

## مقایسه آموزش تنش‌زدایی خودزاد با خودگویی مثبت و آموزش تنظیم هیجانی بر

### کنترل عواطف بیماران عروق کرونری قلبی

آویسا نجیمی<sup>۱</sup>، \*مژگان آگاه‌هریس<sup>۲</sup>، کریم عسگری<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. دانشیار علوم اعصاب، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۰۶/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۱۶)

## A Comparison between Autogenic Relaxation with Positive Self-Talk Training and Emotional Regulation Training on Affective Control among Patients with Coronary Heart Disease

Avisa Najimi<sup>1</sup>, \*Mojgan Agahheris<sup>2</sup>, Karim Asgari<sup>3</sup>

1. Ph.D Student in Psychology, Islamic Azad University, Khorasan Branch, Isfahn, Iran.

2. Associate Professor, Department of Health Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

3. Associate Professor in Neuroscience, Department of Psychology, Isfahn University, Isfahn, Iran.

Original Article

(Received: Sept. 07, 2019 - Accepted: Aug. 06, 2020)

مقاله پژوهشی

#### Abstract

**Objective:** Coronary Heart Disease (CHD) has The most burden of diseases among physical illnesses. CHD is one of the chronic illnesses that the physiological and psychological factors have interactions in development and maintenance of it. So modifying and eliminating of it risk factors is essential in the treatment of CHD. Hence, The objective of this study was comparing the effectiveness of two types of training including autogenic relaxation with positive self-talk and emotional regulation on affective control among patients with cardiovascular disease. **Method:** This study was an semi-experimental study and pretest-posttest-follow up design with control group and using convenient sampling method, 45 female volunteers with CHD disease were selected and randomly assigned into three groups. The experimental groups were instructed the protocols of each intervention. All the subjects filled out the affective control scale prior to, after, and 1/5 months later than the end of each intervention. Data analysis were analysed by applying repeated measures analysis of variances and Tukey's follow-up test methods. **Findings:** Findings revealed that both interventions could significantly modify the affective control ( $P < 0.05$ ), but these two groups didn't have significant difference ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** Enhancement of the affective control can be achieved through the both training by instructing their special techniques. So, The practitioners could apply these interventions in combination to medical treatments for controlling the CHD symptoms.

**Keywords:** Autogenic Relaxation, Positive Self-Talk, Emotional Regulation, Affective Control, Coronary Heart Diseases.

#### چکیده

**مقدمه:** بیماری عروق کرونری قلب (CHD) بیشترین بار بیماری را در بین بیماری‌های جسمی دارد. CHD از بیماری‌های مزمنی است که در تحول و ماندگاری آن عوامل فیزیولوژیکی و روان‌شناختی با هم تعامل دارند. به همین دلیل اصلاح و حذف عوامل خطر ساز روان‌شناختی در درمان CHD ضروری است. از این رو، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش تنش‌زدایی خودزاد با خودگویی مثبت و تنظیم هیجانی بر تعدیل کنترل عواطف بیماران CHD بود. روش: پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل، با روش نمونه‌گیری در دسترس از زنان داوطلب مبتلا به CHD. ۴۵ نفر انتخاب و در ۳ گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به تصادف جایگزین شدند. آزمودنی‌های هر گروه بر اساس پروتکل هر مداخله آموزش دیدند. کل آزمودنی‌ها قبل، بعد و یک‌ماه و نیم پس از آموزش به مقیاس کنترل عواطف (ACS) (ویلیامز، چمبلز و آهرنس، ۱۹۹۷) پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با کاربرد آزمون اندازه‌گیری مکرر و تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو گروه تنش‌زدایی خودزاد با خودگویی مثبت و گروه تنظیم هیجانی ( $p < 0.05$ ) در تعدیل کنترل عواطف مؤثر بوده‌اند، اما تفاوت دو گروه معنادار نیست ( $p > 0.05$ ). نتیجه‌گیری: هر دو آموزش با یاددهی فنون خاص خود می‌توانند کنترل عاطفه فرد را افزایش دهند، بنابراین بالینگران می‌توانند در کنار درمان‌های زیستی از این آموزش‌ها برای کنترل نشانه‌های CHD استفاده کنند.

**واژگان کلیدی:** تنش‌زدایی خودزاد، خودگویی مثبت، تنظیم هیجانی، کنترل عواطف و بیماران عروق کرونری قلبی.

\*Corresponding Author: Mojgan Agahheris

\*نویسنده مسئول: مژگان آگاه‌هریس  
Email: agah.mojgan@yahoo.com

مقدمه

عروق، عوامل جسمانی شناخته‌شده‌ای از جمله پرفشاری خون، سطوح بالای کلسترول مضر، بیماری دیابت، کمبود فعالیت بدنی، چاقی و وراثت را با بروز بیماری عروقی مرتبط می‌دانند، باوجوداین، شواهد حاکی از آن است که این موارد حداکثر ۵۰ درصد از بروز این بیماری را پیش‌بینی می‌کنند و عوامل جسمانی فوق به‌تنهایی قادر به تبیین بروز و نیز تداوم بیماری کرونری قلب نیستند.

ازاین‌رو، پیشرفت‌های نوین پزشکی-رفتاری توجه متخصصان روان‌شناسی سلامت را به نقش کلیدی عوامل غیرزیستی در بیماری کرونری قلب معطوف ساخته است و پژوهش‌ها معطوف به عوامل روان‌شناختی و عوامل روانی-اجتماعی شده است (اسلوان<sup>۱۱</sup> و کرینگ<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷). یکی از عوامل روان‌شناختی شناخته شده در ابتلا به بیماری‌های قلبی عاطفه منفی است (دنولت<sup>۱۳</sup>، پدرسن<sup>۱۴</sup>، رینتس<sup>۱۵</sup> و کوناردز<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۶). عاطفه منفی تمایل به تجربه هیجان‌های منفی به‌طور ثابت، از قبیل بی‌قراری و ملالت، بیم و تحریک‌پذیری در تمام زمان‌ها و موقعیت‌ها است (کوپر<sup>۱۷</sup>، پدرسون<sup>۱۸</sup>، هافر<sup>۱۹</sup>، سانر<sup>۲۰</sup>، اولدریج<sup>۲۱</sup> و دنولت<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۳). عاطفه منفی، یک بعد عام

امروزه بیماری‌های مزمن به مهم‌ترین عامل ناتوانی و مرگ‌ومیر تبدیل شده‌اند (فیت<sup>۱</sup>، مایز<sup>۲</sup>، پرات<sup>۳</sup> و کارتر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹). بیماری مزمن بیماری طولانی‌مدتی است که تغییرات جسمانی در بدن ایجاد کرده و کارکردهای بیمار را محدود می‌کند و در برخی موارد این بیماری‌ها لاعلاج بوده و درمان قطعی و مشخصی برای آن‌ها وجود ندارد (چانتیراچیرانایی<sup>۵</sup>، سارانایاچورایی<sup>۶</sup> و سوچیراتسیرتون‌گلانگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸). تقریباً ۴/۶ درصد از افرادی که در ایالت متحده زندگی می‌کنند مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب<sup>۸</sup> و تقریباً ۱/۷ درصد دچار سکته قلبی شده‌اند (انجمن قلب آمریکا<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳). بیماری کرونری قلب، یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر در کشورهای صنعتی به شمار می‌رود و هر ساله جان میلیون‌ها نفر را به خطر می‌اندازد و میلیاردها دلار هزینه ناشی از ضایعات مرگ‌ومیر و ازکارافتادگی را رقم می‌زند (رایکنن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹). برآورد شده است که مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی از حدود ۱۶/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۰۲، به ۲۳/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برسد (لی‌لی، ۲۰۱۵)؛ در ایران میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی ۴۶ درصد گزارش شده است (قشقائی، صادقی، مرندی و قشقائی، ۲۰۱۲). متخصصان قلب و

11. Sloan, D.M.  
12. Kring, A.M.  
13. Denollet, J.  
14. Pedersen, S.S.  
15. Vrints, C.J.  
16. Conraads, V.M.  
17. Kupper, N.  
18. Pedersen, S.S.  
19. Höfer, S.  
20. Saner, H.  
21. Oldridge, N.  
22. Denollet, J.

1. Faith, M.A.  
2. Mayes, S.  
3. Pratt, C.D.  
4. Carter, C.  
5. Chantira Chiaranai, R.N.  
6. Saranya Chularee, R.N.  
7. Sujirat Srithongluang, R.N.  
8. Coronary Heart Disease (CHD)  
9. American Heart Association (AHA)  
10. Raikkonen, K.

عواطف مثبت همچون خوش بینی به صورت مثبت و مستقیم، سلامت روانی و جسمانی را پیش بینی می کنند، همچنین معتقدند که عواطف منفی با پیش آگهی ضعیف در بیماران مبتلا به تنگی عروق کرونری رابطه دارد. از سوی دیگر، نتایج مطالعه ای در رابطه بین خشم، غم و نفرت و شدت تنگی عروق نشان داد که بین این عواطف و شدت تنگی عروق رابطه مثبت معنادار وجود دارد (کورت، گیلبرت، گرمن و وینگر، ۲۰۱۰). در همین راستا، مشخص شده است که افزایش سطح خشم با افزایش سطوح عاطفه منفی و بازداری اجتماعی و شدت تنگی عروق رابطه دارد، به طوری که افرادی که عواطف منفی همچون خشم را مکرر تجربه می کنند در بیشتر مواقع سیستم سمپاتیک در بدنشان فعال است و سیستم ایمنی برانگیخته شان در طول زمان از یک سو باعث افزایش فشارخون و فعال شدن سیستم قلبی-عروقی می شود که جزئی از فعالیت سمپاتیک هستند و از سوی دیگر موجب تضعیف قوای بدنی برای مقابله در مواقع بحرانی می شود، بر همین مبنا مزمن شدن فشار خون بالا به گرفتگی عروق کرونری منجر می شود (چیدا<sup>۱۳</sup> و استپتو<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۹).

