

اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی و ناگویی

هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب

مریم نوری زاده میرآبادی^۱، سهیلا خواستاری^{۲*}، سارا شیرمردی^۳، سارا بامداد^۴، آتوسا خسروی فارسانی^۵

۱. کارشناسی ارشد، روان شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، ایران (نویسنده مسئول)
۳. کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، دانشکده روان شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۴. کارشناسی ارشد، مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران
۵. کارشناسی ارشد، روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمان، ایران

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، دوره دوم، شماره دهم، مرداد ماه ۱۳۹۶، صفحات ۱۳-۱

چکیده

رویکرد درمانی یکپارچه که یک رویکرد شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان می باشد و هدف اصلی آن فرآیندهای هیجانی است، برای اختلالاتی که مولفه های هیجانی قوی دارند قابل اجرا است. هدف این پژوهش، هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله ی مبتنی بر تنظیم هیجان برگرفته از روش درمانی یکپارچه بر راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب بود. روش پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب مراجعه کننده به مرکز قلب تهران بین ماه های خرداد تا مرداد ۱۳۹۵ بود. از این تعداد ۳۰ نفر از بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب گردید. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو و پرسشنامه راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس صورت گرفت. تحلیل نتایج نشان داد که تفاوت دو گروه از نظر کاهش شدت تنظیم شناختی هیجانی منفی ($P < 0/05$) و ناگویی هیجانی ($P < 0/01$) و افزایش راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی مثبت ($P < 0/01$) در بیماران عروق کرونر قلب از نظر آماری معنادار بود. نتایج پژوهش حاضر می تواند به پژوهش گران و درمان گران حیطه ناگویی هیجانی در زمینه عوامل تاثیرگذار بر آن در بیماران عروق کرونر قلب کمک کننده باشد.

کلمات کلیدی: ناگویی هیجانی، راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی، بیماری عروق کرونر قلب.

مقدمه

امروزه، بیماری‌های عروق کرونری قلب یک مشکل بهداشتی و یکی از عوامل اصلی مرگ و میر در جهان به شمار می‌رود (لئوناردی و همکاران، ۲۰۱۲). در سال ۱۳۸۶، این بیماری اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال در ایران بوده است (حسن‌پور دهکردی و همکاران، ۲۰۰۵). این بیماری نه تنها سلامتی بیماران که ارتباطات اجتماعی، الگوی زندگی، فضای خانوادگی، شغل و سطح درآمد آنها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیماری کرونری قلب تأثیرات آسیب‌شناختی زیادی بر ابعاد گوناگونی از سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی دارد (باجنارو و همکاران، ۲۰۱۰). عوامل جسمی مشخصی نظیر سن، وراثت، سابقه خانوادگی، اختلال در چربی خون، فشارخون بالا، سطح کلسترول بالای خون، دیابت و چاقی جزو عوامل سبب‌ساز این بیماری هستند. اخیراً تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که عوامل فوق به تنهایی نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز بیماری ندارند، بلکه برخی از متغیرهای شخصیتی، رفتاری و روان‌شناختی به صورت مستقیم و غیرمستقیم، زمینه مساعدی برای ابتلای افراد به این بیماری و کاهش کیفیت زندگی مبتلایان ایجاد می‌کنند (هلر و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین پژوهش‌ها نشان دادند واکنش‌های روانی مانند مشکل در شناسایی هیجان‌ها با واکنش‌های قلبی - عروقی ارتباط دارند (اکبری، ۲۰۰۷).

