

## Research Paper

# The Effectiveness of Emotion Regulation Skill Training Based on Dialectical Behavioral Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Quality of Life of Patients With Cardiovascular Diseases



Seyed Vali Kazemi Rezaei<sup>1</sup> , \*keyvan Kakabraee<sup>1</sup> , Saeedeh Sadat Hosseini<sup>1</sup> 

1. Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.



**Citation:** Kazemi Rezaei SV, Kakabraee K, Hosseini SS. [Effectiveness of Teaching Emotion Regulation Skill Based on Dialectical Behavioral Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Quality of Life of the Patients With Cardiovascular Diseases(Persian)]. Journal of Arak University of Medical Sciences(JAMS). 2019; 22(4):98-111. <https://doi.org/10.32598/JAMS.22.4.98>

 <https://doi.org/10.32598/JAMS.22.4.98>



### Article Info:

Received: 24 Apr 2019

Accepted: 22 May 2019

Available Online: 01 Oct 2019

### Key words:

Emotion regulation, Dialectical behavioral therapy, Cognitive emotional regulation, Quality of Life (QoL), Cardiovascular diseases

## ABSTRACT

**Background and Aim** Psychological factors play a significant role in the exacerbation of cardiovascular diseases. This study aimed to investigate the effectiveness of teaching emotion regulation skill (based on dialectical behavioral therapy) on cognitive emotion regulation and Quality of Life (QoL) of patients with cardiovascular diseases.

**Methods and Materials** The present study has a quasi-experimental design with pretest-posttest and the control group. The statistical population of the study included all patients with cardiovascular diseases in Kermanshah City, Iran in 2018. Among them, 30 participants were selected by simple random sampling method. Then, they were randomly assigned to the two groups of experimental and control (each group 15 patients). We performed the intervention of excited ordering education based on dialectical behavioral therapy for the experimental group in eight 90-minute sessions, while the control group did not receive any intervention during this period. To collect study information, we used a short form of the emotional cognitive regulation questionnaire and MacNew Quality of Life Questionnaire. To analyze the data, we used the multivariate analysis of covariance in SPSS V. 20.

**Ethical Considerations** The Research Ethics Committee of Kermanshah University of Medical Sciences approved this study (Code: IR.KUMS.REC.1397.39).

**Results** The results showed that the scores of Positive Cognitive-Emotional Strategies and quality of life of cardiovascular patients after training of emotional regulation skills based on dialectical behavioral therapy in experimental group significantly increased in comparison with control group, and also Negative Strategies Scores were decreased ( $P < 0.01$ ).

**Conclusion** Based on our positive study results, we recommend the therapists to use psychological treatments as complementary therapies for these patients.

## Extended Abstract

# B

### 1. Introduction

Because of social and industrial changes, the patterns of many diseases have changed. Today, chronic illnesses, includ-

ing cardiovascular ones, have become the most important health and psychological problems in societies. Cardiovascular specialists have often referred to biological agents as causing heart diseases, but it has recently been found that psychological factors are both contributing to and exacerbating heart diseases [3].

### \* Corresponding Author:

keyvan Kakabraee, PhD.

Address: Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

Tel: +98 (83) 37243196

E-mail: kakabraee@gmail.com

Cognitive emotion regulation strategies are among the factors that can affect heart diseases. Dialectical behavior therapy is an innovation in psychological treatment. It is one of the critical skills acquired in this type of emotion regulation therapy [12].

The main question of this study is whether emotion regulation training based on dialectical behavior therapy can affect cognitive emotion regulation and quality of life in patients with cardiac problems.

## 2. Materials and Methods

This study is quasi-experimental research with a pretest-posttest and control group. The statistical population consisted of all cardiac patients referring to Imam Ali Cardiovascular Hospital in Kermanshah City, Iran, in 1977. The study was performed on 30 heart patients who were randomly divided into experiment and control groups. Initially, both groups completed McNeedy's Cognitive Emotion Regulation and quality of life questionnaires as a pretest. The experimental group was then trained in emotion regulation skills based on dialectical behavior therapy, but

**Table 1.** Descriptive statistics on cognitive emotion regulation strategies and quality of life

Variable	Time	Group	NO.	Mean±SD	Skewness	Kurtosis	Shapiro-Wilks	Level Of Significance
Positive emotion regulation strategies	Post-test	Experiment	15	28.07±3.65	0.009	1.704	0.944	0.439
		Control	15	27.47±4.62	-1.111	1.556	0.908	0.128
	Pre-test	Experiment	15	37.20± 3.23	0.743	0.041	0.912	0.146
		Control	15	26.60± 3.33	0.684	0.786	0.946	0.469
Negative emotion regulation strategies	Post-test	Experiment	15	21.53±50.3	0.244	-0.706	0.975	0.922
		Control	15	87.21±25.3	-0.166	0.529	0.987	0.997
	Pre-test	Experiment	15	93.13±40.2	0.304	-1.334	0.913	0.152
		Control	15	40.21±12.4	0.561	0.074	0.946	0.469
Emotional performance	Post-test	Experiment	15	73.39±6.09	0.264	-0.382	0.962	0.734
		Control	15	93.38±14.6	0.007	-1.050	0.950	0.531
	Pre-test	Experiment	15	87.49±25.8	0.186	-0.453	0.974	0.914
		Control	15	33.38±74.5	-0.811	0.852	0.927	0.243
Physical function	Post-test	Experiment	15	33.39±76.4	0.535	0.276	0.966	0.788
		Control	15	40.53± 5.1	-0.376	-1.252	0.924	0.219
	Pre-test	Experiment	15	87.47±28.5	1.066	387	0.792	0.003
		Control	15	80.39±63.6	-0.708	0.226	0.926	0.235
Social function	Post-test	Experiment	15	13.35±72.4	0.318	0.000	0.957	0.636
		Control	15	93.35±98.4	-0.131	0.336	0.950	0.518
	Pretest	Experiment	15	67.44±70.4	0.828	-0.064	0.902	0.103
		control	15	73.36±63.3	-0.072	-1.274	0.933	0.302
Quality of life	Post-test	Experiment	15	20.114±84.10	-0.746	0.224	0.951	0.535
		Control	15	40.115±70.13	-0.264	-0.407	0.977	
	Pre-test	Experiment	15	67.142±74.13	-0.721	0.280	0.938	
		Control	15	87.114±08.11	-0.293	-0.512		

the control group remained on the waiting list. After treatment sessions, both groups responded to the questionnaires again. To analyze the data obtained from the research questionnaires, we calculated central tendency and dispersion indices and performed multivariate analysis of covariance.

### 3. Results

Table 1 presents descriptive statistics on cognitive emotion regulation strategies and quality of life in the pretest-posttest of experimental and control groups.

In the positive emotion regulation strategies, the results showed a significant difference between the total scores of the subjects in the posttest of positive emotion regulation strategies. Concerning the quality of life, in the emotional performance variable, the results of the interpersonal impact test showed a significant difference between the total scores of the subjects in the posttest.

The mean score of positive and negative strategies of emotion regulation and quality of life in the experiment group was significantly different from the mean score of the control group ( $P < 0.01$ ). Therefore, training of emotion regulation skills based on dialectical behavior therapy had a significant effect on positive and negative strategies of emotion regulation and quality of life of the experiment group.

### 4. Discussion

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of emotion regulation training based on dialectical behavior therapy on cognitive emotion regulation and quality of life in patients with cardiovascular diseases. The results of the present study showed that dialectical behavioral emotion regulation intervention was effective in increasing the use of positive strategies and decreasing the use of negative strategies on the quality of life of these patients.