با در نظر گرفتن موارد ذکر شده، بدیهی است که گرفتگی عروق کرونری قلب هزینه زیادی را بر جامعه و فرد مبتلا تحمیل می کند و یکی از دشوارترین اختلال های جسمانی برای درمان است؛ بنابراین، تلاش در جهت یافتن درمان های مؤثر در کنترل مؤلفه های ایجادکننده این اختلال از

ناراحتی درونی و اشتغال ذهنی ناخوشایند را نشان می دهد و حالات ناخوشایندی مانند خشم، بیزاری، ترس، آشفتگی، ناراحتی و عصبانیت را شامل می شود؛ در مقابل عاطفه مثبت نشان دهنده میزان شور و اشتیاق به زندگی و احساس فاعلیت و هوشیاری افراد است (ساران<sup>۱</sup>، پوری<sup>۲</sup> و آگاروال<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). بررسی های گوناگون نشان داده اند، عاطفه مثبت با ابعاد مختلف سلامت جسمانی و روانی، رابطه مثبت و معنی داری داشته و نقشی مهم در پیشگیری از بروز اختلال های جسمانی و روانی ایفا می کند (روشا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹ و استپتو<sup>۵</sup>، اودونل<sup>۶</sup>، مارموت<sup>۷</sup> و واردل<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸)، همچنین عاطفه منفی ارتباط مثبت و معناداری با اختلال های روانی و جسمانی و تداوم ناهنجاری های روان شناختی دارد (بشارت، اعتمادی نیا و فراهانی، ۲۰۱۳ و روشا، ۲۰۰۹). در پژوهش آگاه هریس و رمضانی (۱۳۹۷) نشان داده شد که سطوح بالای عواطف منفی نظیر اضطراب و استرس در افراد مبتلا به بیماری های مزمن در مقایسه با افراد سالم باعث فعال سازی چرخه استرس می شود؛ در همین راستا کورت<sup>۹</sup>، گیلبرت<sup>۱۰</sup>، گرمن<sup>۱۱</sup> و وینگر<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه ای نشان دادند که عواطف منفی همچون خشم، غم و نفرت به صورت منفی و معکوس و

1. Saran, R.K.
2. Puri, A.
3. Agarwal, M.
4. Rózsa, S.
5. Steptoe, A.
6. O'Donnell, K.
7. Marmot, M.
8. Wardle, J.
9. Kortte, K.B.
10. Gilbert, M.
11. Gorman, P.
12. Wegener, S.T.

13. Chida, Y.

14. Steptoe, A.

به‌طور خودکار یا کنترل شده، هوشیار یا ناهوشیار که از طریق به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجانی انجام می‌گیرد (کرینگ<sup>۱۵</sup> و اسلوان<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۰). به اعتقاد لوی جی جی<sup>۱۷</sup> و شامایت‌سوری<sup>۱۸</sup> (۲۰۱۷) تنظیم هیجانی ضمن تأثیرگذاری بر مؤلفه‌های عاطفی، رفتاری، شناختی و حتی واکنش‌های افراد به موقعیت‌های استرس‌زا، به فرد این امکان را می‌دهد که ضمن کنترل شدت و مدت دوره تجارب هیجانی، واکنش‌های هیجانی خود را به‌صورت آگاهانه در راستای رسیدن به اهداف خود تنظیم کند. در همین زمینه نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بر شادمانی روان‌شناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر می‌گذارد (نلیس<sup>۱۹</sup>، کویدیج<sup>۲۰</sup>، هانسن<sup>۲۱</sup> و میکولازاک<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۱). مدیریت هیجان‌ها به‌منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلال‌های روان‌شناختی آسیب‌پذیر کند (لیهی<sup>۲۳</sup>، تریچ<sup>۲۴</sup> و ناپولی‌تانو<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۱). از آنجاکه تنظیم هیجان‌ها بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفتنگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوهگینی

اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (ویلیامز<sup>۱</sup>، اکونور<sup>۲</sup>، گراب<sup>۳</sup> و اکارول<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). همچنین در بیماری‌های قلبی و عروقی، هیجان و سرکوب آن از جمله عوامل روانی تأثیرگذار هستند که ممکن است در بروز و یا تشدید بیماری نقش داشته باشند (کوپر<sup>۵</sup>، دنلوت<sup>۶</sup>، ویدرشاون<sup>۷</sup> و کوپ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). در همین راستا بویسو<sup>۹</sup>، فارچيون<sup>۱۰</sup>، فیرهولم<sup>۱۱</sup>، الدر<sup>۱۲</sup> و بارلو<sup>۱۳</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی بیان داشته‌اند که علاوه بر اختلال‌های روانی، بیماری‌های جسمانی (مانند بیماری‌های روان‌تنی از قبیل میگرن یا بیماری‌های قلبی و عروقی) و یا مشکلاتی در رابطه با ارتباطات اجتماعی نیز از پیامدهای مشکلات در تنظیم هیجانی است.

بر همین اساس به نظر می‌رسد که یکی از راه‌های درمانی مؤثر در کنترل عواطف، تنظیم هیجان<sup>۱۴</sup> است (هنرمند، فهیمی، جمالومدی، ایزانلو و گودرزی، ۲۰۱۵). تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را به‌صورت هوشیار یا ناهوشیار تعدیل می‌کنند؛ همچنین تنظیم هیجان یعنی تلاش فرد برای تأثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره و یا شدت فرآیندهای رفتاری، تجربی و جسمانی عواطف و هیجان‌ها،

15. Kring, A.M.  
16. Sloan, D.M.  
17. Levy-Gigi, E.  
18. Shamay-Tsoory, S.G.  
19. Nelis, D.  
20. Quidbach, J.  
21. Hansenne, M.  
22. Mikolajczak, M.  
23. Leahy, R.L.  
24. Tirsch, D.  
25. Napolitano, L.A.

1. Williams, L.  
2. O'Connor, R.  
3. Grubb, N.  
4. O'Carroll, R.  
5. Kupper, N.  
6. Denollet, J.  
7. Widdershoven, J.  
8. Kop, W.J.  
9. Boisseau, C.L.  
10. Farchione, T.J.  
11. Fairholme, C.P.  
12. Ellard, K.K.  
13. Barlow, D.H.  
14. Emotional regulation

دانوف-برگ<sup>۲</sup> و گرانت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). فنون تنش‌زدایی چرخه معیوب پریشانی را مختل کرده، جریان‌های فیزیولوژیکی متأثر از اعصاب سمپاتیک را به حالت طبیعی تغییر می‌دهد، همچنین منجر به افزایش در پاسخ سیستم عصبی پاراسمپاتیک شده و پاسخ‌های آرمیدگی و افزایش احساس خودکارآمدی را در فرد فرا می‌خواند، در نتیجه علاوه بر کاهش پریشانی‌های هیجانی، باعث ایجاد تغییراتی در کارکرد بدن از جمله کاهش فشار خون، ضربان قلب، مصرف اکسیژن، میزان تنفس و همچنین تعدیل سایر پارامترهای فیزیولوژیکی می‌شوند (مینی‌چیلو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸)؛ یکی از تکنیک‌های تنش‌زدایی، آموزش خودزاد<sup>۵</sup> است که قدیمی‌ترین رویکرد غربی برای تسهیل خودگردانی و ارتقای بهبود در علائم بیماری‌ها و کسالت‌های روان‌تنی<sup>۶</sup> محسوب می‌شود که توسط روان‌پزشک آلمانی، یوهانس هاینریش شولتز ابداع شد (اسپنسر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵). این تکنیک شامل مجموعه‌ای از تمرینات درمانی مؤثر است که با استفاده از دستورات ذهنی خودگردان در مورد تپش قلب آرام، تنفس منظم، گرما و سنگینی در اندام‌ها و در نهایت پیشانی سرد است که می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت ایفا کند، به‌طوری‌که ارتباطات و پیوندهای متقابل جسم و ذهن را مورد توجه قرار می‌دهد (سو<sup>۸</sup>، هانگ<sup>۹</sup>،

و حتی آسیب روانی شود (اعتمادی‌فر، باباپورخیرالدین و احمدی، ۲۰۱۴). تنظیم هیجان بیشتر در دو چارچوب مهم بررسی می‌شود: (۱) راهبردهای تنظیم هیجانی که پیش از رخداد حادثه فعال می‌شوند و از بروز هیجان‌های شدید پیشگیری می‌کنند (۲) راهبردهایی که پس از بروز حادثه و یا پس از هیجان فعال می‌شوند، استرس‌زا فعال می‌شوند، باعث تعبیر و تفسیر موقعیت به نحوی می‌گردند که پاسخ‌های هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش دهند (پوراصغر و زارع، ۱۳۹۴). همچنین هیجان‌ها می‌توانند به‌وسیله دامنه وسیعی از فرایندهای شناختی ناآگاهانه مانند فرایندهای توجه انتخابی، تحریف حافظه، انکار، فرافکنی و یا از طریق فرایندهای شناختی آگاهانه مانند سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری یا فاجعه‌سازی مدیریت شوند (نلیس و کودباچ، هانسن و میکولاجزاک، ۲۰۱۱). اعتمادی‌فر، باباپورخیرالدین و احمدی (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که بیماران قلبی نسبت به گروه بهنجار بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی (مانند ملامت دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌سازی) استفاده می‌کنند و در مقابل کمتر از راهبردهای سازگارانه بهره می‌برند؛ از سویی دیگر تنش‌زدایی یکی از شیوه‌های مداخله است که بدون اغراق هسته مرکزی مداخله‌های اضطراب و تنیدگی را تشکیل می‌دهد و در درمان ناراحتی‌های جسمانی مزمن و روان‌شناختی مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد (آگی<sup>۱</sup>، دانوف-

2. Danoff-Burg, S.
3. Grant C.A.
4. Minichiello, V.J.
5. Autogenic training (AT)
6. psychophysiology
7. Spencer, L.
8. Seo, E.
9. Hong, E.