ناگویی خلقی ساختار چند بعدی است و متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، تمایز بین احساسات و هیجان فیزیکی مرتبط با انگیزتگی عاطفی، قدرت تجسم محدود و دشواری در توصیف احساسات می‌باشد (نکویی و همکاران، ۲۰۱۲). ناگویی هیجانی متشکل است از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، جهت‌گیری فکری بیرونی. این مشخصه‌ها که سازه ناتوانی هیجانی را تشکیل می‌دهند بیان‌گر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ها می‌باشند (پیکاردی و همکاران، ۲۰۰۵). با توجه به نقایص شناختی و عاطفی، چنین فرض می‌شود که ناگویی خلقی می‌تواند با شاخص‌های سلامت، به طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به طور خاص رابطه داشته باشد. عوامل خطر روانی - اجتماعی بیماری عروق کرونر قلب شامل افسردگی، اضطراب، استرس و ناگویی خلقی (نهرال و همکاران، ۲۰۱۲)، کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (خیام‌نکویی و همکاران، ۲۰۱۳؛ پرتی و همکاران، ۲۰۱۳؛ یوسفی و همکاران، ۲۰۱۱) و عوامل محافظ مانند حمایت اجتماعی می‌شود (خیام‌نکویی و همکاران، ۲۰۱۴؛ بارث و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهشگران دریافته‌اند ناگویی خلقی با تعدادی از مشکلات جسمانی مانند مسائل مرتبط با فشارخون اولیه، بیماری التهابی مفاصل، ابعاد مربوط به درد، ناراحتی قلبی و انواع دیابت ارتباط دارد (دابی، پانندی و میسر، ۲۰۱۰). مطالعات دیگر نیز حاکی از بالا بودن ناگویی خلقی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب می‌باشد.

رویکرد درمانی برای بیماران مبتلا به دشواری در تنظیم هیجان باید دربرگیرنده‌ی درمان‌هایی باشد که توانایی افزایش آگاهی هیجانی و توانایی تنظیم و تعدیل فشارهای درونی و حالت‌های برانگیختگی هیجانی را از طریق فرآیندهای شناختی دارد (تیلور، ۱۹۸۷). رویکرد شناختی رفتاری برای درمان اضطراب و اختلالات خلقی، از جمله درمان‌های موثری است که رو به افزایش است. درک عمیق ماهیت اختلالات هیجانی نشان می‌دهد اشتراکات این اختلالات از نظر اتیولوژی و ساختارهای پنهان، تفاوت‌های بین آنها را

بی‌اهمیت می‌کند. از این رو، بر اساس شواهد تجربی از حوزه‌های یادگیری، رشد و تنظیم هیجان و علم شناختی، از مجموعه‌ای از پروتکل‌های روان‌شناختی یک مداخله‌ی یکپارچه برای اختلالات هیجانی تهیه گردیده است. پروتکل یکپارچه UP، یک درمان فراتشخیصی شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان است که بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان‌ها تأکید دارد و به دنبال شناسایی و تصحیح تلاش‌های ناسازگارانه برای تنظیم تجارب هیجانی در نتیجه‌ی تسهیل پردازش مناسب و خاموش کردن پاسخ‌های مفرط هیجانی به نشانه‌های درونی (جسمی) و بیرونی است (ویل‌اموسکا و همکاران، ۲۰۱۰). کارآمدی این روش درمانی در چندین مطالعه (بویسه و همکاران، ۲۰۱۰؛ لارد و همکاران، ۲۰۱۰؛ فارچیون و همکاران، ۲۰۱۲) بر روی اختلالات اضطرابی و خلقی تأیید شده است.