According to the findings, psychological factors such as biophysical ones are of particular importance and should be considered in the treatment of cardiovascular diseases. On the other hand, emotion regulation training, helps individuals manage their conflicting emotions by making them aware of feeling and how to properly use of cognitive emotion regulation strategies. It also provides the basis for how emotions can be managed appropriately to improve people's quality of life.

The limitation of our study was its low sample size that has led to caution in generalizing its results to society. The use of self-assessment and self-report questionnaires can also be another limitation of the study. Therefore, further

research with larger sample size and using other forms of data collection, such as interviewing is recommended to obtain more accurate information. It is recommended to investigate the effect of this treatment on other chronic diseases to achieve more extensive results. It is also suggested that this treatment be used as a complement to drug therapy in cardiac patients.

### Ethical Considerations

#### Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Research Ethics Committee of Kermanshah University of Medical Sciences (Code: IR.KUMS.REC.1397.39).

#### Funding

The present paper was extracted from a PhD. thesis of the first author, Seyed Vali Kazemi Rezaei, approved by the Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Kermanshah Branch, Islamic Azad University.

#### Authors' contributions

All authors met the writing standards based on the recommendations of the [International Committee of Medical Journal Publishers \(ICMJE\)](#).

#### Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

#### Acknowledgements

The authors would like to thank the officials and staff of Imam Ali Cardiovascular Hospital in Kermanshah and all participants in this study for their valuable cooperation.

## اثربخشی آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران قلبی و عروقی

سید ولی کاظمی رضایی<sup>۱</sup>، کیوان کاکابرای<sup>۱</sup>، سعیده السادات حسینی<sup>۱</sup>

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** عوامل روان‌شناختی نقش زیادی به‌عنوان سبب‌ساز و تشدیدکننده بیماری‌های قلبی و عروقی دارند. هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی در بیماران قلبی و عروقی بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع طرح‌های نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل همه بیماران قلبی و عروقی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بودند که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به عنوان شرکت‌کننده به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). مداخله آموزش نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی برای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد، در حالی که گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری اطلاعات از فرم کوتاه پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان و پرسش‌نامه کیفیت زندگی مک‌نیو استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

**ملاحظات اخلاقی:** این مطالعه با کد اخلاق R.KUMS.REC.1397.39 در کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به تصویب رسیده است.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که نمرات راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران قلبی و عروقی پس از آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی در گروه آزمایش، نسبت به گروه گواه به طور معناداری افزایش و همچنین نمرات راهبردهای منفی کاهش یافته است ( $P < 0.01$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیر آموزش نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران قلبی و عروقی، به درمانگران پیشنهاد می‌شود از درمان‌های روان‌شناختی در جایگاه مکمل درمان‌های دارویی برای این بیماران استفاده کنند.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۰۴ اردیبهشت ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۰۸ خرداد ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۳۹۸

### کلیدواژه‌ها:

نظم‌جویی هیجان، رفتاردرمانی دیالکتیکی، تنظیم شناختی هیجان، کیفیت زندگی، بیماران قلبی و عروقی

### مقدمه

گذشته‌نچندان دور، بین ۴۰-۲۰ درصد افزایش داشته است [۱]. معمولاً متخصصان قلب و عروق، در بررسی بیماری‌های قلبی مزمن نظیر بیماری‌های قلبی، علل و عوامل زیستی را عامل سبب‌ساز مطرح می‌کنند، اما اخیراً در تحقیقات متعدد نشان داده شده است که این عوامل جسمانی، به‌تنهایی نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز بیماری ندارند و حداکثر ۵۰ درصد از بروز این بیماری را پیش‌بینی می‌کنند و به‌تنهایی قادر به تبیین بروز و نیز تداوم این بیماری‌ها نیستند. پیشرفت‌های نوین پزشکی و رفتاری، توجه متخصصان روان‌شناسی سلامت را به نقش کلیدی عوامل غیرزیستی در بیماری‌های قلبی معطوف کرده است و پژوهش درباره این بیماری‌ها مدتی است متوجه عوامل روان‌شناختی و عوامل روانی اجتماعی شده است [۲]. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند عوامل روان‌شناختی هم در زمینه‌سازی ابتلا به بیماری

امروزه با تغییرات اجتماعی و صنعتی، الگوی ابتلا به بیماری‌ها تغییر کرده است و در نتیجه بیماری‌های مزمن، به‌وجودآورنده مهم‌ترین مشکلات سلامتی و روان‌شناختی جوامع محسوب می‌شوند و منبع عمده تنیدگی، تلقی می‌شوند و هزینه‌های اقتصادی زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کنند. این بیماری‌ها انواع متعددی دارند. یکی از مهم‌ترین آن‌ها، بیماری‌های قلبی و عروقی است. اگرچه تاکنون در ایران آمار دقیقی از میزان شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی گزارش نشده است، بر پایه برخی اطلاعات در دسترس، حدود ۴۰ درصد مرگ‌ومیرها در ایران به گونه‌ای با بیماری‌های قلبی و عروقی ارتباط دارند و گفته می‌شود شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی طی سال‌های اخیر نسبت به

\* نویسنده مسئول:

دکتر کیوان کاکابرای

نشانی: کرمانشاه، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روان‌شناسی.

تلفن: ۳۷۲۴۳۱۹۶ (۸۳) ۹۸+

پست الکترونیکی: kakabraee@gmail.com



هیجانی ناسازگار استفاده می‌کند، هنگام روبه‌رو شدن با تجربه‌های مشکل‌زا، نمی‌تواند رفتارهایش را طوری تنظیم کند که بتواند به اهدافش در محیط برسد. به باور گارنفسکی و همکاران افراد در مواجهه با تجارب و موقعیت‌های استرس‌زا برای حفظ سلامت روانی و هیجانی خود از راهکارهای شناختی متنوعی استفاده می‌کنند [۶]. از این رو وقتی اطلاعات هیجانی نتوانند در فرایند پردازش شناختی، ادراک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار آشفتگی و درماندگی می‌شود و این ناتوانی، سازماندهی عواطف و شناخت‌های فرد را مختل می‌سازد.

در بیماری‌های قلبی و عروقی، هیجان و یا سرکوب هیجان از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر هستند که می‌توانند در بروز یا تشدید بیماری سهم داشته باشند [۷]. گارنفسکی و کرایچ در پژوهشی با عنوان «رابطه بین راهبردهای شناختی هیجان و نشانه‌های افسردگی» نشان دادند افرادی که از سبک‌های شناختی ضعیف مانند نشخوارگری، فاجعه‌سازی و ملامت خویش استفاده می‌کنند، بیش از سایر افراد در برابر مشکلات هیجانی و اضطرابی آسیب‌پذیرند که این مسئله ممکن است بر کیفیت زندگی این افراد تأثیر منفی بگذارد [۸].

در سال‌های اخیر، در پژوهش‌های پزشکی، کیفیت زندگی به عنوان شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم‌گیری و قضاوت درباره سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد، به‌خصوص بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، مطرح شده است [۹].