1. Agee J.D.

چوی<sup>۱</sup>، کیم<sup>۲</sup>، برندت<sup>۳</sup> و ایم<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). علاوه بر این، روش دیگر درمانی که در کنترل عواطف منفی مطرح شده، خودگویی مثبت<sup>۵</sup> است. یکی از ویژگی‌های انسان برنامه‌ریزی گفتار است و انسان این توانایی را دارد که قبل از صحبت کردن برنامه‌ریزی کند (پوراصغر و زارع، ۱۳۹۴)، در بزرگسالان خودگویی به‌عنوان تفکر یا اندیشه توصیف می‌شود؛ ارسطو عقیده داشت تفکر، گفتار درونی است و خودگویی یک خصیصه روایتی از ذهن است (لاند<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). خودگویی مجموعه عبارات گفتاری است که به‌عنوان یک واسطه شناختی تأثیر زیادی در نظم‌بخشی به رفتار دارد (وان‌رالت<sup>۷</sup>، وینسنت<sup>۸</sup> و بروئربریتون<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶). افکار از طریق واژه‌ها ظاهر شده و بر زندگی‌مان تأثیر می‌گذارند؛ این کار اغلب به‌طور ناخودآگاه انجام می‌شود، به‌طوری‌که تعداد کمی از افراد به هنگام تفکر به افکار و گفته‌هایشان توجه می‌کنند؛ در این حالت هیچ آزادی وجود ندارد بلکه شرایطی پیش می‌آید که جهان خارج، دنیای درون را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لاند، ۲۰۰۳)؛ بنابراین خودگویی‌ها جملاتی هستند که طی روز تکرار شده و در ذهن ناخودآگاه غوطه‌ور می‌شوند و به‌این‌ترتیب قدرت شگرفی را برای صورت خارجی دادن به هدف واژه‌های جهان خارج به کار می‌بندند (وان‌رالت، وینسنت و بروئربریتون،

۲۰۱۶). به‌علاوه خودگویی‌ها معادل افکار هستند یعنی، آنچه‌که در یک موقعیت خاص، افراد با خود می‌گویند. این خودگویی‌ها با توجه به سن و موقعیت ممکن است بلند، کوتاه، به‌صورت تکان خوردن لب‌ها و یا فقط در حد گذشتن از ذهن باشند؛ خودگویی‌ها جنبه همگانی دارند و به‌اندازه کلام دیگران بر احساسات و رفتارها تأثیر گذاشته و آن را جهت می‌دهند (کوزولین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲). به اعتقاد هادسی جورجیادیس<sup>۱۱</sup> و گالانیس<sup>۱۲</sup> (۲۰۱۷) خودگویی‌هایی کاملاً مفید هستند که به فرد در جهت تمرکز به زمان حال کمک کنند و بیشتر به وقایع از دید آنچه پیش می‌آید نگاه کنند تا توجه به پیامدهای منفی آینده. خودگویی‌های مقابله‌ای خاص با نیازهای هر گروه منطبق می‌شود به‌طوری‌که افراد تشویق می‌شوند تا خودگویی‌های مذکور را به واژه‌های شخصی خود برگردانند و معنای آن را برای خود روشن کنند؛ بر همین اساس هدف از آموزش خودگویی، تغییر دادن گفتگو با خود یا گفتار درونی است و چنین فرض می‌شود که این گفته‌ها عامل مهیاسازی بسیاری از اختلال‌های رفتاری و هیجانی هستند (تاد<sup>۱۳</sup>، هاردی<sup>۱۴</sup> و اولیور<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۱). در این شیوه به مراجعان آموزش داده می‌شود تا از تفکرات منفی یا غیرمنطقی، خودآگاه گردند و آن‌ها را از طریق جایگزین کردن گفته‌های درونی سازگارانه‌تر و مناسب‌تر تغییر دهند، همچنین با به کار بردن رویکرد افزایش مهارت‌ها، مراجعان را تشویق

1. Choi, J.
2. Kim, Y.
3. Brandt, C.
4. Im, S.
5. Positive self-talk
6. Lund, N.
7. Van Raalte, L.
8. Vincent, A.
9. Brewer Britton, W.

10. Kozulin, A.
11. Hatzigeorgiadis, A.
12. Galanis, E.
13. Tod D.
14. Hardy, J.
15. Oliver, E.

معنادار بر کنترل عواطف منفی داشته باشد و با شناخت سبک خودگویی و مؤلفه‌های آن می‌توان به خودکنترلی که در احساس کنترل بر عواطف منفی افراد تأثیر به‌سزایی دارد دست یافت. در پژوهش‌های آلدو<sup>۱۵</sup>، هوریا<sup>۱۶</sup>، گلدین<sup>۱۷</sup> و همکاران (۲۰۱۴)؛ کمپیل - سیلز<sup>۱۸</sup>، بارلو<sup>۱۹</sup> و براون<sup>۲۰</sup> (۲۰۱۴) و سکسنا<sup>۲۱</sup>، دابی<sup>۲۲</sup> و پاندی<sup>۲۳</sup> (۲۰۱۱) نشان داده شده است که مداخلات تنظیم هیجانی نقش مهمی در ابعاد مختلف سلامت (نظیر کاهش اضطراب، افسردگی افزایش توانایی ذهنی برای مقابله سالم و سازنده با تنش‌ها و مشکلات زندگی) ایفا می‌کنند؛ همچنین پژوهش‌های صورت گرفته توسط راتانسیرپونگ<sup>۲۴</sup>، سردوک<sup>۲۵</sup>، پرنس<sup>۲۶</sup> و همکاران (۲۰۱۲)؛ آلدرد<sup>۲۷</sup>، اورچ<sup>۲۸</sup>، فینک<sup>۲۹</sup> و همکاران (۲۰۱۱) و هالمن<sup>۳۰</sup>، اولسون<sup>۳۱</sup>، وون شل<sup>۳۲</sup> و همکاران (۲۰۱۱) نشان‌دهنده تأثیرات تنش‌زدایی بر کاهش اضطراب و افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی است؛ زوربانوس<sup>۳۳</sup>، هاتزیگئورگیادیس<sup>۳۴</sup>، برداسو<sup>۳۵</sup> و

می‌کنند تا احکام و قضاوت‌های خاص خود را پیدا کنند؛ شایان ذکر است درحالی‌که درمان عقلانی- عاطفی بر منطقی بودن افکار تأکید می‌کند، آموزش خودگویی بر افکار سازنده و انطباقی تأکید بیشتری دارد (کراس<sup>۱</sup>، سنکال<sup>۲</sup>، پارک<sup>۳</sup> و بورسان<sup>۴</sup>، داگرتی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها در بررسی محتوای خودگویی، مدلی سلسله‌مراتبی را پیشنهاد می‌کنند، این مدل شامل دو عامل کلی خودگویی مثبت در مقابل منفی و چهار عامل مرتبه اول شناخت‌های منفی در مورد خود، شناخت‌های منفی در مورد دیگران، خودآموزشی مقابله‌ای و شناخت‌های مثبت می‌شود (هاردی<sup>۶</sup>، هال<sup>۷</sup>، گیبس<sup>۸</sup> و گرینزلید<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵). اخیراً نظریه‌پردازان بسیاری نشان می‌دهند که خودگویی‌های منفی منجر به اضطراب، افسردگی، عزت‌نفس پایین و اختلال‌های جسمانی نظیر فشارخون بالا و بیماری‌های دیابتی و قلبی می‌شود، همچنین این خودگویی‌ها تبدیل به عادت شده و می‌تواند رفتار و دیدگاه ما را نسبت به محیط اطراف تحت تأثیر قرار دهد (بلنچفیلد<sup>۱۰</sup>، هاردی<sup>۱۱</sup>، دموری<sup>۱۲</sup>، استایانو<sup>۱۳</sup> و مارکورا<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۴)؛ بنابراین با توجه به موارد فوق، به نظر می‌رسد خودگویی‌های مثبت تأثیری مثبت و

15. Aldao, A.
16. Jazaieri, H.
17. Goldin, P.R.
18. Campbell-Sills, L.
19. Barlow, D.H.
20. Brown, T.A.
21. Saxena, P.
22. Dubey, A.
23. Pandey, R.
24. Ratanasiripong, P.
25. Sverduk, K.
26. Prince, J.
27. Alder, J.
28. Urech, C.
29. Fink, N.
30. Hallman, D.M.
31. Olsson, E.M.
32. Von Schéele B.
33. Zourbanos, N.
34. Hatzigeorgiadis, A.
35. Bardas, D.

1. Kross, E.
2. Senecal, E.
3. Park, J.
4. Burson, A.
5. Dougherty, A.
6. Hardy, J.
7. Hall, C.R.
8. Gibbs, C.
9. Greenslade, C.
10. Blanchfield, A.W.
11. Hardy, J.
12. De Morree, H.M.
13. Staiano, W.
14. Marcora, S.M.



مطب‌های دارای پزشک متخصص قلب و عروق مراجعه کرده بودند تشکیل دادند. پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق (با کد ۳۳۰۳۲۰۵۹۳۲۰۷۰۲۳۸۲ مورخ ۱۳۹۴/۳/۵)، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از میان آن‌دسته از افراد داوطلبی که پس از مصاحبه تلفنی، به دفتر روان‌شناس خصوصی مراجعه کردند، تعداد ۴۵ نفر داوطلب پس از بررسی معیارهای ورود- خروج انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل ابتلا به بیماری عروق کرونری قلب، دامنه سنی ۵۰-۳۵ سال از آنجاکه بیماری عروق کرونری قلب یک فرآیند مزمن است که از دوران جوانی شروع می‌شود، شیوع این اختلال در سنین ۳۵ به بالا بیشتر است (شهسواری اصفهانی، نظری، کریم یارجهرمی و صادقی، ۱۳۹۲)، همچنین با توجه به کارآمدی مداخلات روان‌شناختی - نظیر تنظیم هیجانی و تنش‌زدایی خودزاد همراه با هدایت خودگویی مثبت، در سنین جوانی و میانسالی از این دامنه سنی استفاده شد (بک، ۲۰۱۶)، تحصیلات بالای دیپلم (داشتن تحصیلات آکادمیک برای درک، فهم و کاربرد فنون روان-شناختی لازم است (بک، ۲۰۱۶)، جنسیت زن، عدم بارداری، نوع و دوز داروی مصرفی یکسان (با صلاح‌دید متخصص قلب و عروق)، امضای رضایت‌نامه اخلاقی برای شرکت در پژوهش بود؛ و معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به یکی از بیماری‌های خودایمنی، وجود اختلال‌های روانی بارز نظیر اختلال شخصیت، دوقطبی، اختلال وسواسی- اجباری بر اساس مصاحبه بالینی و معیارهای (DSM-5) بیماری‌های ناتوان‌کننده

همکاران (۲۰۱۳) در مطالعات خود نشان دادند که خودگویی مثبت باعث کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی بیماران شده و تا چندین ماه پس از پایان مداخله این اثرات همچنان وجود داشته است، این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های مایلز<sup>۱</sup> و نیل<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) و وینبرگ<sup>۳</sup>، میلر<sup>۴</sup> و هورن<sup>۵</sup> (۲۰۱۲) در یک راستا قرار دارد.

بنابراین با توجه به اینکه پژوهش‌های پیشین مشخصاً روی کنترل عواطف بیماران عروق کرونری قلب کار نکرده‌اند و همچنین هر مداخله دارای مؤلفه‌های خاص خود برای تأثیر روی میانجی‌های روان‌شناختی بیماری‌های مزمن هستند، بنابراین هدف این پژوهش آن است که به مقایسه اثربخشی دو مداخله تنش‌زدایی خودزاد با خودگویی مثبت و تنظیم هیجانی بر روی کنترل عواطف بیماران عروق کرونری قلبی بپردازد.

