیک چشمی درشهر تهران اجرا شد. پس از اتمام دوره آموزش از دو گروه تحت مداخله و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS ورژن ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه شده و مختصر پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سؤالی سازمان جهانی بهداشت می‌باشد. این پرسشنامه حاوی ۲۶ سؤال پنج درجه‌ای است (۱= بسیار بد تا ۵= بسیار خوب) و کیفیت زندگی را در چهار حیطه مرتبط با سلامت یعنی حیطه سلامت جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی مورد بررسی قرار داد. پایایی و روایی این ابزار حاکی از نتایج قابل قبول بودن عوامل ساختاری این ابزار در ایران هم در گروه‌های سالم و هم در گروه‌های بیمار می‌باشد. بطوریکه مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌های بالای ۰/۷ به دست آمد. ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود که می‌تواند به علت سئوال کم در حیطه مربوطه یا سؤالات حساس آن باشد. در مطالعه‌ای نیز که توسط سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۴) در ۲۳ کشور بطور همزمان جهت بررسی خصوصیات روانسنجی این پرسشنامه انجام گرفته، پایایی و روایی همه مقیاس‌ها به جز مقیاس حیطه روابط اجتماعی بالای ۰/۷ بوده است (۱۴).

داده‌ها در دو بخش توصیفی شامل شاخص‌های آمار از قبیل فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و بخش استنباطی که از روش تحلیل کواریانس مانکوا (چند متغیره) با

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

رعایت پیش‌فرض‌های مربوطه (آزمون لون به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، آزمون ام باکس به منظور بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس در تحلیل چند متغیره) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در مجموع ۹۰ نفر شامل ۴۵ نفر گروه کنترل و ۴۵ نفر گروه مداخله مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که از میان بیماران تخریب لکه زرد چشمی در گروه کنترل ۸۲/۲ درصد (۳۷ نفر) متأهل و ۱۷/۸ درصد (۸ نفر) مجرد بودند. همچنین در گروه مداخله ۹۱/۱ درصد (۴۱ نفر) متأهل و ۸/۹ درصد (۴ نفر) مجرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران تخریب لکه زرد چشمی در گروه کنترل (۵۵/۶۶ و ۷/۰۲) و گروه مداخله (۵۶/۷۷ و ۶/۸۸) می‌باشد. سایر اطلاعات به تفصیل در جدول ۱ آمده است.

متغیر		فراوانی (درصد)	
		کنترل	مداخله
وضعیت تاهل	متاهل	(۳۷) ۸۲/۲	(۴۱)۹۱/۱
	مجرد	(۸) ۱۷/۸	(۴)۸/۹
سطح تحصیلات	سیکل	(۱۳) ۲۹/۸	(۱۰) ۲۲/۲
	دیپلم	(۱۷) ۳۷/۸	(۲۵) ۵۵/۶
	لیسانس	(۱۴) ۳۱/۱	(۷) ۱۵/۶
	فوق لیسانس	(۱) ۲/۲	(۳) ۶/۷
سن	انحراف معیار ±میانگین	۵۵/۶۶ ± ۷/۰۲	۵۵/۷۷ ± ۶/۵۵

جدول ۱ - مشخصات متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان

همانطور که در جدول (۲) و نمودار ۱مشـــاهده می‌شـــود تفاوت میانگین نمرات سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی، محیط زندگی و کیفیت زندگی در گروه کنترل و مداخله در مراحل پس آزمون مشهود می‌باشد، به طوری که در گروه مداخله میانگین سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی، محیط زندگی و کیفیت زندگی مرحله پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون می‌باشد. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد.

کیفیت زندگی		گروه مداخله		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	۱۶/۱۳	۱/۴۹	۱۵/۸۷	۱/۶۴
	پس‌آزمون	۱۸/۲۹	۲/۶۷	۱۴/۱۱	۱/۰۵
سلامت روانشناختی	پیش‌آزمون	۱۴/۹۵	۲/۶۴	۱۵/۲۹	۲/۵۷
	پس‌آزمون	۲۰/۱۵	۲/۱۶	۱۴/۴۴	۳/۲۴
روابط اجتماعی	پیش‌آزمون	۹/۲۹	۱/۴۴	۹/۲۴	۱/۵۲
	پس‌آزمون	۱۰/۰۷	۰/۹۹	۸/۶۷	۱/۹۶
محیط زندگی	پیش‌آزمون	۲۱/۸۷	۲/۹۹	۲۱/۹۱	۳/۰۹
	پس‌آزمون	۲۲/۸۹	۳/۰۴	۲۰/۶۲	۳/۰۸
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۴/۵۸	۰/۷۵	۴/۴۴	۰/۸۴
	پس‌آزمون	۶/۸۲	۰/۶۵	۴/۰۹	۰/۸۷

