

Quarterly Journal Of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

The effectiveness of Emotion-Focused Therapy in Cognitive Emotion Regulation and Ego Strength among Cardiovascular Patients with Obesity

Sara Zarieh¹, Farah Naderi^{2*}, Parviz Asgari³, Saeid Bakhtiarpoor⁴

¹ Ph.D. student in Health Psychology, Department of Psychology, Khorramshahr International Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran .

² Prof, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran .

³ Prof, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran .

⁴ Assistant Prof, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Correspondence

Farah Naderi

Email: nmafrh@yahoo.com

How to cite

Zarieh, S., Naderi, F., Asgari, P. & Bakhtiarpoor, S. (2023). The effectiveness of Emotion-Focused Therapy in Cognitive Emotion Regulation and Ego Strength among Cardiovascular Patients with Obesity. Quarterly Journal Of Health Psychology, 12(3). 119-117.

ABSTRACT

Objective: The present research was aimed to study the effectiveness of emotion-focused therapy in cognitive emotion regulation and ego strength among cardiovascular patients with obesity.

Method: The method was semi-experimental with pretest, posttest and 3-month follow-up with control group design. The statistical population included all cardiovascular patients with obesity in Tehran who referred to Shariati and Rajaei hospitals in 2019-2020. The sampling method was purposive method. Thirty patients were assigned in two groups randomly (15 patients in each group). The experimental group received emotion-focused intervention in 90-minute weekly sessions for eight weeks. The control group were in waiting list. To gather the data, the cognitive emotion regulation (Garnefsk and Kraaij., 2007) and the psychosocial inventory of ego strengths (Markstrom, et al., 1997) questionnaires were implemented. The data were analyzed by SPSS-24 via analysis of variance with repeated measures.

Results: Results showed that emotion-focused therapy was effective in increasing positive emotional cognitive regulation ($p < 0.001$) and ego strength ($p < 0.001$). The effectiveness of this treatment in negative emotional cognitive regulation was not significant ($p > 0.05$). The interactive effect of time group for the components of hope ($P = 0.170$, $\eta^2 = 0.018$), desire ($\eta^2 = 0.182$, $P = 0.012$), goal ($\eta^2 = 0.207$, $P = 0.005$), competence ($\eta^2 = 0.141$, $P = 0.042$), loyalty ($\eta^2 = 0.296$, $P = 0.001$, $F = 6.95$), love ($\eta^2 = 0.317$, $P = 0.001$), care ($\eta^2 = 0.274$, $P = 0.001$) and wisdom ($\eta^2 = 0.190$, $P = 0.011$) are significant. The results of the Ben Feroni test comparing the effect of time showed that the difference in the average scores of the eight components of my strength in the pre-test-post-test and pre-test-follow-up stages is statistically significant, but the difference in the average scores in the post-test-follow-up stages is not significant.

Conclusion: According to the findings, it could be said that emotion-focused therapy was a reliable and a stable method in order to improving the psychological conditions of cardiovascular patients, especially ego strength and positive emotional cognitive regulation. In explaining the effectiveness of emotion-oriented therapy in increasing the strength of cardiovascular patients with obesity, it can be said that emotion-oriented therapy is by processing emotional experiences to cardiovascular patients in regulating their emotional functions and in this way achieve more consistent emotional responses that increase resilience and strength. Achieving adaptive emotional responses by modulating emotional responses and coping with disempowering maladaptive emotions increases my resilience in these individuals.

KEYWORDS

Cardiovascular disease, Cognitive emotion regulation, Ego strength, Emotion-focused therapy, Obesity.

© 2023, by the author(s). Published by Payame Noor University, Tehran, Iran.

This is an open access article under the CC BY 4.0 license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

<https://hpj.journals.pnu.ac.ir/>



نشریه علمی

روانشناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

اثربخشی درمان هیجان مدار بر تنظیم شناختی هیجان و استحکام من در بیماران قلبی-عروقی مبتلا به چاقی

سارا ذریعه^۱، فرح نادری^{۲*}، پرویز و بختیارپور^۳، سعید بختیارپور^۴

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر تنظیم شناختی هیجان و استحکام من در بیماران قلبی-عروقی مبتلا به چاقی بود.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری عبارت بود از کلیه بیماران قلبی-عروقی مبتلا به چاقی شهر تهران مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی و شهید رجایی در سال ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹ که به روش نمونه گیری هدفمند ۳۰ نفر از بیماران واجد شرایط انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند که هر گروه ۳ نفر ریزش داشت و تعداد به ۱۲ نفر تقلیل یافت. گروه آزمایش، درمان هیجان مدار را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشتند. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه ی تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۷) و پرسشنامه ی استحکام من مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷) انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر صورت گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد که درمان هیجان مدار در افزایش استحکام من و تنظیم شناختی هیجانی مثبت ($p < 0.01$) اثربخش بود و اثر پایداری بر این متغیرها داشت. اثربخشی این درمان بر تنظیم شناختی هیجانی منفی معنادار نبود ($p > 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های به دست آمده می توان گفت که درمان هیجان مدار رویکرد قابل اتکا و پایداری در بهبود شرایط روان شناختی بیماران قلبی-عروقی به خصوص استحکام من و تنظیم شناختی هیجانی مثبت است.

واژه های کلیدی

استحکام من، بیماران قلبی-عروقی، تنظیم شناختی هیجان، چاقی، درمان هیجان مدار.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد بین المللی خرمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران.
^۲ استاد گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
^۳ استاد گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
^۴ استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول:

فرح نادری

رایانامه: nmafrh@yahoo.com

استناد به این مقاله:

ذریعه، سارا، نادری، فرح، عسگری، پرویز و بختیارپور، سعید (۱۴۰۲). اثربخشی درمان هیجان مدار بر تنظیم شناختی هیجان و استحکام من در بیماران قلبی-عروقی مبتلا به چاقی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱۲(۳)، ۱۱۹-۱۳۲.