## روش

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت سری‌های زمانی (در شروع، پایان و یک ماه و نیم پس از آموزش)، در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب شهر کرج با دامنه سنی ۵۰-۳۵ سال که در بازه مرداد تا آبان ماه ۱۳۹۵ به یکی از بیمارستان‌های دارای بخش قلب یا درمانگاه‌ها و

1. Miles A.
2. Neil R.
3. Weinberg, R.
4. Miller, A.
5. Horn, T.



متوسطه بار دیگر مورد برآورد قرار گرفت که نتایج آن به شرح زیر است. مقدار آلفای کرونباخ در مقیاس کنترل عواطف ۰/۸۴، در خرده مقیاس خشم برابر با ۰/۵۳ و در خرده مقیاس عاطفه مثبت برابر با ۰/۶ برآورد شده است که نشان‌دهنده مناسب بودن این مقیاس در کارهای پژوهشی است. همچنین بررسی دوباره روایی مقیاس به‌وسیله دهش نشان داد، تمامی ضرایب مشاهده‌شده با اطمینان آماری ۰/۹۹ معنادار است، لذا روایی مقیاس در واری دوپاره در این پژوهش مورد تأیید است (دهش، ۱۳۸۸). به‌علاوه در پژوهشی که طهماسبیان، خزایی، عارفی، سعیدی‌پور و حسینی (۱۳۹۳) به‌منظور برآورد روایی، پایایی و هنجاریابی مقدماتی آزمون کنترل عواطف در ۵ گروه از جامعه شهر کرمانشاه انجام دادند، همسانی درونی پرسش‌نامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در گروه دانش‌آموزان ۰/۷۸۲، دانشجویان ۰/۸۱۸، معلمان ۰/۸۸۹، پرستاران ۰/۹۰۹ و استادان ۰/۹۳۵ گزارش شد؛ همچنین در پژوهش حاضر پایایی ابعاد مقیاس کنترل عواطف به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای زیر مقیاس خشم ۰/۷۲، خلق افسرده ۰/۸۹، اضطراب ۰/۷۶، عاطفه مثبت ۰/۸۷ و برای نمره کل ۰/۸۰ محاسبه شد.

پروتکل مداخله تنظیم هیجانی بر اساس برنامه تنظیم هیجان توسط برکینگ و وایتلی (۲۰۱۴) برنامه‌ای ۱۰ جلسه‌ای است که به‌صورت هفتگی طی ۹۰ دقیقه برگزار می‌شود؛ همچنین پروتکل مداخله تنش‌زدایی خودزاد با خودگویی مثبت نیز به‌صورت یک برنامه ۱۰ هفته‌ای (هر

نظیر خستگی مفرط، یا معلولیت جسمانی، مصرف داروهای خاص و شرکت همزمان در یک برنامه مداخله دیگر بود.

پس از ارزیابی اولیه، کلیه آزمودنی‌ها قبل از مداخله (پیش‌آزمون)، پس از پایان هر مداخله (پس‌آزمون) و یک ماه و نیم پس از پایان مداخله‌ها (پیگیری) به گویه‌های پرسش‌نامه کنترل عواطف<sup>۱</sup> (ACS) پاسخ دادند؛ آزمودنی‌ها بر اساس ملاک‌ها انتخاب شدند و درنهایت به‌طور تصادفی در ۳ گروه (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارش شدند. سپس آزمودنی‌های هر گروه بر اساس پروتکل هر مداخله و تعداد جلسات آن توسط پژوهشگر آموزش دیدند.

ابزار پژوهش: مقیاس کنترل عواطف (ACS) (ویلیامز<sup>۲</sup>، چمبلز<sup>۳</sup> و آهرنس<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷): ابزاری برای سنجش میزان کنترل افراد بر عواطف خود است و شامل ۴۲ سؤال با چهار زیر مقیاس فرعی خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت است؛ پاسخ‌ها در مقیاس هفت‌درجه‌ای از «به‌شدت مخالف = نمره ۱» تا «به‌شدت موافق = نمره ۷» تنظیم شده است. اعتبار درونی و بازآزمایی آزمون به برای کل مقیاس ۷۸/۹۴، برای زیرمقیاس خشم ۷۳/۷۲، خلق افسرده ۰/۹۱، ۰/۷۶، اضطراب ۰/۸۹، ۰/۷۷ و عاطفه مثبت ۰/۸۴، ۰/۶۶ برای نمونه‌ای از دانشجویان دوره لیسانس به‌دست‌آمده (ویلیامز، چمبلز و آهرنس، ۱۹۹۷). همچنین ضریب پایایی آن در ایران به‌وسیله دهش (۱۳۸۸) در نمونه ۲۰۰ نفری از دانش‌آموزان مقطع

1. Affective control scale (ACS)
2. Williams, K.E.
3. Chambless, D.L.
4. Ahrens, A.

ویرایش بیست و چهارم نرم‌افزار آماری SPSS و با بهره‌گیری از روش‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی نظیر آزمون‌های بررسی مفروضه‌های لازم جهت تحلیل کوواریانس و اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی گروه‌ها با یکدیگر تجزیه و تحلیل شده‌اند.

جلسه ۹۰ دقیقه) توسط آگاه‌هریس و نجیمی برای اجرای گروهی، بر اساس کتاب «اتوژنیک» صادقی (۲۰۰۱) و «خودگویی مثبت» تیستر (۲۰۰۴) طراحی شده و شامل برنامه تنش‌زدایی خودزاد همراه با هدایت خودگویی مثبت است (رئوس مطالب پروتکل‌ها در جداول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است). داده‌های این پژوهش با استفاده از

جدول ۱. رئوس مطالب برنامه آموزش تنظیم هیجانی (برکینگ و وایتلی، ۲۰۱۴)

جلسه	عنوان	رئوس مطالب جلسه
اول	معرفی ارتباط ذهن- بدن و الگوی بیماری‌های مزمن جسمانی	توضیح نقش آمیگدال و تغییرات فیزیولوژیکی و بیوشیمیایی بدن، تعریف استرس، ارتباط آمیگدال با استرس و الگوی مراحل تغییر.
دوم	آموزش روانی: ماهیت کارکردهای هیجان	دلایل استفاده از نظم‌دهی هیجانی، تعریف استرس مزمن، هیجان‌های دردناک و خلق منفی که به صورت عاطفه منفی گزارش می‌شوند و باعث ایجاد چرخه معیوب احساسات منفی- استرس می‌شود، اثربخشی تنظیم هیجان روی این چرخه معیوب، توصیف و معرفی برنامه نظم‌دهی هیجانی.
سوم	مهارت اول و دوم: آموزش تنش‌زدایی عضلانی همراه با تنظیم تنفس	معرفی چرخه معیوب ۱ و ۲: فعال‌سازی آمیگدال - تنفس سریع، ارتباط فعال‌سازی آمیگدال با تنش عضلانی و تنفس سری، شکستن این چرخه معیوب با مهارت‌های تنظیم هیجان، آموزش تنفس و تنش‌زدایی در سه‌گام، آموزش مراحل انقباض و تنش‌زدایی.
چهارم	آموزش روانی: اهمیت تمرین نظم‌دهی هیجانی	آموزش ساختار مغز و سیستم عصبی و کارکرد آن، نقش استرس روی نرون‌ها و تنش عضلات، آموزش نقش تنش‌زدایی روی تقویت پیوندهای سیناپسی، معرفی نقش دوپامین در تقویت گذرگاه‌های سیناپسی مغز، ارسال پیام‌های صوتی و نوشتاری تنش‌زدایی با دستورالعمل.
پنجم	مهارت سوم: آموزش آگاهی بدون قضاوت	چرخه معیوب ۳: فعال شدن آمیگدال - تفکر منفی، - آموزش دستورالعمل آگاهی بدون قضاوت، آموزش احساس کردن هیجان‌ها، معرفی انواع هیجان و طبقه‌بندی آن‌ها، تعیین شدت هیجان‌ها، احساس هیجان، معرفی افزایش لذت.
ششم	مهارت چهارم: آموزش پذیرش و تحمل هیجان‌ها	چرخه معیوب ۴: فعال شدن آمیگدال - واکنش‌های دوری‌گزینی، معرفی نقش فعال شدن آمیگدال و اجتناب و شکستن چرخه با مهارت‌های تنظیم هیجان، پذیرش و تحمل هیجان‌ها، معرفی عواطف منفی (اضطراب، خشم و خلق افسرده)، آموزش تاب‌آوری، نمودار شادی، زمان‌های خوب- زمان‌های بد.
هفتم	مهارت پنجم: آموزش خودحمایت‌گری دلسوزانه (با شفقت)	چرخه معیوب ۵: فعال شدن آمیگدال - خود انتقادگری، معرفی این چرخه و آموزش شکستن آن با تکنیک خودحمایت‌گری دلسوزانه، آموزش حمایت دلسوزانه از خود به جای انتقادگری از خود، انجام فعالیت‌های مثبت برای خود، خود ارزش‌دهی به صورت مشروط و نامشروط، افزایش اعتماد به نفس.
هشتم	مهارت ششم: آموزش تحلیل هیجان‌ها	چرخه معیوب ۶: فعال شدن آمیگدال - دشوار شدن تحلیل هیجان‌ها، معرفی چرخه فوق و آموزش شکستن آن با تحلیل هیجان‌ها، آموزش اینکه هیجان‌ها تحت تأثیر حالات جسمانی هستند و به واسطه نوع تفسیر ما از موقعیت مشخص می‌شوند، آموزش اینکه پاسخ‌های هیجانی تحت تأثیر چگونگی واکنش‌های ما به رویدادهای گذشته، در موقعیت‌های مشابه هستند، آموزش اینکه احساس‌های بدنی خاص با هیجان‌ها همراه می‌شوند، آموزش اینکه هیجان‌ها می‌توانند رفتارهای متنوعی را ایجاد کنند.
نهم	مهارت هفتم: آموزش تعدیل و اصلاح هیجان‌ها	چرخه معیوب ۷: فعال شدن آمیگدال - دشوار شدن تعدیل هیجان، معرفی این چرخه و شکستن آن با مهارت هفتم، آموزش هفت مرحله‌ای حل مسئله.
ده	تمرین‌های بیشتر مقابله‌ای روی حالت‌های عاطفی و هیجانی	بازشناسی و درک حالت‌های هیجانی مهم، آموزش اهمیت هیجان‌های منفی برای سلامت روان. - تحلیل هیجان‌ها.