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های مورد مطالعه

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]



نمودار (۱) میانگین نمرات کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
سلامت جسمانی	۳/۰۹۹	۱	۸۸	۰/۰۸۲
سلامت روانشناختی	۴/۰۹۴	۱	۸۸	۰/۰۵۶
روابط اجتماعی	۴/۱۰۵	۱	۸۸	۰/۰۵۱
محیط زندگی	۲/۵۲۹	۱	۸۸	۰/۱۱۵
کیفیت زندگی	۳/۰۵۰	۱	۸۸	۰/۰۹۱

جدول شماره (۳) نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس دو گروه در نمرات کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون

بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/ کواریانس به درستی رعایت شده است (P=۰/۰۵۵، F=۱/۵۹، BOX=۱۳/۱۹). بر اساس آزمون لون نیز که در جدول شماره (۳) قابل مشاهده است برای مراحل پس آزمون و عدم معنی‌داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. بنابراین انجام آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری بلا مانع می‌باشد.

گروه	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطای df	P	مجذور اتا
	اثر پیلایی	۰/۹۵۲	۳/۱۱	۵	۷۹	<۰/۰۰۱	**۰/۹۵۲**
	لامبدا ویلکز	۰/۰۴۸	۳/۱۱	۵	۷۹	<۰/۰۰۱	**۰/۹۵۲**
	اثر هتلینگ	۱۹/۷۱۵	۳/۱۱	۵	۷۹	<۰/۰۰۱	**۰/۹۵۲**
	بزرگترین ریشه خطا	۱۹/۷۱۵	۳/۱۱	۵	۷۹	<۰/۰۰۱	**۰/۹۵۲**

جدول شماره (٤)- نتایج آزمون معناداری تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

نتایج جدول شماره (۴) نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پس آزمون حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱، F=۳/۱۱، ۰/۰۴۸=لامبدای ویلکز). همچنین با توجه به مجذور اتا مشخص شد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت در مرحله پس آزمون بر اساس آزمون لامبدا ویلکز تقریبا ۹۵ درصد است (۰/۹۵۲= مجذور اتا)، یعنی ۹۵ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