مقدمه

در حال حاضر، بیماری‌های قلبی-عروقی از جدی‌ترین و مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت و کیفیت زندگی افراد به‌شمار می‌رود، و به‌عنوان یکی از سه علت اصلی مرگ‌ومیر و ناتوانی در سراسر دنیا شناخته شده است (سونگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ ردی و متور، ۲۰۲۲). در ایران نیز شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی و مرگ‌ومیر روندی رو به رشد نشان می‌دهد. به‌علاوه، در چند سال اخیر سن ابتلا به این بیماری با کاهش نگران‌کننده‌ای همراه بوده است (خداداد هتکه پستی، حسن‌زاده و عمادیان، ۱۴۰۰). از جمله عوامل خطرزای ابتلا به این بیماری می‌توان به کم‌تحرکی (کیلکنز و همکاران، ۲۰۲۲)، مصرف سیگار (فالک، اکوت، ویندیال و ابلح، ۲۰۲۲) و الکل (هوک، ون‌اورت، موکامال، و بئولنز، ۲۰۲۲)، تغذیه نامناسب و چاقی (هانگ و همکاران، ۲۰۲۲)، چربی (تائو، ژو، وانگ، هوا، و لی، ۲۰۲۲) و فشار خون بالا (اردونز و همکاران، ۲۰۲۲) و دیابت (میلر، و همکاران، ۲۰۲۲) اشاره کرد. از این میان، اضافه‌وزن و چاقی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار بر بیماری قلبی-عروقی شناخته می‌شود (پاول-وایلی و همکاران، ۲۰۲۱).

چاقی با نشانگان سوخت‌وساز^۱ و بیماری‌های قلبی-عروقی رابطه دارد. چاقی منجر به افزایش نیازهای سوخت‌وسازی و در نتیجه، افزایش برون‌ده قلب و اضافه‌بار مزمن بر آن می‌شود که تغییرات ساختاری بطن چپ را به همراه دارد (پاول- وایلی و همکاران، ۲۰۲۱). چاقی باعث رشد نوارهای چربی در شریان‌های راست قلب می‌شود که از مراحل اولیه آترواسکلروز به‌شمار می‌رود (هی و همکاران، ۲۰۲۲). پژوهش‌ها رابطه میان شاخص توده بدنی و افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی-عروقی را نشان داده‌اند. در سنین میان‌سالی، میزان شاخص توده بدنی تا ۲۲ برای مردان قابل قبول است، ولی به‌ازای هر واحد افزایش شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۲، خطر مرگ‌ومیر ناشی از بیماری قلبی-عروقی چهار تا پنج درصد افزایش می‌یابد (ژیا و همکاران، ۲۰۱۸).

بیماران قلبی علاوه‌بر مشکلات فیزیکی و جسمانی، با مشکلات روان‌شناختی فراوانی مانند استرس (گروبلر، ۲۰۲۲)، افسردگی و اضطراب همراه هستند (ماوریزد و نمروف، ۲۰۲۲). به‌جز عوارض متابولیک، چاقی به‌عنوان یک بیماری باعث ایجاد اختلال در عملکرد فرد، کاهش کیفیت زندگی، رفلکس گوارشی، آرتروز و ناتوانی در انجام امور فیزیکی می‌شود (ملک، ۱۳۹۹).

یکی دیگر از مشکلاتی که بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی همانند افراد دچار اضافه‌وزن و چاقی از آن رنج می‌برند، مشکلات تنظیم شناختی هیجان^۲ است (گریفین و هواردز، ۲۰۲۲؛ چنگ و همکاران، ۲۰۲۲؛ اسدالهی و همکاران، ۲۰۲۲). تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان راهبردهای آگاهانه و ذهنی مورد استفاده برای کاهش، افزایش یا نگهداری تجارب هیجانی تعریف می‌شود (دپوریس و کمبالبرت، ۲۰۲۲). تنظیم شناختی هیجان وجه ذاتی گرایش‌های مربوط به پاسخ‌های هیجانی است. در واقع تنظیم شناختی هیجان اعمالی است که برای تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. پژوهش‌ها استفاده بیشتر از راهبردهای تنظیم شناختی-هیجانی ناسازگار مانند خودسرزندی، نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری توسط بیماران قلبی-عروقی را تایید کرده‌اند (موساتا، ۲۰۲۱). بازداری هیجانی و عاطفه منفی باعث افزایش ترشح کورتیزول و افزایش فعالیت محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و اختلال در تنظیم پاسخ‌های فیزیولوژیکی به استرس شده و همه این‌ها باعث علائم گوارشی می‌شوند (مردیت و همکاران، ۲۰۱۹). وجود یک شخصیت پخته و بالنده که قدرت تنظیم شناختی هیجانی بالایی دارد و از سرکوبی و بازداری هیجانی جلوگیری می‌نماید می‌تواند به فرد کمک کند تا با شناسایی منبع مشکلات و تعارض‌های خود، درصدد برطرف کردن آنها برآید و جلوی بسیاری از هزینه‌هایی که بر حوزه بهداشت و درمان تحمیل می‌شود گرفته شود (هود و همکاران، ۲۰۱۸).

به باور پژوهشگران، استحکام من^۳ به‌عنوان یک عامل مهم در پیش‌بینی سلامت روان و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (زیدنی و همکاران، ۲۰۱۷)، از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی شناخته می‌شود (بشارت و رامش، ۲۰۲۲). «ایگو» یا «من» وظیفه مدیریت سیستم روانی را بر عهده دارد و اصطلاح استحکام من به معنی ظرفیت فرد برای درک واقع‌بینانه شرایط مشکل‌زا و پاسخ دادن به آنها به شکل مؤثر می‌باشد. استحکام من به فرد در دستیابی به تعادل عاطفی و کنار آمدن با استرس‌های درونی و بیرونی کمک می‌کند. در مجموع توانایی فرد برای کنار آمدن با زندگی، یعنی تعادل روانی وی، به توانایی و استحکام ایگو در جهت غلبه بر فشارهای گوناگونی که بر آن وارد می‌شود، بستگی دارد (کیلی و داگتری، ۲۰۱۸). بیماران دارای استحکام من ضعیف انگیزه کمتری برای غلبه بر موانع و الگوهای تفکر تحریف‌شده‌ای دارند که منجر به احساس ناتوانی آنها در انجام

2. cognitive emotion regulation

3. ego Strength

1. Metabolic Syndrome

زوجینی و همچنین سلامت بیمار به طور منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. نتیجه این پژوهش نشان داد زوج‌درمانی هیجان‌محور باعث کاهش آشفتگی هیجانی و افزایش رضایت و کیفیت زندگی زناشویی در این زوجین شده است. همچنین نتایج پژوهش سلطانی و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که زوج‌درمانی هیجان‌محور باعث کاهش آشفتگی زوجین می‌شود. در واقع بررسی هیجان و عواطف در عرصه روان‌شناسی امروز جایگاه وسیعی را به خود اختصاص داده است. ارتباط هیجان با ویژگی‌های شخصیتی، اختلال‌ها، نظام پردازش اطلاعات شناختی، ارتباط‌های بین فردی یافته‌های بی‌بدیلی را فرا روی جهان بشری قرار داده است. چگونگی تغییر احساس افراد در خلال زمان را می‌توان به‌منزله مسیرهایی در فضای هسته عاطفی ترسیم کرد. سرکوب کردن انواع عواطف خطرناک است و پس از مدتی به شکل انفجاری و غیرقابل کنترل تخلیه خواهند شد. ابراز عواطف به شکل صحیح می‌تواند مانع بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات گردد (سلطانی و همکاران، ۲۰۱۴).