جدول ۲. رئوس مطالب برنامه تنش‌زدایی خودزاد همراه با خودگویی مثبت

جلسه	عنوان	رئوس مطالب جلسه
اول	معرفی ارتباط ذهن- بدن و منطق تنش‌زدایی خودزاد و هدایت خودگویی و ارتباط آن با بیماری‌های قلبی- عروقی.	توضیح نقش آمیگدال و تغییرات فیزیولوژیکی و بیوشیمیایی بدن، تعریف استرس، منطق تنش‌زدایی خودزاد و هدایت خودگویی و نقش آن‌ها در تغییرات فیزیولوژیکی و بیوشیمی بدن.
دوم	تمرین‌های اولیه، دستورالعمل‌های کلی	راهنمایی برای پر کردن کاربرگ‌ها، آموزش دستورالعمل‌های هنگام اجرای تمرین‌ها، معرفی خودگویی، آموزش معیارهای تشخیص خودگویی کارآمد و ناکارآمد بر اساس معیارهای منطقی بودن.
سوم	اولین تمرین استاندارد «سنگینی»	به حداقل رساندن محرک‌های محیطی، اجرای اولین تمرین (سنگینی) بر اساس دستورالعمل، آموزش تمرین گسترش‌یافته بر اساس دستورالعمل، معرفی محتوا و فرآیند خودگویی، آموزش استفاده از منطق متناسب برای مخالف‌ورزی.
چهارم	دومین تمرین استاندارد «گرما»	به حداقل رساندن محرک‌های محیطی، اجرای دومین تمرین (گرما) بر اساس دستورالعمل، مرور محتوا و فرآیند خودگویی و استفاده از منطق متناسب برای مخالف‌ورزی.
پنجم	سومین تمرین استاندارد «قلب»	به حداقل رساندن محرک‌های محیطی، راهنمای جلسات تمرین خودزاد، اجرای سومین تمرین (قلب) بر اساس دستورالعمل، آموزش هدایت خودگویی به روش سقراطی، آموزش گفتگوی دونفره (دیالوگ) <sup>۱</sup> و معرفی تکنیک صندلی خالی.
ششم	چهارمین تمرین استاندارد «تنفس»	به حداقل رساندن محرک‌های محیطی، اجرای تمرین چهارم (تنفس) بر اساس دستورالعمل، مرور هدایت خودگویی به روش سقراطی، مرور آموزش گفتگوی دونفره (دیالوگ) و تکنیک صندلی خالی.
هفتم	پنجمین تمرین استاندارد «گرمای شکمی»	به حداقل رساندن محرک‌های محیطی، اجرای تمرین پنجم (گرمای شکمی) بر اساس دستورالعمل، معرفی و آموزش جملات تأکیدی مثبت به منظور افزایش اعتمادبه‌نفس.
هشتم	ششمین تمرین استاندارد «سرد شدن پیشانی»	به حداقل رساندن محرک‌های محیطی، اجرای تمرین ششمین (سرد شدن پیشانی) بر اساس دستورالعمل، مرور جملات تأکیدی مثبت به منظور افزایش اعتمادبه‌نفس، آموزش هدایت خودگویی به منظور افزایش شایستگی و موفقیت، تمرین تکنیک صندلی خالی.
نهم	آموزش ART پیشرفته	معرفی و ارائه دستورالعمل انتخاب وضعیت نشسته مدل عروسکی، آموزش استفاده از فرم‌های مختص هر اندام، آموزش و استفاده از فرمول‌های هدفمند، مرور هدایت خودگویی به منظور افزایش اعتمادبه‌نفس، شایستگی و موفقیت به واسطه جملات تأکیدی، معرفی تکنیک آینه <sup>۱</sup> .
دهم	آموزش مراقبه اتوژنیک (خودزاد)	آموزش تکنیک مراقبه اتوژنیک، معرفی هفت تمرین مراقبه‌ای اتوژنیک، تمرین دیداری‌سازی (۱) انواع رنگ، (۲) رنگ‌های خاص، (۳) اشیاء عینی، (۴) مفاهیم خاص، تجربه حالت احساس یا وضعیت احساس، دیداری‌سازی افراد، مراقبه بینش‌مدار که در آن به سؤال‌های معین به صورت اکتشافی پاسخ داده می‌شود.

1. Mirror Technique

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که در مجموع ۴۵ آزمودنی با میانگین سنی  $44/4 \pm 51/65$  (۴۴ سال و ۶ ماه و ۶ روز) در این پژوهش شرکت کردند که دامنه‌ی سنی آنان از ۳۵ تا ۵۰ سال گسترده شده است.

از نظر تحصیلات ۵۳/۳٪ از آزمودنی‌ها دارای مدرک دیپلم و فوق‌دیپلم، ۳۳/۳٪ کارشناسی و ۱۳/۳٪ دارای کارشناسی ارشد و بالاتر هستند. همچنین از لحاظ وضعیت اشتغال ۳۳/۳٪ خانه‌دار، ۴۰٪ کارمند و بقیه دارای شغل آزاد (۲۶/۷٪) بودند. همچنین ۲۶/۷٪ از آزمودنی‌ها مجرد، ۶۶/۷٪ متأهل و بقیه (۶/۷٪) مطلقه هستند

جدول ۱. ویژگی‌های توصیفی نمرات کنترل عواطف و زیرمقیاس‌های آن به تفکیک سه گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار $\pm$ میانگین	پیگیری انحراف معیار $\pm$ میانگین
خشم	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	$39/46 \pm 5/026$	$27/2 \pm 5/69$	$29 \pm 7/16$
	تنظیم هیجانی	$38/13 \pm 5/59$	$25/8 \pm 7/55$	$25/8 \pm 7/07$
	کنترل	$35/33 \pm 6/63$	$34/8 \pm 6/82$	$34/93 \pm 6/49$
خلق افسرده	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	$36/2 \pm 5/63$	$27/2 \pm 8/12$	$26/86 \pm 7/36$
	تنظیم هیجانی	$38/26 \pm 6/11$	$33/13 \pm 8/41$	$23/26 \pm 9/01$
	کنترل	$37/46 \pm 4/77$	$38/6 \pm 4/61$	$39/66 \pm 4/93$
اضطراب	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	$60/06 \pm 7/61$	$38/4 \pm 7/68$	$36/06 \pm 8/72$
	تنظیم هیجانی	$57/46 \pm 7/64$	$33/46 \pm 8/25$	$33/66 \pm 7/61$
	کنترل	$48/33 \pm 9/28$	$49/73 \pm 10/44$	$50/46 \pm 9/16$
عاطفه مثبت	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	$59/4 \pm 8/65$	$41/46 \pm 7/75$	$43 \pm 8/57$
	تنظیم هیجانی	$55/86 \pm 9/05$	$38/46 \pm 10/17$	$37/4 \pm 9/39$
	کنترل	$56/93 \pm 10/28$	$53/8 \pm 7/54$	$53/86 \pm 11/04$
کنترل عواطف (کل)	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	$198/13 \pm 13/46$	$134/26 \pm 14/18$	$134/93 \pm 14/7$
	تنظیم هیجانی	$189/73 \pm 13/27$	$120/86 \pm 14/48$	$120/13 \pm 14/84$
	کنترل	$178/06 \pm 14/85$	$176/93 \pm 14/43$	$178/93 \pm 14/85$

علاوه بر این سطوح عاطفه مثبت در گروه تنش‌زدایی خودزاد با خودگویی مثبت در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به خط پایه کاهش (بهبود) یافته است (نمره‌گذاری به صورت معکوس)، همچنین در گروه تنظیم هیجانی این شاخص در پس‌آزمون و در مطالعه پیگیری نیز کاهش معنادار داشته است؛ اما تغییرات محسوس در گروه کنترل، در سه وهله مشاهده نمی‌شود.

به منظور بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات کنترل عواطف و مؤلفه‌های آن در سه گروه (وهله پیش‌آزمون) به ترتیب خشم، خلق افسرده، اضطراب، عاطفه مثبت و کنترل عواطف (کل) دارای توزیع نرمال هستند ( $p > 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون لون نیز برای نمرات پیش‌آزمون سه گروه، در زیر مقیاس خشم، خلق افسرده، اضطراب، عاطفه مثبت و کنترل عواطف (کل) بیانگر همگنی واریانس نمرات است ( $p > 0/05$ )، بنابراین از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت سه گروه در کنترل عواطف و زیرمقیاس‌های آن در جدول ۲ نشان می‌دهد که سه گروه در کاهش شاخص‌ها با هم تفاوت معنادار دارند ( $p < 0/05$ ).

همانگونه که مشاهده می‌شود نمره کل کنترل عواطف در گروه تنش‌زدایی خودزاد با خودگویی مثبت در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به خط پایه کاهش یافته است؛ همچنین در گروه تنظیم هیجانی این شاخص در پس‌آزمون و در مطالعه پیگیری نیز کاهش معنادار داشته است، اما در گروه کنترل تغییرات محسوس در سه وهله مشاهده نمی‌شود. همچنین، در نتایج این جدول منعکس شده است که نمرات زیرمقیاس خشم در گروه تنش‌زدایی خودزاد با خودگویی مثبت در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به خط پایه کاهش یافته است، نیز در گروه تنظیم هیجانی این شاخص در پس‌آزمون و در مطالعه پیگیری نیز کاهش معنادار داشته است اما تغییرات محسوس در گروه کنترل، در سه وهله مشاهده نمی‌شود. به علاوه سطوح خلق افسرده در گروه تنش‌زدایی خودزاد با خودگویی مثبت در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به خط پایه کاهش یافته است؛ نیز در گروه تنظیم هیجانی این شاخص در پس‌آزمون و در مطالعه پیگیری نیز کاهش معنادار داشته است، اما در گروه کنترل تغییرات محسوس در سه وهله مشاهده نمی‌شود. همچنین نتایج بیانگر آن است که نمرات زیرمقیاس اضطراب نیز در گروه تنش‌زدایی خودزاد با خودگویی مثبت در وهله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به خط پایه کاهش یافته، همچنین در گروه تنظیم هیجانی این شاخص در پس‌آزمون و در مطالعه پیگیری نیز کاهش معنادار داشته است، اما در گروه کنترل تغییرات محسوس در سه وهله مشاهده نمی‌شود.

نجیمی و همکاران: مقایسه آموزش تنش‌زدایی خودزاد با خودگویی مثبت و آموزش تنظیم هیجانی بر...