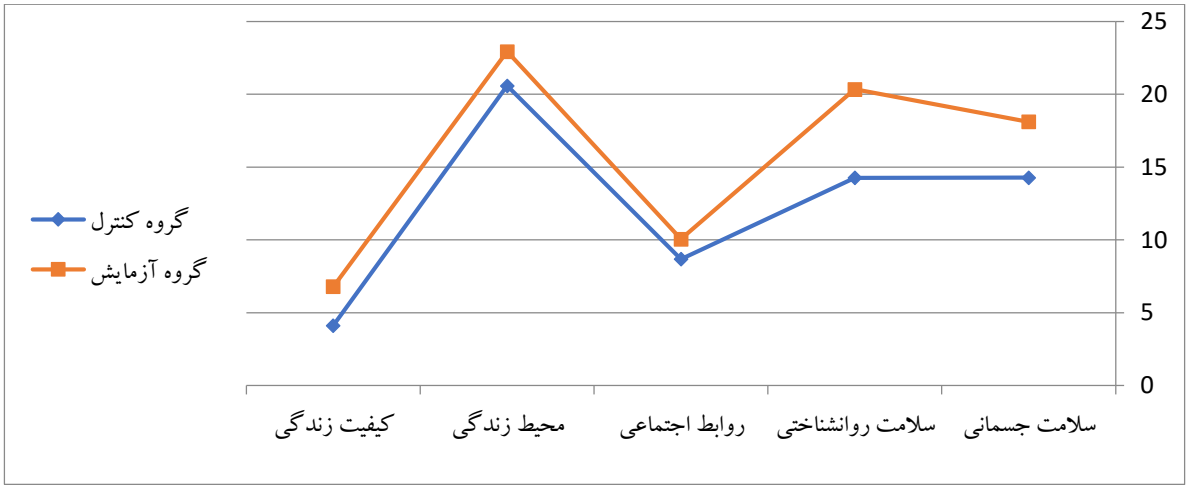
متغیر	منبع تغییر	SS	Df	MS	F	P	مجذور اتا
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۵۷/۰۲	۱	۵۷/۰۲	۱۷/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۱۷۴
	گروه	۳۱۹/۰۱	۱	۳۱۹/۰۱	۹۷/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰
	خطا	۲۷۱/۴۶	۸۳	۳/۲۷			
سلامت روانشناختی	پیش آزمون	۲۱۸/۷۵	۱	۲۱۸/۷۵	۸۳/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰۲
	گروه	۸۰۳/۶۵	۱	۸۰۳/۶۵	۳۰۷/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸۷
	خطا	۲۱۷/۱۴	۸۳	۲/۶۲			
روابط اجتماعی	پیش آزمون	۶۰/۶۱	۱	۶۰/۶۱	۹۹/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴۵
	گروه	۴۱/۳۴	۱	۴۱/۳۴	۶۷/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۹
	خطا	۵۰/۶۵	۸۳	۰/۶۱۰			
محیط زندگی	پیش آزمون	۱۹۴/۴۷	۱	۱۹۴/۴۷	۱۶۰/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶۰
	گروه	۱۱۹/۲۴	۱	۱۱۹/۲۴	۹۸/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳
	خطا	۱۰۰/۲۹	۸۳	۱/۲۱			
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱۲/۸۲	۱	۱۲/۸۲	۵۰/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷۸
	گروه	۱۵۴/۳۸	۱	۱۵۴/۳۸	۶۰۷/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸۰
	خطا	۲۱/۰۸	۸۳	۰/۲۵			

جدول (۵) نتایج آزمون معناداری تحلیل کواریانس چند متغیری مربوط به تأثیر آموزش راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تخریب لکه زرد چشمی

نتایج جدول شماره (۵) نشان می‌دهد با وجود کنترل اثر پیش آزمون، بین دوگروه مداخله و کنترل از لحاظ پس‌آزمون مربوط به میانگین نمرات سلامت جسمانی (F=۹۷/۵۴)، سلامت روانشناختی (F=۳۰۷/۱۹)، روابط اجتماعی (F=۶۷/۷۴)، محیط زندگی (F=۹۸/۶۸) و کیفیت زندگی (F=۶۰۷/۹۲) تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). به عبارت دیگر گروه مداخله راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به تخریب لکه زرد چشمی به طور معناداری در پس آزمون گروه مداخله افزایش داده است.

همچنین با توجه به مجذور اتا مشخص شد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت به ترتیب برای متغیرهای سلامت جسمانی (۰/۵۴۰= مجذور اتا)، سلامت روانشناختی (۰/۷۸۷= مجذور اتا)، روابط اجتماعی (۰/۴۴۹= مجذور اتا)، محیط زندگی (۰/۵۴۳= مجذور اتا) و کیفیت زندگی (۰/۸۸۰= مجذور اتا) است؛ یعنی به طور کلی ۸۸ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل نمره کلی کیفیت زندگی می‌باشد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]



نمودار (۲) میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیرهای مورد مطالعه	گروه کنترل		گروه مداخله	
	میانگین	خطای معیار	میانگین	خطای معیار
سلامت جسمانی	۱۴/۲۸	۰/۲۷۲	۱۸/۱۱	۰/۲۷۲
سلامت روانشناختی	۱۴/۲۶	۰/۲۴۳	۲۰/۳۴	۰/۲۴۳
روابط اجتماعی	۸/۶۸	۰/۱۱۷	۱۰/۰۶	۰/۱۱۷
محیط زندگی	۲۰/۵۸	۰/۱۶۵	۲۲/۹۳	۰/۱۶۵
کیفیت زندگی	۴/۱۲	۰/۰۷۶	۶/۷۹	۰/۰۷۶

جدول (٦)- میانگین تعدیل شده و خطای استاندارد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تخریب لکه زرد چشمی در پس آزمون گروه‌های مورد مطالعه

همانطور که در جدول (۶) و نمودار۲ مشاهده می‌شود، میانگین-های تعدیل شده متغیرهای سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی،محیط زندگی و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بوده است. همانطور که در جدول (۷) مشاهده می‌شود با استفاده از تحلیل t همبسته نمره پس آزمون با پیش آزمون مقایسه شد تا مشخص گردد که آیا تغییری در نمرات کیفیت زندگی پس از درمان ایجاد شده است .