در پژوهشی کارآیی این روش درمانی توسط فارشیونه و همکاران بر روی ۳۷ بیمار مبتلا به انواع اختلالات اضطرابی مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج بیان‌گر پیشرفت معنی‌دار در شدت علائم بالینی از جمله علائم افسردگی و اضطراب، مقدار عواطف مثبت و منفی، و تداخل علائم در عملکرد روزانه بود. (فارچیون و همکاران، ۲۰۱۲). بویسه و همکاران کارآمدی این روش درمانی را در یک مطالعه‌ی موردی برای درمان یک بیمار وسواس مبتلا به اضطراب منتشر و هراس تأیید کرد (بویسه و همکاران، ۲۰۱۰). محمدی در طی مطالعه‌ی رفتاردرمانی شناختی فراتشخیصی را با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی در کاهش علائم پیش‌بالینی اضطراب و افسردگی به‌کار گرفت. یافته‌ها نشان داد که گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری پس از مداخله در متغیرهای پژوهش (افسردگی، اضطراب، استرس، تنظیم هیجان، عواطف مثبت و منفی، سازگاری اجتماعی و شغلی) به دست آوردند (محمدی، ۲۰۱۱). در پژوهشی دیگر عبدی به بررسی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هیجانی همایند بر روی سه زن مبتلا پرداخت. نتایج تأیید‌کننده‌ی کارآیی روش درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هیجانی همایند بود (عبدی، ۲۰۱۲). تحقیقات جدید نشان‌دهنده تأثیر مسایل روانی و شخصیتی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب است. از جمله ویژگی‌های شخصیتی و علائم روانی مؤثر در این بیماران، مکانیسم‌های دفاعی و ناگویی خلقی می‌باشد (هیفانتیس و همکاران، ۲۰۱۳؛ کمکی، ۲۰۱۳). پژوهش‌های زیادی اهمیت سبک‌های ابراز هیجانی در ابعاد مختلف سلامت را مورد تأیید قرار داده‌اند. بین سبک‌های ابراز هیجان و چند بیماری جسمانی، مانند سرطان (استانتون و همکاران، ۲۰۰۰)، و گرفتگی عروق کرونر ارتباط وجود دارد (راجر و جیمسون، ۱۹۹۸). یکی از جنبه‌های متمایزکننده بیماری عروق کرونر قلب از سایر بیماری‌ها، قابل پیشگیری بودن آن است. امروزه شناخت و کنترل عوامل خطر ساز بیماری قلبی در افراد غیرمبتلا (پیشگیری اولیه) مورد توجه است (لیون، گروز و فیلهو، ۱۹۹۷). بنابراین، با توجه به آمار بالای مرگ و میر این بیماران، هزینه‌های سنگین در غالب انجام اعمال جراحی، سایر برنامه‌های درمانی و تأثیر ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در بیماری‌های پزشکی و روان‌شناختی، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب بود.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بودند که طی ماه‌های خرداد تا مرداد سال ۱۳۹۵ به مرکز قلب مراجعه کرده بودند. نمونه این پژوهش مشتمل بر ۷۰ نفر از بیماران مراجعه‌کننده بودند که برای انتخاب آنها از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شده است که ۳۰ نفر از این تعداد به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورودی نمونه عبارت بودند از: همکاری بیمار جهت شرکت در پژوهش، ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب به تشخیص پزشک متخصص قلب و عروق، داشتن حداقل تحصیلات سیکل. و معیارهای خروج برای هر دو گروه عبارت بودند از: سابقه بیماری روان‌پزشکی، ابتلا به بیماری‌های جسمانی شدید (از قبیل سرطان، اختلالات گوارشی و...) و اعتیاد به مواد مخدر. طرح پژوهش تا جایی که برای آزمودنی‌ها قابل درک بوده است، توضیح داده شد. همچنین، حقوق شرکت‌کنندگان در پژوهش از حیث محرمانه و محفوظ ماندن اطلاعات و صدمه وارد نشدن به آنها حفاظت گردید.

پرسشنامه راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی: توسط Garnefski و همکاران تهیه شده است و شامل ۱۰ زیر مقیاس متفاوت است (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۷). هر کدام از زیر مقیاس‌های این پرسشنامه دارای ۴ گزینه می‌باشد. هر چه نمره کسب شده در هر زیر مقیاس بالاتر باشد، آن راهبرد توسط فرد بیشتر استفاده شده است. پایایی کل راهبردهای سازگار و ناسازگار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱ و ۰/۸۷ بدست آمده است (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۷). یوسفی در فرهنگ ایرانی پایایی آزمون در نمونه‌ای متشکل از دانش‌آموزان ۱۵ تا ۲۵ ساله انجام داد و رابطه آن با افسردگی و اضطراب را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ گزارش داد (پورفرج عمران، ۲۰۱۱). در تحقیق حاضر پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ۰/۷۹ می‌باشد.