طبق معیارهای جهانی، سلامتی فقط جنبه‌های جسمانی را در بر نمی‌گیرد، به گونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را حالتی تعریف کرده است که در آن، فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او نشانه‌ای از بیماری و رنجوری مشاهده نمی‌شود. با توجه به تعریف سلامتی، سازمان جهانی بهداشت مبنی بر ابعاد وسیع آن به شکل رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری، لازم است علاوه بر شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری در اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز توجه شود. بنابراین، در ارزیابی سلامتی نباید صرفاً به شاخص‌های سنتی سلامتی، یعنی نرخ مرگ‌ومیر و میزان ابتلا به بیماری، توجه کرد؛ بلکه باید به ادراکی که افراد از کیفیت زندگی‌شان دارند نیز توجه کرد [۱۰]. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را پندار فرد از وضعیت زندگی خود و توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافت با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مدنظر او تعریف می‌کند.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میان سلامت و کیفیت زندگی رابطه‌ای متقابل و دوسویه وجود دارد. کیفیت زندگی نامطلوب با تشدید وخامت بیماری، بقای کمتر، افزایش تعداد روزهای بستری

قلبی و هم در تشدید آن نقش دارند [۲]. ویژگی اصلی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر بیماری‌های قلبی، وجود یک یا چند عامل مهم بالینی روان‌شناختی یا رفتاری است که به شکلی زیان‌آور با افزایش خطر رنج و ناراحتی، مرگ یا ناتوانی بر بیماری طبی اثر بگذارند. این عوامل می‌توانند به شکلی زیان‌آور با تأثیر بر سیر بیماری یا درمان، با ایجاد عامل خطر اضافی برای سلامتی یا با تأثیر بر پاتوفیزیولوژی زمینه‌ای، سبب تسریع یا تشدید علائم یا لزوم توجه طبی شوند [۴].

از جمله عواملی که در بیماری‌های قلبی می‌تواند نقش داشته باشد، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است. یکی از ویژگی‌های جالب توجه انسان‌ها، توانایی آن‌ها برای تنظیم و تعدیل هیجان‌های خود در ارتباط با نیازهای موقعیتی خاص است و این احتمال وجود دارد که این توانایی ناشی از سازگاری طبیعی آن‌ها باشد. وقتی درباره هیجان صحبت می‌شود، نباید گفت انسان موجودی است که فقط هیجان‌ها را تجربه می‌کند، بلکه آن‌ها را بازبینی، تنظیم و گاهی حتی با آن‌ها مبارزه می‌کند و این آن چیزی است که مبانی نظری تنظیم هیجانی را تشکیل می‌دهد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد مختلف برای تنظیم فرایندهای مختلف هیجانی از راهبردهای متفاوتی بهره می‌برند. یکی از متداول‌ترین راهبردهای تنظیم هیجان، استفاده از راهبردهای شناختی است. مفهوم نظم‌جویی شناختی هیجان، به روش شناختی مدیریت اطلاعات برانگیزاننده هیجانی و بخش شناختی مقابله اشاره می‌کند و تنظیم هیجان از طریق افکار و شناخت‌ها، ارتباطی اجتناب‌ناپذیر با زندگی انسانی دارد. به دیگر سخن، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا رخداد آسیب‌زا گفته می‌شود. چگونگی ارزیابی سیستم شناختی فرد در مواجهه با حوادث منفی اهمیت فراوانی دارد و سلامت روانی افراد حاصل تعامل راهبردهای نظم‌جویی شناختی تجارب هیجانی و ارزیابی درست از موقعیت‌های تنش‌زاست [۵].

گارنفسکی و همکاران نه راهبرد شناختی را که افراد گوناگون برای تنظیم هیجان‌هایشان از آن بهره می‌برند، معرفی می‌کنند. آن‌ها بین این نه راهبرد تنظیم شناختی تمایز قائل شده‌اند که پنج راهبرد سازگارانه (شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌پذیری) و چهار راهبرد ناسازگارانه (شامل سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری و سرزنش دیگران) هستند [۶].

همانند هر رفتاری، تنظیم هیجانی سازگار، به فرد اجازه می‌دهد که کارکرد او در محیط موفقیت‌آمیز باشد و هنگام مواجه شدن با تجربه هیجانی مشکل‌زا، بتواند رفتارهای متناسب با هدفش را به کار گیرد. تنظیم هیجانی سازگار، نیازمند مهارت‌هایی از جمله آگاهی و پذیرش هیجانی است. در مقابل کسی که از تنظیم



## مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر با توجه به روش جمع‌آوری داده‌ها، از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان قلب و عروق امام علی (ع) شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بودند. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است [۱۳] و از آنجا که در این پژوهش یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل وجود دارد، نمونه آماری شامل ۳۰ بیمار قلبی است که به صورت دردسترس از جامعه مدنظر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

در این تحقیق محدودیتی از نظر نوع بیماری قلبی وجود نداشت و معیارهای ورود به پژوهش شامل موارد زیر بود: کسب رضایت آگاهانه برای ورود به پژوهش، تشخیص قطعی بیماری قلبی توسط متخصص قلب، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال، مبتلانی بودن به بیماری جسمی همزمان، داشتن تحصیلات حداقل خواندن و نوشتن و شرکت نکردن در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان. همچنین معیارهای خروج عبارت بودند از: وجود اختلال و ویژگی‌های روان‌پزشکی شدید، وجود شواهدی مبنی بر استفاده از داروهای روان‌گردان و اعتیاد به مواد مخدر، دریافت درمان‌های روان‌شناختی در شش ماه گذشته، غیبت بیش از دو جلسه و همکاری نکردن در جلسات درمانی.

و کاهش فعالیت‌های عملکردی بیماران قلبی همراه است. از سوی دیگر، مطالعات صورت‌گرفته درباره کیفیت زندگی وابسته به سلامت نشان می‌دهند که بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی، تأثیرات نامطلوب بسیاری بر عملکرد جسمانی، روانی و اجتماعی بیماران دارد [۱۱].

یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی که هم به مهارت‌آموزی و هم مهارت‌های نظم‌جویی هیجان توجه خاصی دارد، رفتار درمانی دیالکتیک است. رفتار درمانی دیالکتیکی نوع خاصی از روان‌درمانی شناختی-رفتاری است که مارشا لینهان آن را مطرح کرد. یکی از مهارت‌های مهم رفتار درمانی دیالکتیکی نظم‌جویی هیجان است [۱۲]. تنظیم هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که برای تغییر یا تعدیل حالت‌های هیجانی به کار می‌رود و شکل خاصی از خودتنظیمی است. به طور کلی نظم‌جویی هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنشوری موفق است و نقش مهمی در سازگاری با وقایع تنیدگی‌زای زندگی ایفا می‌کند [۵].