همان‌طور که عنوان شد، پارهای از علل بیماری‌های جسمی از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی، مربوط به عوامل زیستی و شاخص‌های فیزیولوژیک می‌باشد؛ اما در کنار این عوامل زیستی، برخی متغیرهای روان‌شناختی به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز در این بیماری‌ها عمل نموده و پس از بروز بیماری‌های قلبی-عروقی، بر نتایج درمان‌های دارویی و طبیبی صورت گرفته بر روی مبتلایان تأثیرات بسزایی به جا می‌گذارند، درمان‌های روان‌شناختی متمرکز بر هیجان‌گزینه مناسبی می‌توانند باشند. از دلایل دیگری که ضرورت انجام این پژوهش را می‌رساند، این است که پژوهش‌های پیشین کمتر بر پیگیری نتایج تمرکز داشته و نقایصی نظیر شیوه‌های آماری، جامعه ناهمگن، اشکالات متودولوژیک داشته‌اند که در این پژوهش سعی شد این مشکلات برطرف شود. با توجه به مطالب یادشده، سؤال و مسئله اساسی در این پژوهش این است: آیا درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان و استحکام من در بیماران قلبی-عروقی مبتلا به چاقی اثربخش است؟

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از لحاظ نوع داده‌ها از جمله تحقیقات کمی محسوب می‌شود. از نظر هدف در زمره‌ی تحقیقات کاربردی محسوب می‌شود و به لحاظ روش، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. بدین‌طریق که یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. هر گروه سه بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. اولین مرتبه اندازه‌گیری با اجرای یک پیش‌آزمون قبل از ارائه

امور می‌شود. تحریف‌کننده‌های واقعیت، مانند الگوهای غیرواقعی سبب اضطراب و استرس می‌شود به طوری که فرد باور می‌کند مشکلات بدون این که راهی برای حل آن‌ها پیدا شود از بین خواهند رفت. از طرفی نتایج پژوهش سینگ و آناند (۲۰۱۵) نشان داد بیماران دارای استحکام من بالا، انگیزه بالایی برای غلبه بر مشکلات داشته و همیشه برای بهتر شدن مجادله می‌کنند، احساسات گناه و خشم‌شان را اعتراف می‌کنند و با وجود وضعیت و موقعیت‌های سخت، پابرجا می‌مانند.

یکی از راهکارهای مؤثر در کاهش پیامدهای منفی روانی در بیماران قلبی عروقی مبتلا به چاقی، استفاده از رویکردهای درمانی دارای پشتوانه پژوهشی است (فلاح و قدسی، ۱۴۰۱). یکی از این رویکردها که در سال‌های اخیر مورد توجه درمانگران قرار گرفته است، درمان هیجان‌مدار است. این درمان که ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است، ارتباط نزدیکی با کاهش مشکلات روان‌شناختی در بیماران قلبی-عروقی دارد. فرایند درمان هیجان‌مدار با سه مرحله پیوستگی و آگاهی، فراخوانی و کشف و بازسازی هیجانی در هشت گام تعیین می‌شود. این سه مرحله باهم همپوشی دارند و در سرتاسر درمان به مراجع به‌عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود به درمانگر به‌عنوان راهنما و تسهیل‌گر برای اهداف مراجع نگریسته می‌شود (جانسون و همکاران، ۲۰۱۳). در درمان هیجان‌مدار نظر بر این است که شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی را سازمان‌دهی و پردازش می‌کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می‌کنند، منجر به درماندگی آنها شده است (گرین من و جانسون، ۲۰۱۳). درمان هیجان‌مدار با ایجاد تعاملات سازنده بین بیماران و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن باعث رضایت از زندگی و کاهش تحریف‌های شناختی در آنان می‌شود (گرین من و جانسون، ۲۰۱۳). هدف درمان هیجان‌مدار کمک به مراجعین در دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبتی است که در دسترس بودن و اعتماد بین درمان هیجان‌مدار گزارش کردند که مراجعینی که آموزش درمان هیجان‌مدار را دیده بودند، در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر تمایل داشتند تا اطرافیان‌شان را ببخشند. پژوهش‌ها اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تنظیم هیجان، اجتناب تجربی (آزندربانی، خوبی‌نژاد، و اکبری (۱۴۰۱)؛ شکرالهی و همکاران، ۱۴۰۰، پای‌پوزان، ۱۳۹۹) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (شاره و رباطی، ۱۴۰۰) را تایید کرده‌اند. همچنین آدامسون (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای با عنوان زوج‌درمانی هیجان‌محور برای زوجینی که همسرشان سرطان سینه دارند، همراه با پایه تئوری و مطالعه موردی توصیفی، بیان می‌کند در زوج‌هایی که همسر بیمار دارد، زن و شوهر هر دو، آشفتگی هیجانی زیادی را تجربه می‌کنند. در نتیجه رابطه چنین

پرسشنامه استحکام من: این پرسشنامه توسط مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷) ساخته شده است که ۸ نقطه قدرت ایگو (امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد) را می‌سنجد و دارای ۶۴ سؤال است. عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً با من مطابق است (۵) تا اصلاً با من مطابق نیست (۱) نمره‌گذاری می‌شود. مارکستروم و همکاران (۱۹۹۷) به‌عنوان سازندگان روایی صوری، محتوا و سازه این پرسشنامه را مورد تأیید قرار دادند و همچنین در بررسی اعتبار آن با استفاده از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، آن را ۰/۶۸ گزارش کردند. الطافی (۱۳۸۸) نیز آلفای کرونباخ سیاهه را بر روی نمونه‌ای ایرانی ۰/۹۱ و اعتبار دونیمه‌سازی مقیاس را ۰/۷۷ گزارش کرد. اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب همسانی دورنی سؤالات و آزمون آلفای کرونباخ، برای نمره کل ۰/۷۸ به دست آمد.