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	T	Df	سطح معنی داری
سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	۱۶/۱۳	۱/۴۹	-۵/۳۵	۴۴	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	۱۸/۲۹	۲/۶۷			
سلامت روانشناختی	پیش‌آزمون	۱۴/۹۵	۲/۶۴	-۱۵/۷۷	۴۴	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	۲۰/۱۵	۲/۱۶			
روابط اجتماعی	پیش‌آزمون	۹/۲۹	۱/۴۴	-۵/۲۳	۴۴	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	۱۰/۰۷	۰/۹۹			
محیط زندگی	پیش‌آزمون	۲۱/۸۷	۲/۹۹	-۵/۴۰	۴۴	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	۲۲/۸۹	۳/۰۴			
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۴/۵۸	۰/۷۵	-۱۹/۴۷	۴۴	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	۶/۸۲	۰/۶۵			

جدول (۷)-آزمون t همبسته برای بررسی تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به تخریب لکه زرد چشمی در گروه مداخله

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران تخریب لکه زرد چشمی در کلینیک های منتخب چشمی شهر تهران سال ۱۳۹۷ انجام شد. با کنترل اثر پیش آزمون، بین دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ پس‌آزمون مربوط به میانگین نمرات کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر نتایج نشان داد که آموزش راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تخریب لکه زرد چشمی مؤثر بوده است.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بر اساس یافته‌های پژوهش، فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اینکه «آموزش راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بر ارتقای سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط بیماران مبتلا به تخریب لکه زرد چشمی تأثیر دارد»، مورد تأیید قرار گرفت. در واقع با کنترل اثر پیش آزمون، بین دوگروه مداخله و کنترل از لحاظ پس‌آزمون مربوط به میانگین نمرات سلامت جسمانی ، سلامت روانشناختی روابط اجتماعی و محیط زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر نتایج نشان داد که آموزش راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بر ارتقای سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط بیماران مبتلا به تخریب لکه زرد چشمی مؤثر بوده است. پژوهش‌های بسیاری به رابطه و نقش نظم‌جویی هیجان‌ها بر کیفیت زندگی، مؤلفه های آن و سایر متغیر های وابسته پرداخته‌اند (۱۶-۱۵). اما علی‌رغم پژوهش‌های موجود در زمینه اثربخشی نظم‌جویی هیجان بر کیفیت زندگی، در زمینه تأثیر گذاری این مداخله در ارتقای کیفیت زندگی بیماران Age Macular Degneration (AMD) خلأهای پژوهشی زیادی وجود دارد و معدود پژوهش‌ها در این زمینه توصیه‌هایی را ارائه کرده‌اند. با این حال همخوان با نتایج این پژوهش Casten (۲۰۱۳) در پژوهش خود با هدف بررسی افسردگی در بیماران AMD مطرح کردند که چون افسردگی و عملکرد در AMD بسیار درهم تنیده شده است، ایجاد مداخلاتی که مدیریت افسردگی را بر عهده بگیرد برای توانبخشی به این بیماران مفید فایده است و حتی می‌توانیم ناتوانی را کاهش دهیم، و به این ترتیب کیفیت زندگی را بهبود بخشیم.

پیرحیاتی و همکاران (۱۳۹۶) نیز همراستا با نتایج پژوهش و با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و عملکرد شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن نشان دادند که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و زیر متغیر های آن یعنی نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی به صورت معناداری اثربخش بوده است. (۱۸)

همچنین Rovner و همکاران (۲۰۱۴) نیز در پژوهش خود با هدف پیشگیری از افسردگی در سنین مرتبط با دژنراسیون ماکولا، نتیجه گرفتند که ترویج مداخلات چشم پزشکی، اپتومتری، توانبخشی، روانپزشکی و روانشناسی رفتاری ممکن است از افسردگی در این جمعیت جلوگیری کند (۱۹). سوک کیم و همکاران (۲۰۱۶) نیز در پژوهش خود با هدف بررسی افسردگی و اضطراب در دژنراسیون ماکولا مرتبط با سن پیشنهاد دادند که جهت افزایش رضایت بیماران AMD از درمان، ارزیابی و حمایت از مشکلات روانشناختی این گروه مورد توجه قرار گیرد (۱۰).