جدول ۲. آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه گروه‌ها

با تحلیل کنترل عواطف و زیرمقیاس‌های آن

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	میانگین مجذورات	مقیاس F	سطح معناداری	اتا سهمی
کنترل عواطف	۲۷۳۷۵/۶	۲	۴۲	۱۳۶۸۷/۸	۱۲/۵۱	۰/۰۰۵	۰/۳۷۳
خشیم	۵۹۷/۷۹	۲	۴۲	۲۹۸/۸۹	۳/۲۱	۰/۰۰۵	۰/۱۳۳
خلق افسرده	۲۵۷۳/۰۸	۲	۴۲	۱۲۸۶/۵۴	۱۳/۵۳	۰/۰۰۲	۰/۳۹۲
اضطراب	۱۴۴۵/۷۹	۲	۴۲	۷۲۲/۸۹	۳/۲۴	۰/۰۴۹	۰/۱۳۴

جدول ۳. آزمون توکی برای مقایسه زوجی سه گروه در تغییرات کنترل عواطف و زیرمقیاس‌های آن

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	MD (I-J)	SE	سطح معناداری
تنظیم هیجانی	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	تنظیم هیجانی	۱/۹۷	۲/۰۳۴	۰/۵۹۸
	تنظیم هیجانی	کنترل	-۳/۱۳	۲/۰۳۴	۰/۲۸۳
	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	کنترل	-۱/۹۷	۲/۰۳۴	۰/۵۹۸
	تنظیم هیجانی	کنترل	*-۵/۱۱	۲/۰۳۴	۰/۰۴۱
خلق افسرده	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	تنظیم هیجانی	۲/۸۶	۲/۰۵۵	۰/۳۵۳
	تنظیم هیجانی	کنترل	*-۷/۴۸	۲/۰۵۵	۰/۰۰۲
	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	کنترل	-۲/۸۶	۲/۰۵۵	۰/۳۵۳
	تنظیم هیجانی	کنترل	*-۱۰/۳۵	۲/۰۵۵	۰/۰۰۰۲
اضطراب	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	تنظیم هیجانی	۳/۳۱	۳/۱۴	۰/۵۴۸
	تنظیم هیجانی	کنترل	-۴/۶۶	۳/۱۴	۰/۳۰۹
	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	کنترل	-۳/۳۱	۳/۱۴	۰/۵۴۸
	تنظیم هیجانی	کنترل	*-۷/۹۷	۳/۱۴	۰/۰۳۹
عاطفه مثبت	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	تنظیم هیجانی	-۴/۰۴	۲/۶۹	۰/۳۰۲
	تنظیم هیجانی	کنترل	*-۶/۹۱	۲/۶۹	۰/۰۳۷
	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	کنترل	-۴/۰۴	۲/۶۹	۰/۳۰۲
	تنظیم هیجانی	کنترل	*-۱۰/۹۵	۲/۶۹	۰/۰۰۱
کنترل عواطف (کل)	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	تنظیم هیجانی	۱۲/۲	۶/۹۷	۰/۱۹۹
	تنظیم هیجانی	کنترل	*-۲۲/۲	۶/۹۷	۰/۰۰۸
	تنش‌زدایی خودزاد و خودگویی مثبت	کنترل	-۱۲/۲	۶/۹۷	۰/۱۹۹
	تنظیم هیجانی	کنترل	*-۳۴/۴	۶/۹۷	۰/۰۰۰۳

\*P<۰/۰۵

آزمایش در پس‌آزمون نسبت به خط پایه با تغییر مواجه شده‌اند، به‌گونه‌ای که هر دو گروه مداخله با کاهش این شاخص‌ها همراه هستند و همچنان این کاهش تا مطالعه پیگیری در مقایسه با خط پایه حفظ شده است که حاکی از بهبود کنترل عواطف است. همچنین با لحاظ کردن مطالعه پیگیری و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه سه گروه در جدول ۲ نشان داده شده است که سه گروه در تمامی شاخص‌ها با هم تفاوت معنادار دارند که مقایسه زوجی با آزمون تعقیبی توکی (جدول ۳) بیانگر آن است که این تفاوت‌ها برای شاخص‌های نمره کل کنترل عواطف، خلق افسرده و عاطفه مثبت، میان گروه کنترل با هر یک از دو گروه آزمایش و برای شاخص اضطراب تنها میان گروه کنترل و مداخله تنظیم هیجانی است؛ بنابراین دو گروه مداخله تنش‌زدایی خودزاد با خودگویی مثبت و مداخله تنظیم هیجانی در تعدیل کنترل عواطف بیماران عروق کرونری قلبی با هم تفاوت معناداری نداشته و کارآمدی یکسانی دارند. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های مشابه که تأثیر هر مداخله را به‌طور جداگانه بر پریشانی‌های هیجانی و سلامت‌روان مطالعه کرده بودند، همخوان است؛ در همین راستا نتایج پژوهش نجیمی، عسگری و آگاه‌هریس (۱۳۹۶) بیانگر تأثیر آموزش تنظیم هیجانی بر افزایش ادراک کنترل اضطراب و بهبود پاسخ‌های قلبی عروقی در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونری قلبی می‌باشد، همچنین پژوهش پورالجلال، اشترانی و علی‌محمدی (۲۰۱۷) نشان داد که تنش‌زدایی یک روش بی‌خطر و بدون

در جدول ۳ نیز نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه زوجی نمرات کنترل عواطف و زیرمقیاس‌های آن در سه گروه ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود نتایج بیانگر آن است که در شاخص نمره کل کنترل عواطف و همچنین زیرمقیاس‌های خلق افسرده و عاطفه مثبت میان نمرات گروه کنترل با هر یک از دو گروه آزمایش تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/05$ )، اما میان دو مداخله در کاهش این شاخص‌ها تفاوت معنادار وجود ندارد ( $p > 0/05$ )، همچنین نتایج جدول برای زیرمقیاس‌های خشم و اضطراب بیانگر معناداری تفاوت گروه مداخله نظم‌دهی هیجانی با گروه کنترل است ( $p < 0/05$ )، اما میان دو مداخله در کاهش این شاخص‌ها تفاوت معنادار وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).

### نتیجه‌گیری و بحث

این مطالعه با هدف بررسی مقایسه اثربخشی ترکیب دارودرمانی با تنش‌زدایی خودزاد همراه با خودگویی مثبت و مداخله تنظیم هیجانی بر روی کنترل عواطف زنان مبتلا به بیماری عروق کرونری قلبی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد مداخله تنش‌زدایی خودزاد (صادیق، ۲۰۰۱) همراه با خودگویی مثبت (تیسستر، ۲۰۰۴) و همچنین مداخله تنظیم هیجانی (برکینگ و وایتلی، ۲۰۱۴) مؤثر بوده‌اند، به‌طوری‌که هر دو مداخله به بهبود کنترل عواطف بیماران منجر شده‌اند. در همین راستا نتایج توصیفی جدول ۱ بیانگر آن است که نمرات کنترل عواطف و زیرمقیاس‌های خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت گروه‌های



خواهد کرد. لوی جی‌جی و شامایت‌سوری (۲۰۱۷) و فولادچنگ و حسن‌نیا (۱۳۹۴) نیز در پژوهش‌های خود نشان دادند که استفاده از استراتژی‌های مربوط به تنظیم هیجان منجر به افزایش هیجان‌های مثبت، کاهش هیجان‌های منفی و در نتیجه افزایش حس شادکامی افراد می‌شود. یافته حاضر برحسب چندین احتمال تبیین می‌شود، به طوری که اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر کنترل عواطف را می‌توان این‌گونه توضیح داد که برخورد درست با هیجان‌های منفی (مانند پذیرش آن‌ها در صورت لزوم) ممکن است اثرات زیان‌آور این هیجان‌ها بر هیجان‌های مثبت را پیشگیری کند؛ به علاوه، آموزش تنظیم هیجان شامل تمرین‌هایی است که هدفشان (۱) افزایش آگاهی و قدردانی از هیجان‌های مثبت؛ (۲) درگیری عمدی در فعالیت‌های لذت‌بخش؛ (۳) آموزش پذیرش هیجان‌ها و تحمل آن‌ها؛ (۴) تحلیل هیجان‌ها؛ (۵) آموزش تاب‌آوری و معرفی نمودار شادی و غیره، بود که سبب تعدیل عواطف منفی مانند خشم، اضطراب و افسردگی شده و عواطف مثبت را برمی‌انگیزد؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان منجر به ارتقاء توانایی‌های شناختی-هیجانی افراد شده، درک فرد را از خود بهبود بخشیده، سبب افزایش دید مثبت در مورد خود و تلاش برای افزایش تجربه‌های مثبت در آینده می‌شود. همچنین حس شایستگی و خودکارآمدی را در فرد افزایش داده و از این رهگذر به آن‌ها در کنترل کارآمد عواطف کمک می‌کند (غفار دوست، شالچی و بافنده‌قراملکی، ۱۳۹۵). برای تبیین

عوارض جانبی است که باعث کاهش اضطراب و تعدیل پاسخ‌های همودینامیک قلبی در بیماران کاندید برای عمل جراحی بوده است؛ اتو<sup>۱</sup>، میسرآ<sup>۲</sup>، پراساد<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند که استفاده از استراتژی‌های مربوط به تنظیم هیجان منجر به افزایش هیجان‌های مثبت، کاهش هیجان‌های منفی و در نتیجه افزایش حس شادکامی افراد می‌شود. موسوی، علی‌پور، آگاه‌هریس و زارع (۱۳۹۳) نیز در پژوهشی نشان دادند که برنامه کنترل استرس (LEARN) به واسطه تحت‌تأثیر قرار دادن چرخه استرس می‌تواند باعث کاهش عواطف منفی (نظیر نگرانی و استرس) شود، LEARN از جمله برنامه‌هایی است که مؤلفه‌های هیجانی را هدف قرار داده و به اصلاح آن‌ها می‌پردازد (مشابه با مداخله تنظیم هیجانی). علاوه بر این ساندرز<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) نیز نشان داد که مداخله خودگویی مثبت نقش به‌سزایی در افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش عواطف منفی دارد، همچنین وان‌رالت<sup>۵</sup>، وینسنت<sup>۶</sup> و بروئریرتون<sup>۷</sup> (۲۰۱۶) و چانگ<sup>۸</sup>، هو<sup>۹</sup>، لو<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود دریافتند که طی مراحل اجرای تکنیک خودگویی مثبت، جستجوی خود و نهایتاً شکل‌گیری خودآگاهی و آنچه برای خود سودمند است اتفاق می‌افتد که به افزایش عزت‌نفس، خودکارآمدی و شادکامی (عواطف مثبت) کمک

1. Otto, B.
2. Misra, S.
3. Prasad, A.
4. Sanders, G.
5. Van Raalte J.L.
6. Vincent A.
7. Brewer B.W.
8. Chang, Y.K.
9. Ho, L.A.
10. Lu, F.J.H.