شیوه اجرا

از میان بیماران قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی و رجایی تهران با بررسی پرونده پزشکی، ارزیابی و سرند افراد انجام شد. از میان ۱۴۰۸ بیمار در بازه‌ی زمانی سال ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹، تعداد ۳۷۲ نفر واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند که از این میان، تعداد ۳۰ نفر از بیماران قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی و رجایی تهران به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس در دو گروه ۱۵ نفره به‌صورت تصادفی جایگزین شدند که در حین انجام پژوهش ۳ نفر از هر گروه ریزش داشتند و تعداد هر گروه به ۱۲ نفر تقلیل یافت. در اولین جلسه فرآیند کار که شامل اهداف، زمان‌بندی، اجرای طرح، فواید حضور در جلسات درمانی و نحوه خروج در صورت تمایل تشریح شد و پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار گروه قرار داده شد و در مورد نحوه‌ی پاسخگویی توضیحاتی ارائه گردید. گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشتند. پس از خاتمه روش‌های مداخله و پس‌آزمون، سه ماه بعد پیگیری انجام شد، برای ترغیب شرکت‌کنندگان در پژوهش به آنها ماسک، دستکش و الکل ضدعفونی‌کننده در هر جلسه ارائه شد. همچنین در هر جلسه به شرکت‌کننده‌ها قرص‌های ویتامین دی و کنترل‌کننده فشارخون براساس پرونده پزشکی هر بیمار در اختیارشان قرار گرفت. در نهایت روش‌های مداخله برای گروه کنترل که در لیست انتظار بودند پس از اتمام پژوهش، برگزار شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ گزارش شده است.

مداخلات بود، دومین اندازه‌گیری پس از اتمام مداخلات موردنیاز صورت گرفت. سومین مرتبه‌ی اندازه‌گیری نیز پس از سه ماه گذشتن از اتمام مداخلات به‌منظور بررسی ثبات اثر مداخلات انجام گرفت. از میان ۱۴۰۸ بیمار در بازه‌ی زمانی سال ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹، تعداد ۳۷۲ نفر واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند که از این میان، تعداد ۳۰ نفر از بیماران قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی و رجایی تهران به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در هر گروه ۱۵ نفر جایگزین شدند. در مرحله‌ی انتخاب اولیه ۲ نفر در گروه کنترل از ادامه همکاری دست کشیدند. همچنین یک نفر در گروه درمان هیجان‌مدار از شرکت در پژوهش منصرف شد. پس از اجرای درمان نیز، یک نفر در گروه آزمایش و یک نفر دیگر در گروه کنترل در مرحله پیگیری حاضر به همکاری با پژوهشگران نشد. معیارهای ورود عبارت بودند از: ابتلا به بیماری قلبی-عروقی، ابتلا به چاقی با شاخص توده بدنی ۲۵ به بالا، رضایت آگاهانه برای حضور در پژوهش، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی تا قبل از جلسات گروه‌درمانی، عدم وجود اختلالات روان‌شناختی یا سابقه بیماری روانی و بستری (با بررسی پرونده پزشکی و یک جلسه مصاحبه روان‌پزشکی این ملاک لحاظ گردید)، امکان داشتن تکلم و سواد حداقل سیکل برای شرکت در جلسات. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات گروهی درمان و عدم تمایل به شرکت در جلسات در حین اجرای جلسات گروهی درمانی. برای ارزیابی متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۷) یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است که راهبردهای خودتنظیمی را برحسب ۹ زیرمقیاس زیر می‌سنجد: سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری، فاجعه‌انگاری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه وسیع و پذیرش. نمره بیشتر، نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. مقیاس نمره‌گذاری لیکرت است. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ و ضریب اعتبار خرده‌مقیاس‌های آن به شیوه بازآزمایی به فاصله زمانی ۱۴ ماده در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش شده است (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۷). در ایران نیز ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این آزمون را در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و همچنین ضریب اعتبار این عوامل را به شیوه بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ به دست آورده‌اند (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). اعتبار پرسشنامه در پژوهش حاضر برای تنظیم شناختی هیجانی مثبت ۰/۸۵ و منفی ۰/۸۷ به شیوه همسانی درونی سؤالات با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد.

جدول ۱. جلسات درمان هیجان‌مدار برگرفته از گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲)

جلسه	عناوین
اول	اجرا پیش‌آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات بیماران از درمان
دوم	تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که بیماران چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی بیماران، آشنایی بیماران با اصول درمان هیجان‌مدار و نقش هیجان‌مدار در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری بیماران
سوم	شکل‌دهی دوباره به مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌مدار و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به بیمار، آگاهی دادن به بیماران در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی
چهارم	ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده است. جلب توجه بیماران به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش
پنجم	آگاه کردن افراد از هیجان‌مدار زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر بیمار در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات و بیماران و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجان‌مدار شناخته‌شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها
ششم	آسان‌سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین بیماران
هفتم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین بیماران و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی
هشتم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است. برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است. شکل‌گیری رابطه براساس پیوندی ایمن به‌گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌های آسیمی به آن‌ها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون

مرد حضور داشتند. آزمون کای اسکور پیرسون نشان داد که بین گروه‌ها به لحاظ جنسیت تفاوت معناداری وجود ندارد ($p=0/890$). در گروه درمان هیجان‌مدار میزان تحصیلات ۶ نفر از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۴ نفر دیپلم و ۲ نفر بالاتر از دیپلم بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۵ نفر از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۵ نفر دیپلم و ۲ نفر بالاتر از دیپلم بود. استفاده از روش آماری کای اسکور پیرسون نشان داد که بین گروه‌ها به لحاظ میزان تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد ($p=0/664$). میانگین و انحراف استاندارد شاخص توده بدنی شرکت‌کنندگان در گروه درمان هیجان‌مدار به ترتیب برابر با ۳۱/۰۸ و ۲/۰۲ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲۹/۵۸ و ۲/۲۳ بود. آزمون t مستقل نشان داد تفاوتی بین دو گروه وجود ندارد ($p=0/264$).

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش میانگین نمرات راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش و میانگین نمرات راهبردهای منفی آن کاهش یافته است. همچنین در هر دو گروه آزمایش میانگین مؤلفه‌های استحکام من در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است.

به منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش با شناسه اخلاق IR.IAU.AHVAZ.REC.1400,084 بیماران داوطلب شرکت در پژوهش رضایت خود را در شرکت در پژوهش اعلام کردند. پرسشنامه‌ها بی‌نام بودند و همچنین گزارش‌های مستخرج از پژوهش، بدون ذکر نام آزمودنی‌ها انجام شد. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که هیچ‌گونه سوءاستفاده شخصی در این پژوهش وجود نخواهد داشت.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. در این تحقیق از روش‌های آماری زیر استفاده شد. از آماره‌های توصیفی (نمودار، جدول، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) جهت تنظیم، تلخیص و به نمایش درآوردن داده‌های به دست آمده از متغیرها استفاده شد. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان هیجان‌مدار به ترتیب برابر با ۴۴/۵۰ و ۶/۲۲ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۴۶/۱۷ و ۶/۶۳ سال بود. آزمون t مستقل نشان داد تفاوتی بین دو گروه وجود ندارد ($p=0/365$). در گروه درمان هیجان‌مدار ۸ زن و ۴ مرد و در گروه کنترل ۷ زن و ۵

پس از ارزیابی مفروضه‌های تحلیل و اطمینان از برقراری آنها در بین داده‌ها، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر فرضیه‌ها آزمون شدند. جدول ۳ نتایج آزمون مذکور را نشان می‌دهد.

ارزیابی مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌های خطا، همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته و شرط کرویت مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد پیش‌فرض‌های این آزمون برقرار است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای مثبت و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در سه مرحله ارزیابی

متغیر	خرده مقیاس	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
تنظیم شناختی هیجان	راهبردهای مثبت	درمان هیجان‌مدار	۲۱/۷۵ (۴/۰۹)	۳۰/۲۵ (۶/۶۲)	۳۰/۵۰ (۵/۸۱)
		کنترل	۲۱/۱۷ (۳/۶۶)	۲۱/۵۰ (۴/۶۶)	۲۰/۵۸ (۳/۸۷)
	راهبردهای منفی	درمان هیجان‌مدار	۲۶/۷۵ (۵/۴۸)	۲۲/۵۰ (۶/۶۵)	۲۳/۵۸ (۶/۴۹)
		کنترل	۲۷/۱۷ (۵/۳۷)	۲۵/۵۰ (۶/۱۶)	۲۵/۴۲ (۵/۲۷)
امید	راهبردهای مثبت	درمان هیجان‌مدار	۲۱/۹۲ (۴/۳۵)	۳۱/۸۳ (۴/۶۳)	۳۰/۵۰ (۵/۴۹)
		کنترل	۲۰/۷۵ (۴/۶۳)	۲۱/۷۵ (۴/۰۰)	۲۲/۱۷ (۴/۸۴)
	راهبردهای منفی	درمان هیجان‌مدار	۱۷/۴۲ (۳/۲۶)	۲۳/۵۰ (۵/۳۹)	۲۴/۱۷ (۵/۵۷)
		کنترل	۱۹/۱۷ (۴/۲۲)	۱۸/۱۷ (۵/۱۷)	۱۸/۰۰ (۴/۲۶)
خواستگاری	راهبردهای مثبت	درمان هیجان‌مدار	۲۰/۵۸ (۴/۸۱)	۲۸/۷۵ (۶/۵۲)	۳۰/۰۸ (۶/۹۵)
		کنترل	۱۹/۸۳ (۵/۵۴)	۱۹/۰۸ (۶/۱۳)	۱۹/۶۷ (۵/۰۲)
	راهبردهای منفی	درمان هیجان‌مدار	۲۳/۳۳ (۵/۵۷)	۳۴/۲۵ (۶/۲۴)	۳۲/۰۸ (۵/۳۷)
		کنترل	۲۴/۰۰ (۵/۷۷)	۲۴/۷۵ (۶/۱۱)	۲۴/۰۸ (۵/۸۶)
وفاداری	راهبردهای مثبت	درمان هیجان‌مدار	۱۶/۵۰ (۳/۱۸)	۲۲/۷۵ (۵/۵۱)	۲۳/۸۳ (۵/۱۱)
		کنترل	۱۷/۵۸ (۳/۲۳)	۱۷/۵۰ (۳/۶۶)	۱۶/۷۵ (۳/۴۹)
	راهبردهای منفی	درمان هیجان‌مدار	۱۶/۹۲ (۳/۵۲)	۲۳/۴۲ (۶/۰۹)	۲۳/۵۰ (۵/۸۱)
		کنترل	۱۷/۷۵ (۳/۱۹)	۱۸/۵۰ (۴/۰۱)	۱۷/۱۷ (۴/۷۶)
عشق	راهبردهای مثبت	درمان هیجان‌مدار	۲۰/۵۸ (۶/۵۴)	۳۱/۰۸ (۶/۳۴)	۳۰/۳۳ (۵/۸۲)
		کنترل	۲۱/۴۲ (۴/۰۶)	۲۱/۵۸ (۴/۱۴)	۲۰/۰۸ (۴/۵۰)
	راهبردهای منفی	درمان هیجان‌مدار	۲۰/۵۸ (۵/۹۸)	۲۹/۰۰ (۶/۲۵)	۲۹/۹۲ (۴/۷۸)
		کنترل	۱۸/۵۰ (۴/۲۸)	۱۹/۷۵ (۴/۸۶)	۱۹/۱۷ (۵/۵۲)

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر راهبردهای تنظیم هیجان

متغیر	اثرات	SS	MS	F	P	η^2
راهبردهای مثبت	اثر گروه	۹۵۱/۱۷	۱۳۵۳/۸۳	۱۱/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱۳
	اثر زمان	۵۳۳/۵۷	۶۱۲/۴۲	۲۸/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۶
	اثر تعاملی گروه×زمان	۴۰۱/۱۱	۱۱۲۷/۸۳	۵/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶۲
راهبردهای منفی	اثر گروه	۱۱۰/۱۳	۱۴۲۵/۸۳	۱/۲۷	۰/۳۹۳	۰/۰۷۲
	اثر زمان	۲۱۳/۵۶	۷۴۷/۴۲	۹/۴۳	۰/۰۰۴	۰/۲۲۲
	اثر تعاملی گروه×زمان	۵۵/۳۷	۱۸۸۳/۵۰	۰/۴۹	۰/۷۰۰	۰/۰۳۹

است که اجرای درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار تنها راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را به صورت معنادار تحت تاثیر قرار داده است. در ادامه جدول ۴-۲۶ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که علاوه بر اثر گروه و اثر زمان، اثر تعاملی گروه×زمان برای راهبردهای مثبت تنظیم هیجان ($\eta^2 = 0/262$ ، $F = 5/87$ ، $P = 0/001$) در سطح $0/01$ معنادار است. در مقابل اثر تعاملی مربوط به راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در سطح $0/05$ معنادار نبود. این یافته‌ها بیانگر آن

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی بر ای مؤلفه های استحکام من