مقیاس سنجش ناگویی هیجانی تورنتو: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شده است و در سال ۱۹۹۴ توسط باگبی و همکاران تجدید نظر شده است. یک پرسشنامه خودسنجی و ۲۰ سؤالی است که برای ارزیابی ناگویی خلقی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای سه بعد دشواری در تشخیص احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر برون‌مدار (۸ ماده) می‌باشد. سؤال‌ها برحسب معیار ۵ نقطه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) نمره‌گذاری می‌شوند (باگبی، تیلور و پارکر، ۱۹۹۴). اعتبار این پرسشنامه بر حسب آلفای کرونباخ در نمونه سالم ایرانی برای کل مقیاس برابر ۰/۷۹ و برای خرده مقیاس‌های آن ۰/۶۶ تا ۰/۷۵ و اعتبار کل مقیاس در نمونه بالینی ایرانی با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۶۵ تا ۰/۷۷ به دست آمد (بشارت، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پژوهش‌گر با توضیح در مورد طرح و کسب موافقت بیماران برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها را به آن‌ها داده و از آنها می‌خواست که پرسشنامه‌ها را به طور کامل پر کنند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، بیماران به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و در حال انتظار قرار گرفتند. برای گروه آزمایش مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان اجرا شد. با توجه به این که فرد آموزش‌دهنده و تهیه‌کننده طرح پژوهش یک نفر بود و این ممکن بود اجرای پژوهش را به شکلی پیش ببرد که نتیجه مطابق با انتظارات پژوهش‌گر باشد، سعی گردید که دستورالعمل مشخص و دقیقی تهیه و اجرا کننده و به طور دقیق طبق آن عمل کند تا روایی پژوهش به خطر نیفتد. به دلیل مسائل اخلاقی این حق برای پژوهش‌گر وجود ندارد که یک گروه را به عنوان گروه در حال انتظار از بیماران انتخاب کند و هیچ‌گونه درمانی روی آنها اجرا نکرده، لذا برای گروه در حال انتظار علاوه بر توضیحاتی که در ویزیت اولیه (در درمانگاه روان‌تنی) در مورد بیماری و نقش عوامل متعدد در تشدید آن از جمله تغذیه، استرس و مشکلات هیجانی داده می‌شد، بعد از اتمام دروهی درمان گروه آزمایش، گروه درمانی برای آنها اجرا شد. تعداد افراد شرکت کننده در هر دو گروه در ۱۵ نفر در نظر گرفته شد.

محتوای جلسات: برنامه‌ی درمانی شامل ۱۲ جلسه‌ی مداخله‌ی مبتنی بر تنظیم هیجان (ECBT) برگرفته از پروتکل یکپارچه‌ی UP می‌باشد که طی جلسات ۱۲۰ دقیقه‌ای و در طی ۱۲ هفته‌ی متوالی به شیوه‌ی گروهی اجرا گردید. محتوای جلسات بر اساس دستورالعمل آلن، مک‌هاگ و بارلو (۲۰۰۹) با تغییراتی تنظیم و بر روی گروه آزمایش اجرا شد. از روش کوواریانس برای مقایسه‌ی گروه‌ها استفاده شد و نتایج آن در جداول مربوطه ارائه گردید. کلیه تجزیه و تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS.22 انجام شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از متغیرهای جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که در گروه آزمایش، از مجموع ۱۵ بیمار: ۸ نفر زن (۵۳/۳٪) زن، ۳ نفر (۲۰٪) مجرد، ۴ نفر (۲۶/۶٪) تحصیل‌کرده (بالتر از دیپلم)، ۵ نفر (۳۳/۳٪) خانه‌دار و ۴ نفر (۲۶/۶٪) دارای سابقه بیماری بیش از ۲ سال بودند. در گروه در حال انتظار، از مجموع ۱۵ بیمار: ۷ نفر (۴۶/۷٪) زن، ۴ نفر (۲۶/۶٪) مجرد، ۸ نفر (۵۳/۳٪) تحصیل‌کرده، ۲ نفر (۱۳/۳٪) خانه‌دار و ۵ نفر (۳۳/۳٪) دارای سابقه بیماری بیش از ۲ سال بودند. میانگین سن در گروه آزمایش، ۳۸/۵۹ با انحراف استاندارد ۵/۱۸ و میانگین سن گروه در حال انتظار، ۴۰/۷۶ با انحراف استاندارد ۵/۹۴ بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی به تفکیک نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر		تنظیم شناختی هیجانی مثبت		تنظیم شناختی هیجانی منفی		ناگویی هیجانی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	آزمایش	۵۲/۴۴	۹/۴۱	۵۸/۱۸	۴/۹۱	۴۹/۹۰	۴/۶۴
	کنترل	۵۱/۸۳	۸/۷۰	۵۲/۵۱	۹/۵۱	۵۰/۱۸	۵/۷۲
پس‌آزمون	آزمایش	۵۹/۸۰	۸/۸۰	۴۹/۹۰	۱۴/۶۵	۵۵/۲۹	۶/۱۱
	کنترل	۵۲/۴۶	۸/۹۱	۵۲/۱۷	۸/۷۶	۵۱/۲۴	۵/۳۷