سلطانی شال و همکاران در پژوهش خود با عنوان «اثربخشی الگوی روان‌درمانی ویژه بیماران قلبی بر کیفیت زندگی آن‌ها» به این نتیجه رسیدند که این درمان در بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی مؤثر بوده است [۱۰]. با توجه به تمام این مطالب سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی، بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی تأثیر دارد؟

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی مهارت‌های نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک

جلسات	محتوای جلسات
جلسه توجیهی	توضیح قوانین گروه برای شرکت‌کنندگان، برقراری ارتباط مناسب با اعضای گروه، ارائه برنامه جلسات و زمان‌بندی آن‌ها، اشتراک اهداف جلسات آموزشی با تمام اعضای گروه و اجرای آزمون‌ها به عنوان پیش‌آزمون
جلسه اول	آموزش شناسایی و آشنایی با هیجان‌ها و عملکرد آن‌ها در زندگی، ثبت هیجانی با صدای بلند، آموزش غلبه بر موانع هیجان‌های سالم، انواع هیجان‌ها (اولیه و ثانویه)
جلسه دوم	آموزش مهارت‌های رفتار درمانی شناختی (تشویق، پاداش رفتار، تکرار عمل)، آموزش و تمرین کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفته‌ساز، شناسایی رفتارهای خود آسیب‌رسان
جلسه سوم	مشاهده خویشتن بدون قضاوت درباره خویشتن، کاهش آسیب‌پذیری شناختی، تمرین ناهمجوشی فکر و هیجان، آشنایی با هیجان‌هایی که منجر به انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز می‌شوند
جلسه چهارم	شناسایی و تشخیص هیجان‌ها و برچسب‌زدن به آن‌ها، تعادل بین افکار و احساسات، روش کارکرد هیجان‌ها در زندگی روزمره، آموزش و تمرین فرم ثبت شواهد برای همه‌جانبه‌نگری، تمرین برنامه‌ریزی برای تجارب لذت‌بخش، ثبت فعالیت‌های لذت‌بخش
جلسه پنجم	تمرین ذهن‌آگاهی به هیجان‌ها بدون قضاوت درباره هیجان‌ها، تمرکز روی هیجان‌های کنونی و گذشته، توجه به احساسات بدنی مربوط به هیجان‌ها، نام‌گذاری هیجان‌ها
جلسه ششم	تصویرسازی ذهنی، مشاهده هیجان‌های تجربه‌شده، صحبت با خود درباره احساس‌ها، مشاهده قضاوت‌های تجربه‌شده، تنفس هوشیارانه، رویارویی با هیجان‌ها، تمرین ثبت هیجان
جلسه هفتم	تمرین رویارویی با هیجان‌ها، آموزش عمل کردن برخلاف امیال شدید هیجانی، تمرین برنامه‌ریزی عمل متضاد
جلسه هشتم	آموزش مهارت حل مسئله، تمرین استفاده از برگه تنظیمگر هفتگی برای کاهش آسیب‌پذیری، مشاهده و پذیرش هیجان‌ها و گرفتن پس‌آزمون





کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده است [۱۶]. در مطالعه اسدی لاری و همکاران پایایی پرسش‌نامه مک نیو در جمعیت ایرانی از طریق آلفای کرونباخ در بعد هیجانی ۰/۹۲، در بعد جسمانی ۰/۹۲، در بعد اجتماعی ۰/۹۵ و برای نمره کل آن ۰/۹۵ به دست آمد [۱۷]. در این پژوهش ضریب آلفای کل ۰/۹۱ محاسبه شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌های پژوهش در سطح توصیفی، از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. قبل از تحلیل آماری داده‌ها، لازم است مفروضه‌های آن بررسی شود. برای بررسی این مفروضه‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup> و لوین<sup>۲</sup> برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها و همگنی واریانس‌ها استفاده شد و با رعایت این مفروضه‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی نمونه پژوهش در گروه آزمایش ۴۰/۶۷±۴/۹۷ و در گروه کنترل ۴۱/۶۸±۶/۶۳ بود. در گروه آزمایش ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) زن و ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) مرد و در گروه کنترل ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) زن و ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) مرد بودند، همچنین در گروه آزمایش ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) مجرد و ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) متأهل و در گروه کنترل ۶ نفر (۴۰ درصد) مجرد و ۹ نفر (۶۰ درصد) متأهل بودند. از نظر تحصیلات در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰ درصد) ابتدایی، ۳ نفر (۲۰ درصد) سیکل، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دیپلم و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) دانشگاهی بودند، در گروه کنترل ۳ نفر (۲۰ درصد) ابتدایی، ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) سیکل، ۳ نفر (۲۰ درصد) دیپلم و ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) دانشگاهی بودند. در جدول شماره ۲ آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود کجی و کشیدگی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه، به جز پس‌آزمون عملکرد جسمانی در گروه آزمایش، بین ۲- تا ۲+ است. آزمون شاپیرو ویلک نیز نشان می‌دهد نتایج در همه گروه‌ها به جز پس‌آزمون عملکرد جسمانی در گروه آزمایش، نرمال است. از آنجا که تعداد آزمودنی‌ها در هر دو گروه یکسان است، می‌توان این تخطی از توزیع نرمال را نادیده گرفت و آزمون‌های پارامتریک را انجام داد [۱۸]. در متغیر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی و تمام مؤلفه‌های آن، سطح معنی‌داری آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها، معنی‌دار نشده است ( $P > 0.05$ )؛ بنابراین فرض همگنی واریانس خطاها به‌عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، تأیید می‌شود. در تمام مؤلفه‌ها

قبل از اجرای پژوهش، ماهیت و هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست‌آمده از آن‌ها محرمانه می‌ماند و نتایج پژوهش بدون ذکر نام و نشان آن‌ها منتشر خواهد شد و هر زمان که بخواهند، می‌توانند از پژوهش خارج شوند. پس از رضایت‌نامه کتبی، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند: گروه آزمایش و گروه کنترل که در دو بیمارستان مختلف بودند و با هم هیچ ارتباطی نداشتند. سپس هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون پرسش‌نامه‌ها را ظرف ۱۵ دقیقه پر کردند.

در مرحله بعد از اجرای پیش‌آزمون، یک دانشجوی دکترای روان‌شناسی به صورت یک جلسه در هفته، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در بیمارستان، مهارت‌های نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی را به گروه آزمایش، آموزش داد و گروه کنترل در لیست انتظار ماند. بعد از اتمام جلسات درمانی دوباره دو گروه آزمایش و کنترل بلافاصله به مقیاس‌های پژوهش پاسخ دادند. خلاصه جلسات درمانی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

برای جمع‌آوری اطلاعات از فرم کوتاه پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی مک نیو استفاده شد. نسخه اصلی این پرسش‌نامه مقیاسی چندبعدی راگارفنسکی و همکاران برای ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخدادها، تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی تهیه کرده‌اند [۶]. این پرسش‌نامه دارای ۱۸ خرده مقیاس است. پنج خرده مقیاس آن، سبک‌های تنظیم هیجان شناختی سازگار و چهار خرده مقیاس دیگر سبک‌های تنظیم هیجان شناختی ناسازگار هستند. حسنی نسخه کوتاه‌تر این پرسش‌نامه را در ۱۸ سؤال تنظیم کرده است [۱۴].

در فرم کوتاه نسخه فارسی پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان، هر یک از خرده مقیاس‌ها دو ماده دارند که بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نتایج پژوهش او نشان می‌دهد فرم کوتاه فارسی اعتبار و روایی مناسبی دارد. همچنین در مقایسه با فرم بلند فارسی از نظر ساختار عاملی و روایی همزمان مطلوب‌تر است [۱۴]. ضمن تأیید روایی سازه ابزار، پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است [۶]. در این پژوهش ضریب آلفای کل ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی مک نیو یک ابزار ارزشمند برای سنجش و ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران قلبی و عروقی است. این پرسش‌نامه را الدرید و لیم ساخته‌اند و ۲۷ سؤال با درجه‌بندی لیکرت دارد و در سه خرده مقیاس عملکرد هیجانی، عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی، کیفیت زندگی بیماران قلبی را ارزیابی می‌کند. اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه نسبت به سایر ابزارهای سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت قابل قبول است [۱۵]. جعفری این پرسش‌نامه را برای بیماران قلبی و عروقی هنجاریابی کرده و پایایی آن را بر اساس ضریب آلفای

1. Shapiro-Wilk  
2. Levene

جدول ۲. آماره‌های توصیفی مربوط به راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی

متغیر	زمان	گروه	تعداد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	کجی	کشیدگی	شاپیرو ویلیک	سطح معنی داری
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۲۸/۰۷ $\pm$ ۳/۶۵	۰/۰۰۹	۱/۷۰۴	۰/۹۳۴	۰/۴۳۹
		کنترل	۱۵	۲۷/۴۷ $\pm$ ۴/۲۶	-۱/۱۱۱	۱/۵۵۶	۰/۹۰۸	۰/۱۲۸
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۳۷/۲۰ $\pm$ ۳/۲۳	۰/۷۴۳	۰/۰۴۱	۰/۹۱۲	۰/۱۴۶
		کنترل	۱۵	۲۶/۶۰ $\pm$ ۳/۳۳	۰/۶۸۴	۰/۷۸۶	۰/۹۴۶	۰/۴۶۹
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۲۱/۵۲ $\pm$ ۳/۵۰	۰/۲۴۴	-۰/۷۰۶	۰/۹۷۵	۰/۹۲۲
		کنترل	۱۵	۲۱/۸۷ $\pm$ ۳/۲۵	-۰/۱۶۶	۰/۵۲۹	۰/۹۸۷	۰/۹۹۷
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۱۳/۹۲ $\pm$ ۲/۴۰	۰/۳۰۴	-۱/۳۳۴	۰/۹۱۳	۰/۱۵۲
		کنترل	۱۵	۲۱/۴۰ $\pm$ ۴/۱۲	۰/۵۶۱	۰/۰۷۴	۰/۹۴۶	۰/۴۶۹
عملکرد هیجانی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۳۹/۷۳ $\pm$ ۶/۰۹	۰/۲۶۴	-۰/۳۸۲	۰/۹۶۲	۰/۷۳۴
		کنترل	۱۵	۳۸/۹۲ $\pm$ ۶/۱۴	۰/۰۰۷	-۱/۰۵۰	۰/۹۵۰	۰/۵۳۱
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۴۹/۸۷ $\pm$ ۸/۲۵	۰/۱۸۶	-۰/۴۵۳	۰/۹۷۴	۰/۹۱۴
		کنترل	۱۵	۳۸/۳۳ $\pm$ ۵/۷۴	-۰/۸۱۱	۰/۸۵۲	۰/۹۲۷	۰/۲۴۳
عملکرد جسمانی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۳۹/۳۳ $\pm$ ۴/۷۶	۰/۵۳۵	۰/۲۷۶	۰/۹۶۶	۰/۷۸۸
		کنترل	۱۵	۴۰/۵۳ $\pm$ ۵/۰۱	-۰/۳۷۶	-۱/۲۵۲	۰/۹۲۴	۰/۲۱۹
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۴۷/۸۷ $\pm$ ۵/۲۸	۱/۰۶۶	۲/۳۸۷	۰/۷۹۲	۰/۰۰۳
		کنترل	۱۵	۳۹/۸۰ $\pm$ ۶/۶۳	-۰/۷۰۸	۰/۲۲۶	۰/۹۲۶	۰/۲۲۵
عملکرد اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۳۵/۱۲ $\pm$ ۴/۷۲	۰/۳۱۸	۰/۰۰۰	۰/۹۵۷	۰/۶۳۶
		کنترل	۱۵	۳۵/۹۲ $\pm$ ۴/۹۸	-۰/۱۳۱	۰/۳۳۶	۰/۹۵۰	۰/۵۱۸
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۴۴/۶۷ $\pm$ ۴/۷۰	۰/۸۲۸	-۰/۰۶۴	۰/۹۰۲	۰/۱۰۳
		کنترل	۱۵	۳۶/۷۳ $\pm$ ۳/۶۳	-۰/۰۷۲	-۱/۲۷۴	۰/۹۳۳	۰/۳۰۲
کیفیت زندگی کلی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۱۱۴/۲۰ $\pm$ ۱۰/۸۴	-۰/۷۴۶	۰/۲۲۴	۰/۹۵۱	۰/۵۲۵
		کنترل	۱۵	۱۱۵/۴۰ $\pm$ ۱۳/۷۰	-۰/۲۶۴	-۰/۴۰۷	۰/۹۷۷	۰/۹۴۱
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۱۴۲/۶۷ $\pm$ ۱۳/۷۴	۰/۷۲۱	۰/۲۸۰	۰/۹۳۸	۰/۳۵۶
		کنترل	۱۵	۱۱۴/۸۷ $\pm$ ۱۱/۰۸	-۰/۲۹۳	-۰/۵۱۲	۰/۹۲۳	۰/۲۱۱



به عبارت دیگر پس از خارج کردن اثرات پیش آزمون، اختلاف معنی داری بین نمرات کل آزمودنی‌ها در پس آزمون راهبردهای مثبت تنظیم هیجان وجود داشته است و  $0/75$  واریانس این متغیر توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود ( $\eta^2=0/748$ ). در راهبردهای منفی تنظیم هیجان نیز مقدار  $F$  مربوط به گروه معنی دار شده است ( $F=36/046$ ;  $P<0/01$ ) و  $0/57$  واریانس راهبردهای منفی تنظیم هیجان توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود ( $\eta^2=0/572$ ). در رابطه با کیفیت زندگی، در متغیر عملکرد هیجانی نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد که پس از تعدیل اثرات پیش آزمون، مقدار  $F$  مربوط به گروه معنی دار شده است ( $F=18/964$ ;  $P<0/01$ )؛ به عبارت دیگر پس

سطح معنی داری مربوط به اثر پیش آزمون معنی دار شده است؛ می‌توان گفت پیش فرض همبستگی متغیر وابسته و هم پراش<sup>۳</sup> نیز رعایت شده است. همچنین سطح معنی داری مربوط به تعامل گروه و پیش آزمون معنی دار نشده است؛ بنابراین می‌توان گفت شیب خط‌های رگرسیون همگن هستند، پس مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است.

در راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد پس از تعدیل اثرات پیش آزمون، مقدار  $F$  مربوط به گروه معنی دار شده است ( $F=8/097$ ;  $P<0/01$ )؛