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	p
امید	پیش‌آزمون	۶/۱۹-	۰/۹۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۵/۶۱-	۱/۰۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۵۸	۱/۲۵	۱
خواسته	پیش‌آزمون	۳/۸۶-	۱/۰۶	۰/۰۰۳
	پیش‌آزمون	۳/۹۲-	۰/۹۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۰۶-	۱/۲۰	۱
هدف	پیش‌آزمون	۵/۵۰-	۱/۲۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۵/۲۵-	۱/۳۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۲۵	۱/۰۶	۱
شایستگی	پیش‌آزمون	۶/۸۶-	۱/۰۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۵/۶۱-	۱/۶۹	۰/۰۰۷
	پس‌آزمون	۱/۲۵	۱/۶۰	۱
وفاداری	پیش‌آزمون	۵/۳۹-	۱/۰۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۶/۲۲-	۱/۰۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۸۳-	۱/۰۸	۱
عشق	پیش‌آزمون	۶/۵۰-	۱/۰۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۶/۴۲-	۱/۰۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۰۸	۱/۱۱	۱
مراقبت	پیش‌آزمون	۶/۸۶-	۱/۰۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۵/۳۳-	۱/۱۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۵۳	۱/۲۰	۰/۶۳۲
خرد	پیش‌آزمون	۶/۷۸-	۱/۲۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	۷/۰۰-	۱/۵۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۲۲-	۱/۰۰	۱

منفی تنظیم شناختی هیجان اثر معنادار ندارد. پژوهش‌های دیگر همسو با پژوهش حاضر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تنظیم هیجان (ازندریانی، خوبی‌نژاد، و اکبری، ۱۴۰۱؛ پانایوتا و همکاران، ۲۰۲۱؛ پای‌پوزان، ۱۳۹۹؛ زیمر و همکاران، ۲۰۱۹؛ شکرالهی و همکاران، ۱۴۰۰؛ ویسمن و همکاران، ۲۰۱۸) را تأیید کرده‌اند. ازندریانی، خوبی‌نژاد، و اکبری (۱۴۰۱) اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر خودتنظیمی هیجانی زوجین را تأیید کردند. شکرالهی و همکاران (۱۴۰۰) با تأیید اثربخشی درمان هیجان‌مدار در مهارت‌های تنظیم هیجان و افزایش راهبردهای مثبت تنظیم هیجان دریافتند درمان هیجان‌مدار در بهبود فاجعه‌آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی منفی هیجان مؤثرتر از درمان شناختی تحلیلی بوده است. پای‌پوزان (۱۳۹۹) نیز نشان داد درمان هیجان‌مدار شناختی باعث افزایش تنظیم شناختی هیجانی در زنان مبتلا به چاقی می‌شود.

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌های هشتمانه استحکام من در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون - پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است. بر این اساس چنین نتیجه‌گیری شد که درمان هیجان‌مدار، استحکام من را در بیماران قلبی-عروقی مبتلا به چاقی افزایش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تنظیم شناختی هیجان و استحکام من در بیماران قلبی-عروقی مبتلا به چاقی بود. نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد درمان هیجان‌مدار کاربرد راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان را در بیماران قلبی-عروقی مبتلا به چاقی افزایش می‌دهد اما بر راهبردهای

هیجانی‌شان و از این طریق به پاسخ‌های هیجانی سازگارتری دست یابند که موجب افزایش تاب‌آوری و استحکام من می‌شود. دستیابی به پاسخ‌های هیجانی انطباقی با تعدیل واکنش‌های عاطفی و مقابله با احساسات ناسازگار ناتوان‌کننده، استحکام من را در این افراد افزایش می‌دهد. با توجه به نقش مهم هیجان‌ها در مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات زندگی، درمان هیجان‌مدار از طریق افزایش آگاهی هیجانی، پذیرش و ابراز هیجانی نقش مهمی در افزایش استحکام من ایفا می‌کند. سرکوب و اجتناب از تجربیات هیجانی از موانع مهم سازگاری و ارائه پاسخ‌های مقابله‌ای انطباقی و موثر به شمار می‌رود. درمان هیجان‌مدار با کاهش اجتناب و افزایش پذیرش هیجان‌ها، زمینه را برای پذیرش و پردازش هیجانی فراهم ساخته و از طریق ایجاد پاسخ‌های هیجانی سازگارانه، استحکام من را افزایش می‌دهد.

در فرایند درمان هیجان‌مدار، آگاهی از هیجان‌ها در بیماران افزایش یافته، بیماران می‌توانند تجربیات عاطفی / هیجانی عمیق‌تری داشته باشند، پاسخ‌های هیجانی ناسالم را درک کرده و می‌توانند برای تولید گزینه‌های هیجانی سازگارتر از آنها استفاده کنند؛ در نهایت بیماران قادر خواهند بود از هیجان‌ها سالم برای هدایت عمل استفاده کنند. استفاده از رویکردی دلسوزانه، غیرقضاوتی و بازتابی به بیماران اجازه می‌دهد تا به درک بهتری از احساسات خود برسند. کاربرد تکنیک‌های مختلف درمانی، به افراد کمک می‌کند روش‌های جدیدی برای استفاده از هیجان‌ها سالم برای هدایت اقدامات خود بیاموزند؛ این فرایند به افزایش توانمندی‌های افراد شامل کنترل هیجانی، کنترل من، تاب‌آوری من و دستیابی به راهبردهای مقابله‌ای موثرتر کمک کرده و از این طریق استحکام من را در آنها افزایش می‌دهد.