بهری‌مند و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود با هدف بررسی آموزش استراتژی‌های تنظیم شناختی هیجان و تاثیر مثبت و منفی آن در بیماران قلبی، بر روی بیماران قلبی عروق کرونر مرکز پزشکی امام علی (ع) شهر کرمانشاه در سال ۹۲ نشان دادند که بین گروه مداخله و گروه کنترل در تمام راهبردهای مقابله‌ای شناختی هیجان، تفاوت معنی‌داری وجود داشت. محققان نتیجه گرفتند که استراتژی‌های تنظیم هیجانات ضعیف عامل مهمی برای توسعه بیماری‌های قلبی می‌باشد (۲۰).

بشارت و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود با هدف بررسی نقش میانجی‌گری تنظیم عواطف در رابطه بین نشست خشم و نگرانی با مشکلات سازگاری با بیماری قلبی بر روی ۳۲۷ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر نشان دادند که ارتباط بین نگرانی و خستگی با بروز بیماری قلبی با مشکلاتی در تنظیم عاطفه ارتباط دارد (۲۱). Troy و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند، افرادی که پس از تجربه یک استرس، از راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان بهره می‌گیرند، با تغییر ارزیابی های خود توانایی مدیریت هیجان‌های منفی خود را خواهند داشت و در نتیجه مشکلات هیجانی در آنها کاهش می‌یابد (۲۲).

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

Gross و همکاران (۲۰۰۷) بیان می‌کنند که افزایش توجه بر تنظیم هیجان در درمان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی حائز اهمیت است. بیشتر مطالعات درمانی پروتکل‌های فراتشخیصی نیز اختلالات اضطرابی و افسردگی را مورد توجه قرار داده‌اند (۲۳).

در تبیین اثربخشی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بر ارتقای کیفیت زندگی می‌توان چنین استدلال کرد که، تنظیم هیجان و راهبردهای آن با افزایش بهزیستی هیجانی و گسترش دامنه سازش اجتماعی- هیجانی بر کاهش مشکلات بین شخصی و در پی آن بهبود کیفیت روابط اجتماعی و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۲۴).

تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می شود و به توانایی فهم هیجانات و تعدیل تجربه و ابراز هیجانات اشاره دارد. نتایج حاکی است که راهبردهای تنظیم هیجان منفی پیش‌بینی‌کننده عاطفه منفی، رضایت پایین و عاطفه مثبت پایین و راهبردهای تنظیم هیجان مثبت پیش‌بینی‌کننده عاطفه منفی پایین بوده است. علاوه بر این، راهبردهای تنظیم‌هیجان با کاهش هیجانات منفی و حوادث عاطفی رابطه دارد و تمرکز بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، فهم افراد از مدیریت هیجان را ارتقاء می‌بخشد. همچنین بازشناسی خشم و تنظیم هیجان، سازگاری مثبت و بازشناسی تحقیر، ترس و غمگینی سازگاری منفی را پیش‌بینی می‌نماید و مداخله گروهی که در آن فرایندهای هیجانی هدف اصلی درمان است، تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب رساندن به خود، عدم تنظیم‌هیجان و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب دارد (۱۴).