هیچ یک از متغیرهای ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و مدت بیماری با نمرات پیش‌آزمون‌ها همبستگی نداشتند. بدین ترتیب این متغیرها به عنوان کوواریت به همراه نمرات پیش‌آزمون‌ها در تحلیل‌ها در نظر گرفته نشدند. نتایج آزمون کلوموگراف-اسمیرنوف در مورد نرمال بودن توزیع نمرات نشان داد که فرض صفر مبنی بر این که توزیع نمرات گروه‌های نمونه و توزیع بهنجار بودن جامعه صفر است، باقی می‌ماند. بدین ترتیب اولین پیش فرض به کارگیری روش آماری کواریانس مورد تایید است. به علاوه، نتایج آزمون لوین جهت رعایت پیش فرض همسانی واریانس‌های نمرات پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجانی مثبت، و ناگویی هیجانی نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری آزمون‌های لوین در حیطه‌ی تنظیم شناختی هیجانی مثبت، و ناگویی هیجانی، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است و پیش فرض همسانی واریانس‌ها برای انجام تحلیل کواریانس برای فرضیه‌ها برقرار است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس (مانکوا) نمرات تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی در مرحله پس‌آزمون با تعدیل نمرات پیش‌آزمون

متغیر	شاخص منابع تغییر	•	سطح معناداری	اندازه‌ی اثر	توان آماری
تنظیم شناختی هیجانی مثبت	پیش‌آزمون	۷۱/۷۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
	عضویت-گروهی	۱۱/۱۹	۰/۰۰۴	۰/۵۱	۰/۸۷
تنظیم شناختی هیجانی منفی	پیش‌آزمون	۱۴/۲۹	۰/۰۰۲	۰/۵۷	۰/۹۳
	عضویت-گروهی	۷/۸۳	۰/۰۲	۰/۳۸	۰/۶۸
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	۱۸/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۷
	عضویت-گروهی	۱۰/۸۷	۰/۰۰۶	۰/۵۰	۰/۸۴

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس (مانکوا) نمرات در جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین گروه‌ها از نظر تنظیم شناختی هیجان مثبت، تنظیم شناختی هیجان منفی و ناگویی هیجانی معنی‌دار است. به عبارت دیگر، میانگین نمرات پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان منفی و ناگویی هیجانی در گروه آزمایش نسبت به گروه انتظار کاهش پیدا کرده است. میزان تاثیر در مورد تنظیم شناختی

هیجان منفی ۰/۳۸، و در مورد ناگویی هیجانی ۰/۵۰ است و این بدین معنی است که به ترتیب ۳۸٪ و ۵۰٪ تغییر در متغیر تنظیم شناختی هیجان منفی و ناگویی هیجانی مربوط به عضویت گروهی (شرکت در گروه مداخله) است. همچنین میانگین نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجان مثبت در گروه آزمایش نسبت به گروه انتظار افزایش پیدا کرده است. میزان تاثیر در مورد تنظیم شناختی هیجان مثبت ۰/۵۱ است و این بدین معنی است که به ترتیب ۵۱٪ تغییر در متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت مربوط به عضویت گروهی (شرکت در گروه مداخله) است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله‌ی تنظیم هیجان یعنی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان (ECBT) برگرفته از پروتکل درمانی یکپارچه (UP) بر روی بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب موثر است و توانست ناگویی هیجانی و تنظیم شناختی هیجانی منفی را در آن‌ها به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش دهد و تنظیم شناختی هیجانی مثبت را افزایش دهد.

هر چند مطالعات انجام شده در رابطه با درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان به خصوص بر اساس پروتکل درمانی یکپارچه (UP) محدود است، اما نتایج این مطالعه با سایر مطالعاتی که تاثیر روش فرا تشخیصی شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان را بر روی اختلالات هیجانی مورد بررسی قرار داده اند مانند بویسه و همکاران (۲۰۱۰)، فارشیون و همکاران (۲۰۱۲)، عبدی (۲۰۱۲) و سووگ (۲۰۰۶) همخوان است. در تبیین تایید احتمالی تاثیر مداخله‌ی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ناگویی هیجانی می‌توان چنین استدلال کرد که بر طبق نظر بارلو، درمان UP یک درمان فراتشخیصی شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان است و در آن فرآیندهای هیجانی هدف اصلی درمان است. این پروتکل برای اختلالات اضطرابی و افسردگی و احتمالا سایر اختلالاتی که مولفه‌های هیجانی قوی دارند، قابل اجرا است (فارشیون و همکاران، ۲۰۱۲). بدین ترتیب، تنظیم شناختی هیجان، فرد را در مدیریت هیجان‌ها پس از تجربه‌ی وقایع استرس‌زا یاری می‌کند گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۷). افرادی که در زمان تجربه‌ی استرس از راهبردهای شناختی سازگارانه‌ی تنظیم هیجان استفاده می‌کنند، با تغییر ارزیابی‌های خود قادر به مدیریت موثر شدت هیجان‌های منفی خویش می‌باشند. وقتی این هیجان‌های منفی به طور موثر و سازگارانه تنظیم می‌شوند، تاب‌آوری فرد احتمالا افزایش می‌یابد (تروی و ماوس، ۲۰۱۱).