محدودیت‌های پژوهش عبارت بودند از: استفاده از پرسشنامه خودگزارشی، نمونه‌گیری غیرتصادفی، و حجم کم نمونه. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی در کنار پرسشنامه‌های خودگزارشی از پرسشنامه‌های فرافکن و مصاحبه نیز استفاده شود. بهتر است حداقل‌مقدور از نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد و حجم نمونه بیشتری با گروه‌های موازی پژوهش انجام شود.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان تحقیق و افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند، قدردانی می‌کنیم.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت تأکید درمان هیجان‌مدار بر مشارکت هیجان‌ها در الگوهای دائمی ناسازگاری در افراد آشفته است. بنابراین در این رویکرد برای آشکار ساختن هیجان‌ها آسیب‌پذیر در افراد و تسهیل توانایی آنها در ایجاد این هیجان‌ها به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز تلاش می‌شود. تصور می‌شود پردازش بازداری شده (مهار شده) هیجان‌ها و تجربیات موجب اختلالات هیجانی مانند افسردگی می‌شود؛ بنابراین درمانگر برای کاهش اجتناب از هیجان‌ها دشوار در بیماران تلاش می‌کند (گرینبرگ، ۲۰۱۷). درمان هیجان‌مدار، با تأکید بر پردازش تجربیات هیجانی به افراد کمک می‌کند کارکردهای هیجانی خود را تنظیم کرده و مهارت‌های تنظیم هیجان را بهبود بخشند و از این طریق به پاسخ‌های هیجانی سازگار با موقعیت‌های زندگی مانند شرایط خاص بیماری قلبی-عروقی دست یابند که اثرات جسمانی نیز دارد؛ به طوری که یافته‌های هامالوا و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده است درمان هیجان‌مدار علاوه بر افزایش شفقت خود و کاهش خودانتقادی و خودسرزنشگری، اثرات جسمانی مانند کاهش ضربان قلب دارد. تجربه پاسخ‌های هیجانی انطباقی در جریان درمان هیجان‌مدار به تعدیل واکنش‌های عاطفی بیماران کمک کرده و از این طریق به بیماران کمک می‌کند هیجان‌ها تجربه‌شده را بپذیرند و به جای اجتناب از آنها، راهبردهای موثری برای تنظیم شناختی هیجان‌ها خود آموخته و به کار ببرند. به باور پژوهشگران هیجان‌مدار، هیجان سازگارانه باعث تغییر هیجان ناسازگار می‌شود و هیجان‌ها سازگارانه‌ای که در طول درمان ابراز می‌شوند بهترین پیش‌بینی‌کننده خروجی درمان‌اند (هرمان، گرینبرگ و آرز، ۲۰۱۶). در حقیقت به نظر می‌رسد از یک سو کاهش اجتناب و از سوی دیگر ابراز هیجانی و پردازش هیجان به تنظیم هیجان‌ها در بیماران قلبی-عروقی کمک می‌کند.

نتایج یافته دیگر این پژوهش نیز نشان داد درمان هیجان‌مدار، استحکام من را در بیماران قلبی-عروقی مبتلا به چاقی افزایش می‌دهد. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افزایش استحکام من بیماران قلبی-عروقی، گریر (۲۰۱۶) نشان داد درمان هیجان‌مدار با تقویت احساس امنیت و افزایش ظرفیت شناختی، احساس استحکام خود را افزایش می‌دهد. به باور پژوهشگران استحکام من برحسب توانمندی روان‌شناختی افراد برای حل تعارضات درونی و تعامل با محیط شامل کنترل من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای مقابله‌ای تعریف می‌شود (بشارت و همکاران، ۱۳۹۵). در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار در افزایش استحکام من بیماران قلبی-عروقی مبتلا به چاقی می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار با پردازش تجربیات هیجانی به بیماران قلبی-عروقی در تنظیم کارکردهای

References

- Adamson, N. A. (2013). Emotionally focused therapy with couples facing breast cancer: a theoretical foundation and descriptive case study. *Journal of psychosocial oncology*, 31(6), 712-726.
- Altafi, Sh. (2009). Examining and comparing my strength and personality traits of drug addicts and non-addicts. Master's thesis in clinical psychology. University of Tehran Shahed.
- Asadollahi, T., Salehi, M., Jomehri, F., & Taghiloo, S. (2022). Explaining the structural relationship between mindfulness and binge eating in obese people: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Chronic Diseases Journal*, 10(1), 39-49.
- Azandaryani, M., Khajoei-Nejad, G., & Akbariamarghan, H. (2022). Comparison of the effectiveness of emotion-based therapy and acceptance and commitment-based therapy on emotional self-regulation, psychological well-being in couples. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(1), 223-242. doi: 10.22034/aftj.2021.299592.1164.
- Besharat, M. A., & Ramesh, S. (2022, June). Worry, anger rumination, ego-strength and adjustment to heart disease. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson.
- Besharat, M.A., & Bezazian, S. (2013). Examining the psychometric characteristics of the emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian society. *Journal of the Faculty of Nursing and Midwifery*, 24(84), 61-70. SID. <https://sid.ir/paper/496015/fa>.
- Besharat, M.A., Timurpour, N., R, A, Hossein Rashidi, B., Gholam Ali Lavasani, M. (2016). The mediating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between attachment styles and my firmness with adjustment to infertility in women. *Contemporary psychology*. 11(1 (21)), 20-3. SID. <https://sid.ir/paper/120207/en>.
- Cheng, M. Y., Zhang, R. X., Wang, M. J., & Chang, M. Y. (2022). Relationship between cognitive emotion regulation strategies and coronary heart disease: an empirical examination of heart rate variability and coronary stenosis. *Psychology & Health*, 37(2), 230-245.
- Cillekens, B., Huysmans, M. A., Holtermann, A., van Mechelen, W., Straker, L., Krause, N., ... & Coenen, P. (2022). Physical activity at work may not be health enhancing. A systematic review with meta-analysis on the association between occupational physical activity and cardiovascular disease mortality covering 23 studies with 655 892 participants. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 48(2), 86.
- Deperrois, R., & Combalbert, N. (2022). Links between cognitive distortions and cognitive emotion regulation strategies in non-clinical young adulthood. *Cognitive Processing*, 23(1), 69-77.
- Falk, G. E., Okut, H., Vindhyal, M. R., & Ablah, E. (2022). Hypertension and Cardiovascular Diseases among Electronic and Combustible Cigarette Users. *Kansas Journal of Medicine*, 15(2), 226-230.
- Fallah, K., Ghodsi, M. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the psychological flexibility of patients with coronary heart disease. 13 (17) :1-14.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European journal of psychological assessment*, 23(3), 141-154.
- Grayer, J. (2016). Emotionally focused therapy for couples: a safe haven from which to explore sex during and after cancer. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(4), 488-492.
- Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 106-117.
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2013). United we stand: Emotionally focused therapy for couples in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of clinical psychology*, 68(5), 561-569.
- Griffin, S. M., & Howard, S. (2022). Individual differences in emotion regulation and cardiovascular responding to stress. *Emotion*, 22(2), 331-345.
- Grobler, C. J. (2022). Cardiovascular Implications of Stress and Depression. *Occupational Medicine*, 72(5), 348-359.
- Halamová, J., Koróniová, J., Kanovský, M., Túniyová, M. K., & Kupeli, N. (2019). Psychological and physiological effects of emotion focused training for self-compassion and self-protection. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 22(2).