سال‌هاست پژوهش‌ها به نقش مهم عدم تنظیم هیجان در بروز تشدید و عدم سازگاری با استرس‌های مرتبط با بیماری‌های مزمن تأکید کرده است (۲۵). در واقع افراد با تنظیم هیجانی بالا تعامل‌های منفی کمتری با نزدیکانشان دارند (۲۶) و ارتباط‌های مثبت با اعضای خانواده در آنان بیشتر است (۲۷). افرادی که تنظیم هیجانی و هوش هیجانی بالا دارند، تمایل بیشتری به رویارویی با تنیدگی‌ها دارند. این افراد در موقعیت‌های تنیدگی از منابع فردی و اجتماعی خود بیشترین سود را می‌برند. هوش هیجانی بالا به افراد این توانایی را می‌دهد که موقعیت تنیدگی‌زا را مهار کنند و از دخالت عوامل هیجانی منفی پیشگیری کنند (۲۸). در مقابل افرادی که هوش هیجانی و تنظیم هیجانی پایینی دارند به دلیل ناتوانی در ادراک صحیح، پردازش درست و مدیریت مطلوب هیجان‌ها، با رویارویی با موقعیت‌های تنیدگی‌زا توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح را ندارند و به سوی رفتار غیرمصالحه‌آمیز کشیده می شوند (۲۹). در همین زمینه بیشتر پژوهش‌های مداخله‌ای انجام شده به رابطه منفی مهارت‌های نظم‌جویی هیجان با عوامل آسیب‌شناختی و تأثیر این مهارت‌های در کاهش این عوامل حکایت دارند (۳۰). زیرا عدم توانایی در مدیریت هیجانی سبب تشدید تنش‌های جسمانی و کاهش خویشتن‌داری شده (۳۱) و کاهش هیجان مثبت را به دنبال دارد (۳۲).

تنظیم هیجانات، کنترل عواطف، دلسرد نشدن، منظم بودن و پشتکار می تواند عملکرد فرد را در حوزه های مختلف پیش بینی نماید (۳۳). سبک‌های هیجانی مناسب می‌تواند مانع دلزدگی، نا امیدی، کسالت و خستگی گردد و در نتیجه از آسیب رسیدن به عزت نفس پیشگیری نماید. از سوی دیگر عدم ثبات هیجانی بالا با عملکرد ضعیف رابطه دارد (۳۴) و باعث کاهش سلامت روان می‌شود. به نظر می‌رسد عدم تنظیم هیجان‌ها اضطراب تنیدگی و فرسودگی در موقعیت های استرس آور را افزایش داده و به عملکرد ضعیف منجر می گردد. از طرف دیگر، ابراز هیجان مثبت و صمیمیت همچنین می‌توانند به احساس خود اثربخشی تصوری بالا منجر گردند. اشخاصی که دارای خود اثربخش تصوری سطح بالائی هستند بیشتر می‌کوشند، بیشتر موفق می شوند و ترس کمتری را تجربه می‌کنند (۳۵). از طرف دیگر هیجان منفی موجب از بین رفتن انرژی و تحلیل منابع فردی می‌شوند.

در واقع افرادی که پس از تجربه یک استرس، از راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان بهره می‌گیرند، با تغییر ارزیابی های خود توانایی مدیریت هیجان‌های منفی خود را خواهد داشت و در نتیجه مشکلات هیجانی در وی کاهش می‌یابد (۲۲).

این درمان با تنظیم عادت‌های نظم‌بخشی هیجانی، شدت و وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش می‌دهد، میزان آسیب را کم می‌کند و کارکرد را ارتقا می‌بخشد و به افراد کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبه رو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. در این

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

رویکرد افکار، رفتارها و احساس‌ها با هم تعامل پویایی دارند و هر یک از آنها در تجربه هیجانی نقش دارند و بر آن تأثیر می‌گذارند (۳۶). بنابراین روش‌ها و درمان‌های مبتنی بر راهبرد های سازگارانه تنظیم هیجانی می‌تواند راهبرد های مقابله‌ای کارآمدتری را جهت مقابله با استرس پیش روی فرد قرار دهد و از این طریق در کاهش و مدیریت هیجانات منفی مؤثر باشد.

این پژوهش مربوط به بیماران ۶۵-۴۰ سال مبتلا به تخریب لکه زرد چشم در کلینیکهای منتخب چشمی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود که به همین دلیل قابلیت تعمیم نتایج آن محدود می‌باشد. ویژگی‌های آزمودنی‌ها مثل، سن، مقطع تحصیلی و غیره تعمیم نتایج را به گروه‌های دیگر از بیماران دشوار می‌سازد. استفاده از روش نمونه‌گیری درد سترس به دلیل محدودیت‌های موجود در بیمارستان استفاده صرف از پرسشنامه جهت جمع‌آوری اطلاعات از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد.