در تبیین تاثیر گذاری درمان شناختی رفتاری مبتنی بر هیجان بر ناگویی هیجانی در این پژوهش می‌توان گفت که راهبردهایی که افراد برای تنظیم عواطف خود از آنها استفاده می‌کنند، می‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت آنها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی شود و از این طریق سطح کیفیت زندگی و کارایی آنها افزایش می‌یابد (صالحی مورکانی، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند به رویدادهای استرس‌زا به عنوان چالش و فرصتی برای یادگیری می‌نگرند، نه تهدیدی برای امنیت؛ در نتیجه اختلال‌های فیزیولوژیکی و هیجانی کمتری را تجربه کرده و به طبع آن کیفیت زندگی بالاتری دارند (حسینیان و همکاران،

۲۰۱۱). بنابراین، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تنظیم هیجان که در جهت افزایش آگاهی هیجانی، انعطاف‌پذیری در ارزیابی، جلوگیری از اجتناب هیجانی و رویارویی با نشانه‌های هیجانی است، موجب ارتقاء هوش هیجانی افراد می‌شود. این پژوهش صرفاً روی بیماران مبتلا به نارسائی عروق کرونر قلب که به مرکز قلب تهران مراجعه کرده بودند صورت گرفته است، بنابراین در تعمیم نتایج به کل بیماران عروق کرونر قلب باید دقت کافی مبذول شود. از این رو با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود متغیرهای این پژوهش بین بیمارانی که در مرحله درمانی آنژیوگرافی، بالون و بایپس هستند اجرا گردد. همچنین، آموزش سبک‌های صحیح ابراز هیجان و بیان عواطف خود به افراد و استفاده از روش‌های درمانی دیگر که ناگویی خلقی را به عنوان یک مورد مهم در نظر می‌گیرد به عنوان مکمل شیوه دارو درمانی توصیه می‌شود. همچنین پژوهش‌های آینده می‌توانند اثربخشی روش‌های درمانی مختلف را بر ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به بیماری عروق قلب و کرونر مورد بررسی قرار دهند.

به طور خلاصه، مداخله‌ی مبتنی بر تنظیم هیجان (ECBT) می‌تواند ناگویی هیجانی و راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی را در بیماران مبتلا به عروق قلب و کرونر بهبود بخشد. این پژوهش تأیید کننده‌ی کارایی این پروتکل در درمان اختلالات هیجانی و حمایت‌کننده‌ی رویکرد فراشناختی در بهبود ناگویی هیجانی و راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی است. پژوهش حاضر را می‌توان از نظر بکارگیری درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر روی بیماران مبتلا به عروق قلب و کرونر یک پژوهش اولیه دانست که بر اساس نتایج امید بخش آن می‌توان اقدام به پژوهشی در مقیاس گسترده‌تر کرد. به جهت همراهی مشکلات هیجانی با اختلالات روان تنی (بیماران مبتلا به عروق قلب و کرونر) احتمالاً استفاده از مداخله‌ی مبتنی بر تنظیم هیجان برای درمان بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های روان تنی می‌تواند موثر باشد.

تشکر و قدردانی

محقق بر خود لازم می‌داند از همه کسانی که در اجرا و پیشبرد این تحقیق همکاری و مساعدت داشته‌اند و همچنین تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را کند.

تعارض در منافع .

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

تأییدیه اخلاقی .