خودکنترلی بسیار رایج است که با اهداف مختلفی مورد استفاده قرار می‌گیرد (زوربانوس<sup>۸</sup>، هاتزیگئورگیادیس<sup>۹</sup>، برداس<sup>۱۰</sup> و تتودوراکیس<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۳)؛ برخی از این اهداف شامل خودانگیزی، خودهدایتی، کنترل عملکرد ذهنی و عاطفی می‌باشند (افروزه و همکاران، ۲۰۱۴)، در همین راستا زینسر<sup>۱۲</sup>، بانکر<sup>۱۳</sup> و ویلیامز<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۰) نیز معتقد است که داشتن سطح بالایی از مهارت خودگویی، خودکارآمدی افراد را در کسب مهارت‌ها، ایجاد و تغییر خلق، کنترل تلاش و متمرکزسازی انرژی روانی افزایش می‌دهد و از این رهگذر منجر به تعدیل کنترل عواطف می‌شود. افزون بر این برای تبیین این یافته که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل باعث تعدیل کنترل عواطف شده‌اند اما تفاوت معنادار ندارند؛ می‌توان گفت، از آنجا که تنش‌زدایی خودزاد مستقیماً بر کنترل سیستم سمپاتیک-پاراسمپاتیک و همچنین خودگویی مثبت بر کنترل گفتگوهای درونی می‌پردازند، در چرخه استرس (که عواطف منفی نمود دریافت فشار روانی توسط سیستم عصبی هستند) تأثیر می‌گذارد، روی محور کنترل ذهن- بدن تأثیرگذار است (تایلور<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۱)؛ از سویی دیگر مهارت‌های تنظیم هیجانی نیز با تحت‌تأثیر قرار دادن محورهای نظم‌دهی به هیجان از طریق بازسازی شناختی، ساختاربندی مجدد، تنش‌زدایی و پذیرش، چرخه استرس را

احتمالی دیگر این یافته می‌توان به این امر اشاره کرد که از آنجا که هرگونه تجربه آشفتگی عاطفی-هیجانی با علائم بدنی در ارتباط مستقیم بوده و از سوی دیگر مداخله تنش‌زدایی با کاهش فعالیت سمپاتیک و یا افزایش فعالیت پاراسمپاتیک همراه است، به‌نوبه خود اثرات جسمانی عکس اثرات برانگیختگی هیجانی ایجاد می‌کند (کنکردن ضربان قلب، افزایش جریان خون محیطی و ایجاد ثبات عصبی عضلانی) (صیدی و همکاران، ۱۳۹۵). بدین ترتیب مداخله انجام شده در کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت بیماران گروه آزمایش مؤثر بوده و در نتیجه افراد در ارتباط با کنترل عواطف خود، احساس کفایت بیشتری می‌کنند. علاوه بر این پژوهش‌های گسترده‌ای که در زمینه مهارت‌های خودگویی صورت گرفته حاکی از آن است که گفتار درونی، به‌عنوان واسطه شناختی در زایش اندیشه و نظم‌بخشی به رفتار در حیطه سازگاری و یا عدم سازگاری عاطفی نقش به‌سزایی دارد (کلارک<sup>۱</sup> و مک‌نوس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). بنابراین آموزش مهارت‌های خودگویی مثبت با توقف چرخه تقویت‌کننده هیجان‌های منفی ناشی از خودگویی منفی، رفتارهای نشأت گرفته از آن را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (تتودوراکیس<sup>۳</sup>، وینبرگ<sup>۴</sup>، نتسیس<sup>۵</sup>، دوما<sup>۶</sup> و کازکاس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰)؛ از نقطه‌نظر این رویکرد، خودگویی یک استراتژی شناختی و تکنیک

8. Zourbanos, N.  
9. Hatzigeorgiadis, A.  
10. Bardas, D.  
11. Theodorakis, Y.  
12. Zinsner, N.  
13. Bunker, L.  
14. Williams, J.M.  
15. Taylor, S.E.

1. Clark, D.M.  
2. McManus, F.  
3. Theodorakis, Y.  
4. Weinberg, R.  
5. Natsis, P.  
6. Douma, I.  
7. Kazakas, P.

واکنش‌های روانی-زیستی پیرامون بیماران مزمن بسط و گسترش یابد؛ علاوه بر این پیشنهاد می‌شود در کلیه مراکز درمانی بیماری‌های مزمن از رویکردهای چندوجهی زیستی-روانی-اجتماعی نظیر دارودرمانی و طب فیزیکی در کنار آموزش‌های روان‌شناختی (مانند تنش‌زدایی خودزاد همراه با خودگویی مثبت و تنظیم هیجانی) به منظور اثربخشی بیشتر درمان استفاده شود.

در پایان خاطر نشان می‌سازد که پژوهشگران و نویسندگان این مقاله در تدوین آن سهم یکسانی داشته‌اند.

#### سپاسگزاری

در پایان از همکاری آقای دکتر شهریار عالی‌نژاد، سرکار خانم آذر مهربان و همچنین بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش به خاطر همکاری صمیمانه‌شان سپاسگزاریم؛ نیز لازم به ذکر است که این مطالعه برگرفته از رساله دکتری روانشناسی بوده است.

کنترل می‌کند؛ از این رو هر دو مداخله توانایی تنظیم و کنترل عواطف را از جهات مختلف دارند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر آن است که این پژوهش از نوع مقطعی بوده و داده‌ها محدود به مقطع زمانی خاصی هستند و از همین رو باید در تعمیم یافته‌ها احتیاط کرد. همچنین نمونه‌گیری با روش در دسترس (هدفمند) روی جمعیت داوطلب انجام شد که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد، محدودیت جغرافیایی این پژوهش به شهر کرج تعمیم نتایج به سایر مناطق را با مشکل مواجه می‌سازد؛ به علاوه نمونه پژوهش حاضر شامل بیماران زن ۵۰ تا ۳۵ ساله مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری قلب بوده است که تعمیم نتایج آن به سایر گروه‌های سنی و یا سایر بیماران را دشوار می‌سازد؛ در مطالعه حاضر فقط یک مرحله پیگیری ۱/۵ ماهه صورت گرفت، مطالعات آینده می‌توانند دوره پیگیری را گسترش دهند تا اثر بلندمدت مداخلات را بررسی کنند، بنابراین پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌های مشابهی از منظر تطبیقی روی گروه‌های بیماران مختلف در دو جنس با استفاده از مطالعات طولی صورت گیرد، به علاوه از طریق بررسی سایر متغیرهای روان‌شناختی و اجتماعی الگوی

#### منابع

بشارت، محمدعلی. زاهدی تجربی، کمیل؛ و نوربالا، احمدعلی. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. *مجله روان‌شناسی معاصر*. ۸، ۳-۱۶.

آگاه‌هریس، مژگان. رضانی، ناهید. (۱۳۹۷). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و حساسیت‌پذیری به اضطراب در افراد با و بدون پسوریازیس. *فصل‌نامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت*. ۷(۲۸). ۸۲-۶۷.

طهماسبیان، حجت‌اله. خزایی، حبیب‌اله. عارفی، مختار. سعیدی‌پور، مهشید؛ و حسینی، سیدعلی. (۱۳۹۳). *هنجاریابی آزمون مقیاس کنترل عواطف. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)*. ۱۸(۶). ۳۴۹-۳۵۴.

غفاردوست مریم، شالچی بهزاد و بافنده قراملکی حسن. (۱۳۹۵). *تأثیر آموزش تنظیم عاطفه بر عواطف مثبت و منفی زنان مبتلا به اختلال مصرف متامفتامین. مجله پزشکی ارومیه*. ۲۷(۱۰). ۸۸۲-۸۹۲.

فولادچنگ، محبوبه؛ و حسن‌نیا، سمیه. (۱۳۹۴). *اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر شادکامی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار. فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه*. ۶(۱). ۱۰۳-۱۲۰.

موسوی، الهام. علی‌پور، احمد. آگاه‌هریس، مژگان. زارع، حسین. (۱۳۹۳). *تأثیر برنامه جدید لرن (LEARN) در کاهش استرس ادراک شده و نگرانی دانشجویان. فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی سلامت*. ۳(۱۰). ۴۷-۶۳.

نریمانی، محمد. آریاپوران، سعید. ابوالقاسمی، عباس. احدی، بتول. (۱۳۹۱). *اثربخشی روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان بر عاطفه و خلق جانبازان شیمیایی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۱۵(۲). ۱۰۷-۱۱۸.

پوراصغر، نصیبه؛ و زارع، حسین. (۱۳۹۴). *"تجربیات قبلی و عملکرد تکالیف مرتبط با رایانه دانشجویان: نقش خودکارآمدی رایانه، اضطراب رایانه و جنسیت". پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*. ۳(۹). ۶۹-۸۲.

دهش، زهرا. (۱۳۸۸). *تأثیر تلفیقی رفتاری و هیجان‌محور بر کنترل عواطف در نوجوانان دختر شهر کشکوئیه رفسنجان پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت*.

رضایی، موسی. ناجی‌اصفهانی، همایون. مؤمنی قلعه‌قاسمی، طاهره. کریمیان، جهانگیر؛ و ابراهیمی امراله. (۱۳۹۱). *ارتباط سلامت معنوی و ابعاد آن با استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان سینه. مجله دانشکده پزشکی اصفهان*: ۹۲۲-۹۳۱.

شهسواری، سارا. نظری، فریده. کریم‌یار جهرمی، مهدی؛ و صادقی، میترا. (۱۳۹۲). *بررسی اپیدمیولوژیک بیماران قلبی عروقی بستری در بیمارستان‌های جهرم در سال ۱۳۹۱. نشریه پرستاری قلب و عروق*. ۲(۲). ۱۴-۲۱.

صیدی، پگاه. نادری، فرح. عسگری، پرویز. احدی حسن؛ و مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۵). *اثربخشی روش پس‌خوراند زیستی - تن آرامی بر افسردگی، اضطراب و قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع یک. مجله روان‌شناسی بالینی*. ۸(۴). ۷۵-۸۴.