با توجه به محدودیت زمانی و عدم دسترسی به بیماران، اجرای دوره‌ی پیگیری، جهت ارزیابی، تداوم اثر بخشی درمان‌های مورد مطالعه میسر نشد.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که تنظیم شناختی هیجان از عوامل مهم در سلامت روانی است و به عنوان فرایندی در نظر گرفته می‌شود که از طریق آن فرد هیجانات خود را برای پاسخ متناسب به خواسته‌های محیطی به طور هشیار یا ناهشیار تعدیل و تنظیم می‌کند. نتایج این پژوهش دستاوردهای مهمی در راستای بهبود و استحکام هر چه بیشتر سلامت روان و ارتقای کیفیت زندگی بیماران با تخریب لکه زرد چشمی می‌باشد و تلویحات مهمی در زمینه آموزش و ارتقای بهداشت روانی این گروه از بیماران است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد تهران می باشد از تمامی همکاران و شرکت کنندگان تشکر و قدردانی را دارم.

References:

1. Mohammadian T, Bonyadi M, Javadzadeh AR, Jabbarpoor Bonyadi MH. Study of C-2518T Polymorphism of CCL2 Gene in Age-Related Macular Degeneration Patients from Northwest of Iran. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences 2015;22(2):108-113.
2. Mitchell P, Liew G, Gopinath B, Wong TY. Age-related macular degeneration. The Lancet, 2018; 392(10153): 1147-1159.
3. Roshanipour N, Jabbarpour Bonyadi M, Jabbarpour Bonyadi MH, Javadzadeh A. Association between Polymorphisms of Rs4151667(L9H) CFB Gene and Age-Related Macular Degeneration in a Population in theNorth West of Iran. Bina J Ophthalmol 2017; 22 (2): 104-109.
4.Lin JB, Sene A, Santeford A, Fujiwara H, Sidhu R., Ligon MM, & et al. Oxysterol Signatures Distinguish Age-Related Macular Degeneration from Physiologic Aging. EBioMedicine2018; 32: 9–20.
5. Barghi Irani Z, Pirhayati Z, Zare H. Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy on Quality of Life in Elderly People with Age-Related Macular Degeneration Disease. Iranian Journal of Health Psychology2018; (1): 79-91.
6.Casten RJ, Rovner B.W. Depression in Age-Related Macular Degeneration. Journal Vis Impair Blind2008; 102(10): 591–599.
7.Casten RJ, Rovner B.W. Update on Depression and Age-Related Macular Degeneration. Current Opinion in Ophthalmology2013;24(3): 239-243.
8.Taylor D.J, Hobby A.E, Binns A, Crabb D.P. How does age-related macular degeneration affect real-world visual ability and quality of life? A systematic review. BMJ Open2016; 6(12): e011504.
9. Fleury-Bahi G, Pol E, Navarro O. Introduction: Environmental psychology and quality of life. Handbook of environmental psychology and quality of life research,2017; 1-8.
10. Chatziralli, I., Mitropoulos, P., Parikakis, E., Niakas, D., Labiris, G. Risk Factors for Poor Quality of Life among Patients with Age-Related Macular Degeneration. Journal Seminars in Ophthalmology2017; 32(6): 772-780.
11. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive Coping and Psychological Adjustment in Different Types of Stressful Life Events. Individual Differences Research, 2013, 7(3), 168- 181.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