شرکت‌کنندگان در شرکت یا ترک همکاری‌شان در مطالعه، در هر زمان و بدون جریمه آزاد بودند. استدلال کافی برای ضرورت انجام مطالعه بر این گروه ارائه شده است. به تک‌تک افراد حفظ رازداری و محرمانه بودن اطلاعات شرح داده شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که نحوه گزارش نتایج پژوهش ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به تحقیق می‌باشد. در هیچ یک از مراحل پژوهش، هزینه‌ای به فرد شرکت‌کننده تحمیل نشد.

منابع

- Akbari S. (2007). The effect of group training Safety on stress in heart patients Isfahan city [Thesis]. Isfahan. University of Isfahan.
- Abdi R. (2012). The evaluation of efficacy of transdiagnostic treatment in women with generalized anxiety disorder. PhD thesis in the psychology. Tabriz University. (In Persian).
 - Bagby, R. M., Ayearst, L. E., Morariu, R. A., Watters, C., & Taylor, G. J. (2014). The internet administration version of the 20-item Toronto alexithymia scale. *Psychological assessment, 26*(1), 16.
 - Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research, 38*(1), 33-40.
 - Bajenaru, O., Antochi, F., & Tiu, C. (2010). Particular aspects in patients with coronary heart disease and vascular cognitive impairment. *Journal of the neurological sciences, 299*(1), 49-50.
 - Barth, J., Schneider, S., & von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine, 72*(3), 229-238.
 - Besharat MA. (2008). Relationship between alexithymia, anxiety, depression, Psychological distress, and psychological well-being. *J Psychol (Tabriz University)*.3(10): 17-40. [in Persian]
 - Besharat, M.A., (2011). Development and validation of Adult Attachment Inventory. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 30*, pp.475-479.
 - Boisseau CL, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Barlow DH. (2010). The development of the Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a case study. *Cogn Behav Pract. 17*:102-113.
 - Culhane SE, Watson PJ. (2003). Alexithymia, irrational beliefs, and the rational-emotive explanation of emotional disturbance. *J Ration Emot Cogn Behav Ther.*21(1):57-72.
 - Dubey A, Pandey R, Mishra K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining Alexithymia –health relationship: An overview. *Indian J Soc Sci Res. 7*(1): 20-31.
 - Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(1), 88-101.
 - Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ... & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy, 43*(3), 666-678.

- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9–11-year-old children. *European child & adolescent psychiatry*, 16(1), 1.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- HASANPOUR, D. A., Delaram, M., Forouzandeh, N., Ganji, F., ASADI, N. A., Bakhsha, F., & Sadeghi, B. (2007). A survey on quality of life in patients with myocardial infarction, referred to Shahrekord Hagar hospital in 2005.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and social Psychology*, 59(2), 270.
- Heller, M. M., Wong, J. W., Nguyen, T. V., Lee, E. S., Bhutani, T., Menter, A., & Koo, J. Y. (2012). Quality-of-life instruments: evaluation of the impact of psoriasis on patients. *Dermatologic clinics*, 30(2), 281-291.
- Hosseinian S, Ghasemzadeh S , Niknam M. (2011). Prediction of quality of life in female teachers on the basis of emotional and spiritual intelligence variables. *Quarterly Journal of Career & Organizational Counseling*. 3:42-60.
- Hyphantis, T., Goulia, P., & Carvalho, A. F. (2013). Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. *Journal of psychosomatic research*, 75(4), 362-369.
- Khayyam Nekouei Z, Neshat Doost HT, Yousefy A, Manshaee GH, Sadeghei M. (2014). The relationship of Alexithymia with anxietydepression- stress, quality of life, and social support in Coronary Heart Disease (A psychological model). *J Edu Health Promot*. 3: 68.
- Khayyam-Nekouei Z, Neshatdoost H, Yousefy A, Sadeghei M, Manshaee GH. (2013). Psychological factors and coronary heart disease. *ARYA Atheroscler*. 9(1): 102-11.
- α Komaki G. (2013). Alexithymia and somatic symptoms. *Somatization and Psychosomatic Symptoms*. New York: Sperliger.
- Leonardi, M., Raggi, A., Pagani, M., Carella, F., Soliveri, P., Albanese, A. and Romito, L., (2012). Relationships between disability, quality of life and prevalence of nonmotor syttt iiii iii a'''''''' ''''eease. *Parkinsonism & related disorders*, 18(1), pp.35-39.
- Lion, L. A., Cruz, P. D. M., & Albanesi, F. F. (1997). Evaluation of a cardiac rehabilitation program. Analysis after ten years of follow-up. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 68(1), 13-19.