- Afrouzeh M., Sohrabi M., Haghkhal A., Goharrokhi S. & Rowshani, F. (2014). The effects of instructional and motivational Self-Talking on the penalty accuracy of novice handball's players. *International Journal of Sport Studies*, 4(4): 462-466.
- Agee J.D. Danoff-Burg S. & Grant C.A. (2009). Comparing brief stress management courses in a community sample: Mindfulness skills and progressive muscle relaxation. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 5(2) 104-109.
- Aldao, A., Jazaieri, H., Goldin, P.R. and Gross, J.J. (2014). Adaptive and maladaptive emotion regulation strategies: Interactive effects during CBT for social anxiety disorder. *The Journal of anxiety disorders*, 28(4): 382-389.
- Alder, J., Urech, C., Fink, N., Bitzer, J. and Hoesli, I. (2011). Response to induced relaxation during pregnancy: comparison of women with high versus low levels of anxiety. *The Journal of clinical psychology in medical settings*, 18(1): 13-21.
- American Heart Association (AHA). (2013). Increasing cardiopulmonary resuscitation provision in communities with low bystander cardiopulmonary resuscitation rates a science advisory from the American Heart Association for healthcare providers, policymakers, public health departments, and community leaders: published in circulation, 127(12).
- Antoni M.H., Lehman J.M., Kilbourn K.M., Boyers A.E., Culver J.L., Alferi S.M., Yount S.E., McGregor B.A., Arena P.L., Harris S.D. & Price A.A. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *The Journal of Health Psychology*, 20(1): 20-25.
- Beck, J.S. (2016). Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work. New York: Guilford Press.
- Berking M. & Whitley B. (2014). Guidelines for Effective Delivery of

- ART. In Affect Regulation Training (pp. 67-75). Springer New York.
- Besharat M.A., Etemadi Nia M. & Farahani H. (2013). Anger and Major Depressive Disorder: The Mediating Role of Emotion Regulation and Anger Rumination. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(1): 35-41.
- Blanchfield A.W., Hardy J., De Morree H.M., Staiano W., Marcora S.M. (2014). Talking yourself out of exhaustion: the effects of self-talk on endurance performance. *The Journal of Medicine & Science in Sports & Exercise (MSSE)*, 46: 998-1007.
- Boisseau C.L., Farchione T.J., Fairholme C.P., Ellard K.K., & Barlow D.H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment for emotional disorders: A case Study. *The Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 17: 102-113.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A. and Hofmann, S.G. (2014). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *The Journal Of Behaviour research and therapy*, 44(9): 1251-1263.
- Chantira Chiaranai, R.N., Saranya Chularee, R.N., & Sujirat Srithongluang, R.N. (2018). Older people living with chronic illness. *The Journal of Geriatric Nursing*, (in press).
- Chida Y., & Steptoe A. (2009). The Association of Anger and Hostility with future Coronary Heart Disease: a Meta- Analytic Review of Prospective Evidence. *The Journal of the American College of Cardiology*, 53: 936-946.
- Clark D.M. and McManus F. (2002). Information processing in social phobia. *The Journal of Biological psychiatry*, 51(1): 92-100.
- Denollet J., Pedersen S. S., Vrints C.J., & Conraads V.M. (2006). Usefulness of Type D personality in predicting five-year cardiac events above and beyond concurrent symptoms of stress in patients with coronary heart disease. *American Journal of Cardiology*, 97: 970-973.

- Diefendorff J.M., Richard E.M. & Yang J. (2008). Linking emotion regulation strategies to affective events and negative emotions at work. *The Journal of Vocational behavior*, 73(3): 498-508.
- Etemadifar N., BabapourKhairuddin J., & Ahmadi E. (2014) Comparing of cognitive emotion regulation factors in cardiovascular patient (coronary disease and heart failure) with normal peers. *International Journal of Research in Engineering, Social Sciences*, 4(6):103-14.
- Faith M.A., Mayes S., Pratt C.D., & Carter C. (2019). Improvements in Hope and Beliefs about Illness Following a Summer Camp for Youth with Chronic Illnesses. *The Journal of Pediatric Nursing*, 44; 56-62.
- Ghashghaei E.F., Sadeghi M., Marandi S.M., & Ghashghaei, S.E. (2012). Exercise-based cardiac rehabilitation improves hemodynamic responses after coronary artery bypass graft surgery. *ARYA Atherosclerosis*: 7, 151-156.
- Gratz K.L. & Gunderson, J.G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *The Journal of Behavior therapy*, 37 (1):25-35.
- Hallman, D.M., Olsson, E.M., Von Schéele, B., Melin, L. and Lyskov, E. (2011). Effects of heart rate variability biofeedback in subjects with stress-related chronic neck pain: a pilot study. *The Journal of Applied psychophysiology and biofeedback*, 36(2): 71-80.
- Hardy J., Hall C.R., Gibbs C. & Greenslade C. (2005). Self-talk and gross motor skill performance: An experimental approach. *The Journal of Athletic insight*, 7 (2):1-13.
- Hatzigeorgiadis A., & Galanis E. (2017). Self-talk effectiveness and attention. *The Journal of Current Opinion in Psychology*, 16:138-142.
- Honarmand N., Fahimi M., Jamalomodi N., Izanloo M., & Goodarzi P. (2015). Comparison of cognitive



- emotion regulation strategies among coronary artery patients and healthy controls. *The Journal of Social Issues and Humanities*, 3(2):125-8.
- Kortte K.B., Gilbert M., Gorman P., Wegener S.T. (2010). Positive Psychological Variables in the Prediction of Life Satisfaction after Spinal Cord Injury. *The Journal of Rehabilitation Psychology*, 55(1): 40-7.
- Kozulin A. (2012). Thought and language. London: MIT Press Cambridge.
- Kring A.M., & Sloan D.M. (2010). Emotion regulation in psychopathology: A trans diagnostic approach to etiology and treatment. New York: Guilford.
- Kross E., Senecal E., Park J., Burson A., Dougherty A., Moser J., Shablack H., Bremner R. & Ayduk O. (2014). Self-Talk as a Regulatory Mechanism: How You do it matters. *The Journal of personality and social psychology*, 106 (2): 304-324.
- Kupper N., Denollet J., Widdershoven J., & Kop W. J. (2013). Type D personality is associated with low cardiovascular reactivity to acute mental stress in heart failure patients, *International Journal of Psychophysiology*, In Press, Corrected Proof, Available online 26 January.
- Kupper N., Pedersen S.S., Höfer S., Saner H., Oldridge N., & Denollet J. (2013). Cross-cultural analysis of Type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: A study from the International HeartQoL Project. *International Journal of Cardiology*, 166: 327-333.
- Leahy R.L, Tirch D., Napolitano L.A. (2011). Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. 2nd ed: Guilford Press.
- Levy-Gigi E. & Shamay-Tsoory. S.G. (2017). Help me if you can: Evaluating the effectiveness of interpersonal compared to intrapersonal emotion regulation in reducing distress. *The Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55: 33-40.

- Lilly L.S. (۲۰۱۵). Braunwald's heart disease review and assessment. Elsevier Health Sciences.
- Lund N. (2003). Language and thought. London and New York: Routledge.
- Miles, A., and Neil, R. (2013). The use of self-talk during elite cricket batting performance. *Journal of Psychology Sport Exercises*, 14: 874-881.
- Minichiello V.J. (2018). Relaxation Techniques. Chapter 94. Integrative Medicine (Fourth Edition): 909-913.
- Nelis D., Quoidbach J., Hansenne M., & Mikolajczak M. (2011). Measuring individual differences in emotion regulation: the emotion regulation profile-revised (ERP-R). *The Journal of Psychological Belgica*, 51(1): 49-91.
- Otto, B., Misra, S., Prasad, A. and McRae, K. (2014). Functional overlap of top-down emotion regulation and generation: An fMRI study identifying common neural substrates between cognitive reappraisal and cognitively generated emotions. *The Journal Of Cognitive Affective & Behavioral Neuroscience*, 14(3): 923-938.
- Raikkonen K. (2009). Psychological aspects of cardiovascular disease. *International journal of behavioural medicine*, 16(3): 195-6.
- Ratanasiripong, P., Sverduk, K., Prince, J. and Hayashino, D. (2012). Biofeedback and counseling for stress and anxiety among college students. *The Journal of College Student Development*, 53(5): 742-749.
- Rózsa S. (2009). Psychology of the everyday somatic symptoms and the methodological aspects of its measurement. [In Hungarian] Ph.D. dissertation, Eötvös Loránd University, Budapest, Hungary.
- Sadigh M.R. (2001). Autogenic Training A mind-body approach to the treatment of fibromyalgia and chronic pain syndrome. the haworth medical press; An imprint of the haworth press, Inc. New York, London, Oxford.

- Sanders, G. (2011). Sex differences in coincidence-anticipation timing (CAT): a review. *The Journal Of Perceptual and motor skills*, 112(1): 61-90.
- Saran R.K., Puri A. & Agarwal M. (2012). Depression and the heart. *Indian Heart Journal*, 64: 397-401.
- Saxena, P., Dubey, A. and Pandey, R. (2011). Role of emotion regulation difficulties in predicting mental health and well-being. OFFICE BEARERS: 91, p.147.
- Seo E., Hong E., Choi J., Kim Y., Brandt C., & Im S. (2018). Effectiveness of autogenic training on headache: A systematic review. *The Journal of Complementary Therapies in Medicine*, 39: 62-67.
- Sloan D.M. & Kring A.M. (2007). Measuring changes in emotion during psychotherapy: Conceptual and methodological issues. *clinical psychology science and practice*, 14(4): 307-22.
- Spencer L. (2015). Flotation: a guide for sensory deprivation, relaxation, & isolation tank: Paperback: May 29, 2015.
- Steptoe A. O'Donnell K. Marmot M. Wardle J. (2008). Positive Affect and Psychosocial Processes Related to Health. *British Journal of Psychology*, 99: 211-27.
- Tatrow K. & Montgomery, G.H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *The Journal of behavioral medicine*, 29 (1):17-27.
- Taylor, S.E. (2011). Health psychology (8th ed.). New York: McGraw Hill.
- Teaster F.J. (2004). Positive Self-Talk statements as a self-esteem building technique among female survivors of abuse. electronic thesis and dissertations; East Tennessee State University.
- Theodorakis Y., Weinberg, R., Natsis, P., Douma, I. & Kazakas, P. (2000). The effects of motivational versus instructional self-talk on improving motor performance. *The Journal of sport psychologist*, 14(3):253-271.
- Tod D., Hardy J., & Oliver E. (2011)

- Effects of self-talk: a systematic review. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 33: 666-687.
- Van Raalte L., Vincent A., & Brewer Britton W. (2016). Self-talk: Review and sportspecific model. *The Journal of Psychology of Sport and Exercise*, 22: 139-148.
- Weinberg, R., Miller, A. and Horn, T. (2012). The influence of a self-talk intervention on collegiate cross-country runners. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10(2): 123-134.
- Williams K.E., Chambless D.L., Ahrens A. (1997). Are emotions frightening? An extension of the fear of fear construct. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 35 (3): 239-48.
- Williams L., O'Connor R., Grubb N., & O'Carroll R. (2012). Type D personality and three-month psychosocial outcomes among patients post-myocardial infarction. *The Journal of Psychosomatic Research*, 72: 442-426.
- Zinsser N., Bunker L., & Williams J.M. (2010). Cognitive techniques for building confidence and enhancing performance. In J.M. Williams (Ed.), *Applied sport psychology: Personal growth to peak performance* (6th ed., pp. 305-335). Boston, MA: McGraw Hill.
- Zourbanos N., Hatzigeorgiadis, A., Bardas, D. and Theodorakis, Y., (2013). The effects of self-talk on dominant and nondominant arm performance on a handball task in primary physical education students. *The Journal of Sport Psychologist*, 27(2):171-176.