- He, L., Bai, L., Liu, L., Liu, Y., Wang, R., Wang, Y., ... & Qi, B. (2022). Cross-sectional association between body fat percentage and arteriosclerosis assessed by Cardio-Ankle Vascular Index in a Chinese population: a retrospective observational study. *BMJ open*, *12*(1), e056281.
- Herrmann, I. R., Greenberg, L. S., & Auszra, L. (2016). Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*, *26*(2), 178-195.
- Hoek, A. G., van Oort, S., Mukamal, K. J., & Beulens, J. W. (2022). Alcohol Consumption and Cardiovascular Disease Risk: Placing New Data in Context. *Current Atherosclerosis Reports*, 1-9.
- Hong, S., Park, J. H., Han, K., Lee, C. B., Kim, D. S., & Yu, S. H. (2022). Association between obesity and cardiovascular disease in elderly patients with diabetes: a retrospective cohort study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *107*(2), e515-e527.
- Hood, M. M., Wilson, R., Gorenz, A., Jedel, S., Raeisi, S., Hobfoll, S., & Keshavarzian, A. (2018). Sleep Quality in Ulcerative Colitis: Associations with Inflammation, Psychological Distress, and Quality of Life. *International journal of behavioral medicine*, *25*(5), 517-525.
- Johnson, S., Bradley, B., Farrow, J., Lee, A., Palmer, G., Tilley, D., & Woolley, S. R. (2013). *Becoming an EFT therapist: The workbook*. New York: Brunner-Routledge.
- Kelly, W. E., & Daughtry, D. (2018). A Shorter Short Version of Barron's Ego Strength Scale. *College Student Journal*, *52*(2), 227-231.
- Khodadad Hatkeh Poshti, Z., Hasanzadeh, R., & Emadian, S.O.. (2021). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Neuroticism and the Life Style of Cardiovascular Patients. *JOURNAL OF BABOL UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES (JBUMS)*, *23*(1), 46-52. SID. <https://sid.ir/paper/1031471/en>.
- Malek, M. (2021). Is Obesity a Disease? Yes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. *22* (6) :449-453.
- Markstrom, C. A., & Marshall, S. K. (2007). The psychosocial inventory of ego strengths: Examination of theory and psychometric properties. *Journal of adolescence*, *30*(1), 63-79.
- Markstrom, C. A., Sabino, V. M., Turner, B. J., & Berman, R. C. (1997). The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of youth and adolescence*, *26*(6), 705-732.
- Mavrides, N., & Nemeroff, C. B. (2022). Treatment of affective disorders in cardiac disease. *Dialogues in clinical neuroscience*, *17*(2), 127-140.
- Meredith, S. J., Wagstaff, C. R., & Dicks, M. (2019). Getting to the heart of the matter: an ethnography of emotions and emotion regulation in cardiac rehabilitation. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(3), 364-381.
- Miller, V., Micha, R., Choi, E., Karageorgou, D., Webb, P., & Mozaffarian, D. (2022). Evaluation of the quality of evidence of the association of foods and nutrients with cardiovascular disease and diabetes: A systematic review. *JAMA network open*, *5*(2), e2146705-e2146705.
- Mustață, A. E. (2021). The relationships between coping mechanisms, depression, anxiety and sleep disorders in cardiovascular patients. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, *21*(1), 37-55.
- Ordunez, P., Lombardi, C., Picone, D. S., Brady, T. M., Campbell, N. R., Moran, A. E., ... & Sharman, J. E. (2022). HEARTS in the Americas: a global example of using clinically validated automated blood pressure devices in cardiovascular disease prevention and management in primary health care settings. *Journal of Human Hypertension*, 1-4.
- 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*(1), 17-27.
- Pay Pouzan, S. (2020). The effectiveness of Emotion-oriented cognitive therapy on self-efficacy and cognitive emotional regulation in obese women. *JNIP 2020*; *4* (8) :1-13.
- Powell-Wiley, T. M., Poirier, P., Burke, L. E., Després, J. P., Gordon-Larsen, P., Lavie, C. J., ... St-Onge, M. P. (2021). Obesity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, *143*(21), e984-e1010. doi:10.1161/cir.0000000000000973.
- Reddy, K. S., & Mathur, M. R. (2022). Addressing the Common Risk Factors for Reducing the Burden of Cardiovascular Diseases: The Impact of Yoga. In *The Principles and Practice of Yoga in Cardiovascular Medicine* (pp. 39-43). Springer, Singapore.
- Shareh, H., and Rabati, Z. (1400). The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on cognitive flexibility, suicidal thoughts, depression and hopelessness in soldiers.

- Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 27 (4), 412-427.
- Shokrolahi M., Hashemi S E., Mehrabizadeh Honarmand M., Zargar Y., Naaimi A. (2022). Comparison of the effectiveness of emotion focused therapy (EFT) and cognitive analytic therapy (CAT) on anxiety sensitivity, pain catastrophizing, experiential avoidance and cognitive emotion regulation in Patients with chronic pain and alexithymia. 19 (4) :739-752.
- Singh, N., & Anand, A. (2015). Ego-strength and self-concept among adolescents: A study on gender differences. *International Journal of Indian Psychology*, 3(1), 46-54.
- Soltani, M., Shairi, M. R., Roshan, R., & Rahimi, C. R. (2014). The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *International journal of fertility & sterility*, 7(4), 337-346.
- Song, J., Koh, T. H., Park, O., Kwon, D., Kang, S., Kwak, K., & Park, J. T. (2019). Association between depression and cardiovascular disease risk in general population of Korea: results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 2016. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 31(1), e1-e10.
- Tao, L. C., Xu, J. N., Wang, T. T., Hua, F., & Li, J. J. (2022). Triglyceride-glucose index as a marker in cardiovascular diseases: landscape and limitations. *Cardiovascular Diabetology*, 21(1), 1-17.
- Weissman, N., Batten, S. V., Rheem, K. D., Wiebe, S. A., Pasillas, R. M., Potts, W., ... & Dixon, L. B. (2018). The effectiveness of emotionally focused couples therapy with veterans with PTSD: A pilot study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 17(1), 25-41.
- Xiao, L., Wang, P., Fang, Q., & Zhao, Q. (2018). Health-promoting lifestyle in patients after percutaneous coronary intervention. *Korean Circulation Journal*, 48(6), 507-515.
- Ziadni, M. S., Jasinski, M. J., Labouvie-Vief, G., & Lumley, M. A. (2017). Alexithymia, defenses, and ego strength: cross-sectional and longitudinal relationships with psychological well-being and depression. *Journal of happiness studies*, 18(6), 1799-1813.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Kerin, J. L., Webb, H. J., Gardner, A. A., Campbell, S. M., Swan, K., & Timmer, S. G. (2019). Improved perceptions of emotion regulation and reflective functioning in parents: Two additional positive outcomes of parent-child interaction therapy. *Behavior therapy*, 50(2), 340-352.