3. Covariate



جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیره عضویت گروهی در مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	انداز اثر
پیش‌آزمون		۷۶۱/۲۱۳	۱	۷۶۱/۲۱۳	۷۱/۳۵۱	۰/۰۰۰	۰/۲۲۵
گروه	راهبردهای مثبت	۸۵۴/۵۲۳	۱	۸۵۴/۵۲۳	۸۰/۰۹۷	۰/۰۰۰	۰/۲۴۸
خطا		۲۸۷/۰۵۲	۲۷	۱۰/۶۶۹	-	-	-
پیش‌آزمون		۱۲۲/۱۴۰	۱	۱۲۲/۱۴۰	۱۰/۲۳۷	۰/۰۰۳	۰/۲۸۵
گروه	راهبردهای منفی	۴۱۰/۰۴۳	۱	۴۱۰/۰۴۳	۳۶/۰۴۶	۰/۰۰۰	۰/۵۷۲
خطا		۳۰۷/۱۳۹	۲۷	۱۱/۳۷۶	-	-	-
پیش‌آزمون		۱۲۹۹/۳۷۶	۱	۱۲۹۹/۳۷۶	۳۴/۷۹۳	۰/۰۰۰	۰/۴۷۹
گروه	عملکرد هیجانی	۹۹۳/۸۹۲	۱	۹۹۳/۸۹۲	۱۸/۹۶۴	۰/۰۰۰	۰/۴۱۳
خطا		۱۴۱۵/۰۳۰	۲۷	۵۲/۴۰۹	-	-	-
پیش‌آزمون		۱۱۲۳/۷۵۰	۱	۱۱۲۳/۷۵۰	۳۱/۱۰۸	۰/۰۰۰	۰/۵۳۵
گروه	عملکرد جسمانی	۴۵۱/۱۰۸	۱	۴۵۱/۱۰۸	۱۲/۴۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۶
خطا		۹۷۵/۳۶۶	۲۷	۳۶/۱۲۵	-	-	-
پیش‌آزمون		۹۱۷/۳۳۴	۱	۹۱۷/۳۳۴	۵۰/۲۴۵	۰/۰۰۰	۰/۶۵۰
گروه	عملکرد اجتماعی	۴۶۴/۳۸۱	۱	۴۶۴/۳۸۱	۲۵/۴۳۶	۰/۰۰۰	۰/۴۸۵
خطا		۴۹۲/۹۳۶	۲۷	۱۸/۲۵۷	-	-	-
پیش‌آزمون		۶۰۴۵/۰۸۹	۱	۶۰۴۵/۰۸۹	۳۷/۶۱۶	۰/۰۰۰	۰/۵۸۲
گروه	کیفیت زندگی کلی	۵۶۳۴/۰۴۹	۱	۵۶۳۴/۰۴۹	۲۵/۰۵۹	۰/۰۰۰	۰/۵۶۵
خطا		۴۳۳۷/۰۰۲	۲۷	۱۶۰/۷۰۴	-	-	-



متغیر عملکرد جسمانی توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود ( $\eta^2=0/316$ )، در متغیر عملکرد اجتماعی نیز نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد مقدار F مربوط به گروه معنی‌دار شده است ( $P<0/01$ ;  $F=25/436$ ) و  $0/48$  واریانس متغیر عملکرد اجتماعی توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود ( $\eta^2=0/485$ ).

از خارج کردن اثرات پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری بین نمرات کل آزمودنی‌ها در پس‌آزمون وجود داشته است و  $0/41$  واریانس متغیر عملکرد هیجانی توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود ( $\eta^2=0/413$ )، در متغیر عملکرد جسمانی مقدار F مربوط به گروه معنی‌دار شده است ( $P<0/01$ ;  $F=12/488$ ) و  $0/31$  واریانس

جدول ۴. مقایسه زوجی نمره آزمودنی‌ها در دو گروه

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵ (درصد)
						حد پایین حد بالا
راهبردهای مثبت	آزمایش	کنترل	۱۰/۷۰۷	۱/۱۹۶	۰/۰۰۰	۸/۲۵۲ ۱۳/۱۶۱
راهبردهای منفی	آزمایش	کنترل	-۷/۴۰۴	۱/۲۳۳	۰/۰۰۰	-۹/۹۳۴ -۴/۸۷۳
عملکرد هیجانی	آزمایش	کنترل	۱۱/۵۳۸	۲/۶۵۰	۰/۰۰۰	۶/۱۰۲ ۱۶/۹۷۴
عملکرد جسمانی	آزمایش	کنترل	۷/۸۱۸	۲/۲۱۲	۰/۰۰۱	۳/۲۷۹ ۱۲/۳۵۷
عملکرد اجتماعی	آزمایش	کنترل	۷/۸۹۷	۱/۵۶۶	۰/۰۰۰	۴/۶۸۴ ۱۱/۱۱۰
کیفیت زندگی کلی	آزمایش	کنترل	۳۷/۴۴۳	۴/۶۳۵	۰/۰۰۰	۱۷/۹۳۳ ۳۶/۹۵۳



که در شناخت احساسات، یاری‌رسانده است و از غرق شدن در هیجانات جلوگیری می‌کند. تنظیم هیجانات از طریق شناخت به طور پیچیده‌ای با زندگی انسان ارتباط یافته است. تعارض‌ها، شکست‌ها و نبود سلامت، انسان را تهدید می‌کنند، اما انسان توانایی فوق‌العاده‌ای برای نظم‌جویی این هیجان‌های برانگیخته شده دارد. تلاش برای نظم‌جویی هیجان‌ها به طور گسترده‌ای تعیین کننده اثری است که این مشکلات بر بهزیستی روانی و جسمانی ما دارند. به طوری که شیوه خاصی که فرد برای نظم‌جویی هیجانات خود به کار می‌گیرد، ممکن است باعث سازگاری بیشتر او نسبت به دیگران در کنار آمدن با رویدادهای استرس‌آوری مانند بیماری‌های قلبی شود. بر اساس نظریه تنظیم شناختی هیجان، تنظیم هیجان با استفاده از فرایندهای شناختی صورت می‌گیرد. به عبارتی، شناخت‌ها یا فرایندهای شناختی به افراد کمک می‌کنند هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم کنند و مغلوب شدت هیجان‌ها نشوند. فرایندهای شناختی را می‌توان به فرایندهای سالم شناختی نظیر ارزیابی مثبت و برنامه‌ریزی کردن، و فرایندهای ناقص نظیر ملامت خویش و دیگران تقسیم کرد [۲۶]. بر اساس پژوهش‌های مختلف، تنظیم هیجان علاوه بر تأثیرات مثبت بر بهزیستی ذهنی، موجب بهبودی سلامت جسمانی می‌شود. در برخی پژوهش‌ها نشان داده شده است که مشکل تنظیم هیجان، منجر به مشکلات جسمانی می‌شود [۲۷]. گلدین و همکاران نیز تأثیر مداخله شناختی-رفتاری را بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بررسی و بیان کرده‌اند این درمان موجب افزایش استفاده از راهبردهای مثبت و کاهش استفاده از راهبردهای منفی می‌شود [۱۹].

همچنین نتایج مطالعه محمدی و احمدی نشان داد آموزش تنظیم هیجان، باعث بهبود کیفیت زندگی در بیماران قلبی در سالمندان می‌شود [۲۲]. مطالعات گذشته نشان می‌دهد تنظیم هیجان ممکن است کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. برای مثال نارسایی هیجانی که موجب دشواری در تنظیم هیجان است، با کاهش کیفیت زندگی مربوط به سلامت جسمی و روانی در جمعیت عادی همراه است [۲۸]. همچنین پژوهش لوینسون<sup>۸</sup> نشان داد تنظیم هیجان با هماهنگ کردن فرایندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می‌شود وضعیت فرد در ارتباط با محیط تثبیت شود و فرد را به پاسخ‌های ویژه و کارآمد مناسب با مسائل، مجهز می‌کند و در نهایت موجب بقای جسمانی و اجتماعی وی می‌شود و در واقع به طور کلی باعث ارتقای کیفیت زندگی فرد می‌شود [۲۹]. در تبیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی در این پژوهش، می‌توان گفت راهبردهایی که افراد برای تنظیم عواطف خود از آن‌ها استفاده می‌کنند، می‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت آن‌ها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و بین فردی شود و از این طریق سطح کیفیت

در متغیر کیفیت زندگی به صورت کلی نیز نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد مقدار F مربوط به گروه معنی‌دار شده است ( $P < 0/01$ ;  $F = 35/059$ ) و  $0/56$  واریانس متغیر کیفیت زندگی کلی توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود ( $\eta^2 = 0/565$ ) (جدول شماره ۳).