12. Alibeigi A. The factors influencing educational burnout in students of agriculture and natural resources field in Razi University. Journal of Agricultural Education Administration Research,2017; *9*(40): 44-55.
13. Borhani, A., Moradi, A. R., Akbari, M., & Mirani, R. The Effectiveness of Process Emotion Regulation Strategies in Improvement on Executive Functions and Quality of Life in Recovered Addictions in Drop in Centers. Journal of Cognitive Psychology,2017; *5*(2): 23-34.
14. Abniki E, Abolghasemi A, Abbasi M, Moazzez R, Jalali R. The Effect of Group Cognitive-Behavioral Intervention in Stress Management on Improved Hardiness and Self-control in Depressed Women. Quarterly Journal of Clinical Psychology Studies2016;19(5):99-118.
15. Blalock D, Kashdan T, Farmer A. Trait and daily emotion regulation in social anxiety disorder. Cognitive Therapy and Research2016;40: 416-425**.**
16.Louro A. Fernández-Castro T. Is there a relationship between positive affect and other dimensions of quality of life in colorectal cancer patients? Anales de Psicología2015;31(2): 404-413.
17.Ciuluvica C, Amerio P, Fulcheri M. Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. Procedia-Social and Behavioral Sciences2014; 127: 661-665.
18. Pirhayati Z, Barghi Irani Z. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on mental health and cognitive function in the elderly with age-related macular degeneration. Psychology of Aging2017;3(2):137-146.
19. Rovner B, Casten R.J,Hegel M.T,Massof R.W, LeibyB.E, Tasman W.S. Low Vision Depression Prevention Trial in Age-Related Macular Degeneration. Ophthalmology2014;121(11): 2204-2211.
20.Bahremand, M, Alikhani M, Zakiei A, Janjani, P, Aghaei A. Emotion Risk-Factor in Patients With Cardiac Diseases: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies, Positive Affect and Negative Affect (A Case-Control Study). Glob J Health Sci,2017; 8(1): 173–179.
21.Besharat, M.A, Ramesh S. The relationship between worry and anger rumination with adjustment problems to heart disease: The mediating role of difficulties in emotion regulation. Heart Mind2017; 1:141-8.
22. Troy, Allison S., and Iris B. Mauss. "Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor." Resilience and mental health: Challenges across the lifespan2011; 1 (2): 30-44.
23. Gross, James J., ed. Handbook of emotion regulation. Guilford publications, 2013.
24. Siegling AB, Furnham A, Petrides KV. Trait Emotional Intelligence and Personality: Gender-Invariant Linkages Across Different Measures of the Big Five. J Psychoeduc Assess. 2015 Feb;33(1):57-67. doi: 10.1177/0734282914550385.
25. Tabernero, Carmen. "Comparative study of positivity and self-efficacy for the regulation of negative emotions in persons with and without cardiovascular disease." EC Psychology and Psychiatry 2017; 4:247-263.
26. Lopes, P N, Mestre, JM., Guil R., Kremenitzer, J. P., & Salovey, P. (2012). The Role of Knowledge and Skills for Managing Emotions in Adaptation to School: Social Behavior and Misconduct in the Classroom. *American Educational Research Journal*, *49*(4), 710-742. https://doi.org/10.3102/0002831212443077
27. Maul, A. (2012). The Validity of the Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) as a Measure of Emotional Intelligence. *Emotion Review*, *4*(4), 394-402. https://doi.org/10.1177/1754073912445811
28. Louwen, C., Reidlinger, D. & Milne, N. Profiling health professionals' personality traits, behaviour styles and emotional intelligence: a systematic review. BMC Med Educ 23, 120 (2023). https://doi.org/10.1186/s12909-023-04003-y
29- Fatemeh Rabbani. The Relationship between emotional intelligence and marital satisfaction with postpartum depression. J Adv Pharm Edu Res 2020;10(S2):125-129.
31. Karimifar, Masoud. The effectiveness of emotion regulation training on the quality of life of women with anxiety. Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists, 2017;13(52):420-407**.**
32.Roberton, T., Daffern, M., & Bucks, R.S. (2012). Emotion regulation and aggression. Aggressive and Violent Behaviour, 17(1): 78-82.
33.Manju, H.K., & Rajappa, B. (2016). Role of Emotion Regulation in Quality of Life. The International Journal of Indian Psychology, 4(1): 154-160.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

34. Kerr, B. A., Wright, J. D., Huffman, J. M., Birdnow, M., Reder, M., Stull, O. A., & Malmsten, R. N. Cognitive ability, personality, and privilege: A trait-complex approach to talent development. In R. J. Sternberg & D. Ambrose (Eds.), *Conceptions of giftedness and talent* (pp. 195–214). Palgrave Macmillan/Springer Nature.2021 https://doi.org/10.1007/978-3-030-
35. Iqbal, M. S., Ishaq, M. A., Akram, A., & Habibah, U. Personality traits predicting knowledge hiding behaviour: Empirical evidence from academic institutions of Pakistan. Business Information Review,2020; 37(4), 154-166. https://doi.org/10.1177/0266382120969307
36. shams, Z., Tahmasebi Boroujeni, S., bohloul, A. The Effect of Positive and Negative Emotions on Decision Making of Football Players. *Sport Psychology Studies*, 2021; 10(35): 259-280. doi: 10.22089/spsyj.2020.9267.2009.
37.Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L. Allen, L.B. &Ehrenreich-May, J. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist workbook. New York, NY: Oxford University Press2011.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]