- Nehra, D. K., Sharma, N. R., Ali, G., Margoob, M. A., Mushtaq, H., Kumar, P., & Nehra, S. (2022). "A" Behavior Pattern in TIBBP Causally Associated with Diseases: A preliminary study.
- Nekouei ZK, Yousefy AR, Manshaee G. (2012). Cognitive-behavioral therapy and quality of life: An experience among cardiac patients. *J Educ Health Promot.* 1: 2.
- Omran, M. P. (2011). Relationships between cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety. *Open Journal of Psychiatry, 1*(03), 106.
- Pandey, R., Saxena, P., & Dubey, A. (2011). Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's Journal of Psychology, 7*(4), 604-623.
- Picardi, A., Toni, A., & Caroppo, E. (2005). Stability of alexithymia and its relationships with psychosomatics. *Psychotherapy and psychosomatics, 74*(6), 371-378.
- Preti, A., Sancassiani, F., Cadoni, F., & Carta, M. G. (2013). Alexithymia affects pre-hospital delay of patients with acute myocardial infarction: Meta-analysis of existing studies. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH, 9*, 69.
- Roger D, Jimson B. 1998. The relationship between emotional rumination and cortisol secretion under stress. *Personality Individual Difference.* 24(4): 531-38.
- Salehi-Morekani B. (2006). Evaluation and comparison of emotional self-regulation strategies among students with anxiety and depression disorders with normal students in Isfahan. MS Thesis, University of Al-Zahra.
- Sifneos, P. E. (2000). Alexithymia, Clinical Issues, Politics and Criticism. *Psychotherapy and psychosomatics, 69*(3), 113-116.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., ... & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(5), 875.
- Suveg C, Kendall PC, Comer JS, Robin J. (2006). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for anxious youth: A multiple-baseline evaluation. *J Contemp Psychother.* 36:85-77.
- Taylor GJ. (1987). Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis. Madison, CT: International Universities Press.
- Troy AS and Mauss IB. (2011). Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. Ch 2. In Southwick SM, Litz BT, Charney D & Friedman MJ. *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan.* Cambridge University Press. 30-44.
- Wilamowska ZA, Thompson-Hollands J, Fairholme CP, Ellard KK, Farchione TJ, Barlow DH. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depress Anxiety.* 27:882-90.

Yousefy A, Nekouei ZK. (2011). Basis of Cognitive -Behavioral Trainings and its Applications in Recovery of Chronic Diseases. *Iran J Med Education*. 10(5): 792-800. [In Persian]



.....

Maryam Nurizadeh Mirabadi¹, Soheyla Khastari^{*}, Sara Shirmardi^۳, Sara Bamdad^۴, Atousa Khosravi Farsani^۵

.....

The Unified treatment approach (UP), an emotion-focused cognitive-behavioral therapy that holds emotional processes as a central target of treatment, is applicable for disorders with strong emotional components. The aim of this study was to examine the effectiveness of emotion regulation intervention derivative from the UP on emotional problems and cognitive emotion regulation strategies among patients with coronary heart disease. The study was a randomized clinical trial. The study population included all patients with coronary heart disease referred to Tehran Heart Center between June and July in 2016. Of these 70 patients, including 30 patients were selected using convenience sampling method. To collect data, Alexithymia Toronto scale, and cognitive emotion regulation strategies questionnaire were used. Data were analyzed using descriptive statistics and covariance analysis.

The findings suggest that insecure attachment style, and avoidance positive, and also secure attachment style has negative relationship with alexithymia. And there is significant negative relationship between positive cognitive emotion regulation with alexithymia and significant positive relationship between negative cognitive set with alexithymia. The regression results also showed that attachment styles, cognitive emotion regulation strategies predicted alexithymia in patients. The results can researchers and therapists area of alexithymia on the factors influencing it helpful.

..... Emotion Regulation Intervention, alexithymia, cognitive emotion regulation strategies, coronary heart disease.

¹ MA, Educational Psychology, Islamic Azad University Central Tehran Branch, Tehran, Iran

² MA, Clinical Psychology, Islamic Azad University of Ahvaz, Iran (Corresponding Author)

³ MA, Family Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

⁴ MA, Counseling, Islamic Azad University, Khomeini shahr, Isfahan, Iran

⁵ MA, General Psychology, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman, Iran.