همان‌گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین نمره راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان و کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش با میانگین نمره گروه کنترل معنی‌دار است ( $P < 0/01$ )؛ بنابراین می‌توان گفت آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی تأثیر معنی‌داری بر راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان و کیفیت زندگی گروه آزمایش داشته است.

### بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر اثربخشی آموزش نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران قلبی و عروقی بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد مداخله نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی، بر افزایش استفاده از راهبردهای مثبت و کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی و عروقی اثرگذار بوده است. بر اساس یافته‌های این پژوهش نظم‌جویی هیجان می‌تواند شیوه مناسبی برای افزایش استفاده از راهبردهای مثبت و کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و همچنین افزایش کیفیت زندگی در بیماران قلبی و عروقی باشد. نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات گولدین<sup>۴</sup> و همکاران، بکلمن<sup>۵</sup> و همکاران، لی<sup>۶</sup> و همکاران، محمدی و احمدی، سلطانی‌شال و همکاران و عظیمی و همکاران همسواست [۱۹-۲۳].

نتایج تحقیقات نشان داده‌اند ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بر شادمانی روان‌شناختی، جسمانی و بین‌فردی تأثیر می‌گذارد و تنظیم مشکل‌دار هیجان‌ها نظیر خشم و اضطراب منجر به بروز مشکلات جسمانی مانند بیماری‌های قلبی و عروقی، کلیوی و معده‌ای روده‌ای می‌شود [۲۴]. همچنین نلیس<sup>۷</sup> و همکاران نیز در مطالعه‌ای نشان دادند مشکل در نظم‌جویی هیجان با بیماری‌های جسمانی مانند بیماری‌های روانی از قبیل میگرن یا بیماری‌های قلبی و عروقی مرتبط است [۲۵]. امروزه به‌روشنی مشخص شده است تنظیم هیجانی نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌آور زندگی بازی می‌کند. تنظیم هیجان انسان‌ها به شناخت‌ها یا فرایندهای شناختی آن‌ها بستگی دارد

4. Goldin
5. Bekelman
6. Li
7. Nelis

8. Levenson

## نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت عوامل روان‌شناختی نیز مانند عوامل زیستی جسمانی از اهمیت خاصی برخوردار است و در درمان بیماری‌های قلبی و عروقی باید به آن توجه کرد. از سوی دیگر می‌توان گفت آموزش نظم‌جویی هیجان، ضمن آگاهی درباره هیجان و نحوه استفاده صحیح از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش‌یافته، به افراد کمک می‌کند چگونه هیجان‌های سازش‌نیافته خود را مدیریت کنند. همچنین فراهم کردن زمینه برای نحوه مدیریت صحیح هیجان‌ها منجر به ارتقای کیفیت زندگی افراد می‌شود.

محدودبودن نمونه آماری مدنظر در این تحقیق موجب می‌شود در تعمیم نتایج آن به جامعه، جانب احتیاط را رعایت کنیم. همچنین استفاده از پرسش‌نامه خودارزیابی و خودگزارشده برای سنجش نیز می‌تواند از جمله محدودیت‌های پژوهش به شمار آید. بنابراین در پژوهش‌های آتی استفاده از دیگر اشکال جمع‌آوری داده‌ها مانند استفاده از مصاحبه، علاوه بر پرسش‌نامه برای به‌دست‌آوردن اطلاعات کامل‌تر و دقیق‌تر و حجم نمونه بیشتر توصیه می‌شود.

پیشنهاد می‌شود بررسی تأثیر این روش درمانی بر سایر بیماری‌های مزمن برای دستیابی به نتایجی با وسعت بیشتر بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود این شیوه درمانی به عنوان مکمل درمان‌های دارویی در مراکز درمانی بیماران قلبی استفاده شود.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه با کد اخلاق IR.KUMS.REC.1397.39 در کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به تصویب رسیده است.

### حامی مالی

پژوهش حاضر مستخرج از رساله دکتری سید ولی کاظمی رضایی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه است و هیچ‌گونه حامی مالی نداشته است.

### مشارکت‌نویسندگان

تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهادهای کمیته بین‌المللی ناشران مجلات پزشکی (ICMJE) را داشتند.

زندگی و کارایی آن‌ها افزایش می‌یابد. محمدپور و همکاران نیز اشاره می‌کنند بیماران قلبی به دلیل نبود سبک‌های دفاعی و مقابله‌های سازگارانه، بیش از سایر افراد از وقایع استرس‌زا متأثر شده و سبک‌های ناسازگارانه آن‌ها اثرات آسیب‌زای استرس‌ها را تشدید و تسهیل می‌کند و این شیوه‌های ناسازگارانه به گونه‌ای معکوس، کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۳۰]. بیماری قلبی و عروقی باعث ایجاد محدودیت در فعالیت‌های گروهی، اجتماعی و تفریح، غیبت از کار به خاطر بیماری و ایجاد مسئولیت برای خودمراقبتی و پیروی از رژیم‌های درمانی به طور روزانه می‌شود. این اثرات، از طریق کاهش اعتمادبه‌نفس، کاهش در کیفیت عملکرد اجتماعی، ایجاد نگرانی در رابطه با بروز حمله تنفسی و حتی انزوای اجتماعی، کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳۱].

در تبیین متغیر تنظیم شناختی هیجان، می‌توان گفت با آموزش مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی، به روان‌بندهای هیجانی در بیماران قلبی توجه شد و کار روی آن‌ها به منظور افزایش روان‌بندهای سازش‌یافته آغاز شد. این آموزش، توانایی بیماران قلبی را برای پذیرش موقعیت دشواری که با آن روبه‌رو بودند افزایش داد و به خودآگاهی هیجانی آن‌ها منجر شد. در واقع روان‌بندهای هیجانی منفی و ناتوانی برای مدیریت آن‌ها، یکی از عوامل مشکل‌ساز آنان بود که با آموزش مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی، توانستند کنترل هیجانات نامناسب خود را در دست بگیرند و هیجانات مثبت را جایگزین هیجانات منفی کنند. آموزش مهارت‌های نظم‌جویی هیجانی با آگاهی‌دادن به افراد درباره هیجان‌های مثبت و منفی آن‌ها، پذیرش و کنارآمدن مؤثر با آن‌ها، می‌تواند سلامت جسم و روان افراد را ارتقا بخشد. از طرفی رفتار درمانی دیالکتیکی یکی از رویکردهای درمانی است که به پرورش سبک زندگی سالم و رفتارهای مقابله‌ای مؤثر توجه داشته است. این رویکرد درمانی ساختار روشنی دارد و از روش‌های رفتاری و اعتباربخشی به طور همزمان استفاده می‌کند. کاربرد اعتباربخشی در رفتاردرمانی دیالکتیک منجر به پذیرش مشکلات هیجانی شده و این پذیرش در نهایت منجر به تسهیل تغییرات می‌شود [۳۲]. در نتیجه تنظیم هیجان موجب کاهش علائم بیماری می‌شود و احساس رضایت و درک فرد از سلامت عمومی را افزایش می‌دهد و موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی می‌شود. از سوی دیگر، رویکرد درمانی تنظیم هیجان به بررسی خطاهای شناختی بیماران، برطرف کردن آن‌ها و جایگزین کردن افکار مناسب می‌پردازد و برخی مهارت‌های رفتاری نظیر برنامه‌ریزی فعالیت، تمرین تنفس و آموزش مهارت‌های حل مسئله و کنترل خشم، جزء برنامه درمانی به حساب می‌آید. بنابراین می‌توان گفت مهارت نظم‌جویی شناختی هیجان به بیماران مزمن کمک می‌کند بر هیجانات منفی خود غلبه کنند و در نتیجه کیفیت زندگی‌شان افزایش یابد.

### تعارض منافع

نویسندگان تصریح می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی کسانی که ما را در این زمینه یاری کردند، به‌ویژه از همکاری مسئولان و پرسنل بیمارستان قلب و عروق امام علی (ع) شهر کرمانشاه و تمامی شرکت‌کنندگانی که بی‌دریغ در روند اجرای پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

## References

- [1] Hajsheikholeslami F, Hatami M, Hadaeagh F, Ghanbarian A, Azizi F. Association of educational status with cardiovascular disease: Teheran lipid and glucose study. *Int J Pub Health*. 2011; 56(3):281-7. [DOI:10.1007/s00038-010-0225-5] [PMID]
- [2] Sloan DM, Kring AM. Measuring changes in emotion during psychotherapy: Conceptual and methodological issues. *Clin Psychol: Sci Pract*. 2007; 14(4):307-22. [DOI:10.1111/j.1468-2850.2007.00092.x]
- [3] Ahmadkhani L, Rajamand S, Dehghanpour M, Shakerian Z, Nikpour M. The relationship between early maladaptive schemas, cognitive emotion regulation strategies and perfectionism and alexithymia in cardiac patients. *J New Adv Behav Sci*. 2017; 2(10):28-42.
- [4] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Philadelphia: American Psychiatric Publications; 2013. [DOI:10.1176/appi.books.9780890425596]
- [5] Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 16(1):1-9. [DOI:10.1007/s00787-006-0562-3] [PMID]
- [6] Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire. Leiden: DATEC; 2002. [DOI:10.1037/t03801-000]
- [7] Issazadegan A, Aghayanzade H, Shiekhy S. [Comparison of cognitive emotion regulation strategies optimism and life satisfaction among people with gastrointestinal and cardiovascular disease (Persian)]. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2015; 13(5):440-50.
- [8] Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif*. 2006; 40(8):1659-69. [DOI:10.1016/j.paid.2005.12.009]
- [9] Nourian K, Kazemian A, Aslani Y, Delaram M. [The effect of rehabilitation on life quality of patients suffering from stroke (Persian)]. *J Adv Biol Biomed Res*. 2005;13(50):22-7.
- [10] Soltani-shal R, aghamohammadian Sharbat HR, Abdkhodaie MS, Tayyebi M. [Effectiveness of cardiovascular specific psychotherapy on heart disease patients' quality of life (Persian)]. *Iran J of Health Edu and Health Promot*. 2016; 4(3):244-54. [DOI:10.18869/acadpub.ihepsaj.4.3.244]
- [11] Rassart J, Luyckx K, Goossens E, Apers S, Klimstra TA, Moons P. Personality traits, quality of life and perceived health in adolescents with congenital heart disease. *Psychol Health*. 2013; 28(3):319-35. [DOI:10.1080/08870446.2012.729836] [PMID]
- [12] Wagner AW, Rizvi SL, Harned MS. Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation does not fit all. *J Trauma Stress*. 2007; 20(4):391-400. [DOI:10.1002/jts.20268] [PMID]
- [13] Delavar A. [Research methods in psychology and educational sciences (Persian)]. Tehran: Virayesh; 2017.
- [14] Hasani J. [The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire (Persian)]. *J Res Behav Sci*. 2011; 9(4):229-40.
- [15] Höfer S, Saleem A, Stone J, Thomas R, Tulloch H, Oldridge N. The macnew heart disease health-related quality of life questionnaire in patients with angina and patients with ischemic heart failure. *Value Health*. 2012; 15(1):143-50. [DOI:10.1016/j.jval.2011.07.003] [PMID]
- [16] Jafari M. Standardization of McNew Life Quality Questionnaire for Heart Patients in Isfahan City in 2004: Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan); 2004.
- [17] Asadi-Lari M, Javadi HR, Melville M, Oldridge NB, Gray D. Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1(1):23. [DOI:10.1186/1477-7525-1-23] [PMID] [PMCID]
- [18] Tabashnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics- 5<sup>th</sup> edition. Boston: Allyn & Bocon; 2007.
- [19] Goldin PR, Lee I, Ziv M, Jazaieri H, Heimberg RG, Gross JJ. Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behav Res Ther*. 2014; 56:7-15. [DOI:10.1016/j.brat.2014.02.005] [PMID] [PMCID]
- [20] Bekelman DB, Hooker S, Nowels CT, Main DS, Meek P, McBryde C, et al. Feasibility and acceptability of a collaborative care intervention to improve symptoms and quality of life in chronic heart failure: Mixed methods pilot trial. *J Palliat Med*. 2014; 17(2):145-51. [DOI:10.1089/jpm.2013.0143] [PMID] [PMCID]
- [21] Li L, Zhu X, Yang Y, He J, Yi J, Wang Y, et al. Cognitive emotion regulation: Characteristics and effect on quality of life in women with breast cancer. *Health Qual Life Outcomes*. 2015; 13(1):51. [DOI:10.1186/s12955-015-0242-4] [PMID] [PMCID]
- [22] Mohammadi SY, Ahmadi S. [Effectiveness of progressive relaxation and emotional regulation on quality of life of heart patients (Persian)]. *JQUMS*. 2018; 22(5):59-69. [DOI:10.29252/qums.22.5.59]
- [23] Azimi A, Omidi A, Shafiei E, Nademi A. [The Effectiveness of Transdiagnostic, Emotion- focused Treatment for Emotional Regulation and Individual-social Adjustment in Female Students (Persian)]. *J Arak Univ Med Sci*. 2018; 20(10):62-73.
- [24] Gresham D, Gullone E. Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment. *Personal Individ Differ*. 2012; 52(5):616-21. [DOI:10.1016/j.paid.2011.12.016]
- [25] Nelis D, Quoidbach J, Hansenne M, Mikolajczak M. Measuring individual differences in emotion regulation: The Emotion Regulation Profile-Revised (ERP-R). *Psychol Belg*. 2011; 51(1):49-91. [DOI:10.1037/t50747-000]
- [26] Sabzaligol M, Kazemi AS. Comparing cognitive emotion regulation in two male groups; suffering from cancer and cancer free subjects. *Med Sci J*. 2016; 26(4):256-63.
- [27] Gross JJ. Handbook of emotion regulation: New York: Guilford publications; 2013.
- [28] Cakmak A, Cevik E. Cognitive emotion regulation questionnaire: Development of Turkish version of 18-item short form. *Afr J Bus Manag*. 2010; 4(10):2097-102.
- [29] Levenson RW. The autonomic nervous system and emotion. *Emotion Rev*. 2014; 6(2):100-12. [DOI:10.1177/1754073913512003]



- [30] Mohamadpoor S, Rahimian Boogar I, Rezaei AM. The role of defense styles and alexithymia on predicting quality of life in patients with coronary heart disease. *Int J Adv Biol Biomed Res.* 2015; 23(97):48-60.
- [31] Van Groenestijn AC, Schröder CD, Visser-Meily JM, Reenen ETK-V, Veldink JH, Van Den Berg LH. Cognitive behavioural therapy and quality of life in psychologically distressed patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers: Results of a prematurely stopped randomized controlled trial. *Amyotroph Lateral Scler.* 2015; 16(5-6):309-15. [DOI:10.3109/21678421.2015.1038276] [PMID]
- [32] Dimeff LA, Koerner K. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings.* New York: Guilford Press; 2007.