

اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر

ویدا محمدی هریس^۱، علی شاکردولق*^۲، علی خادمی^۳، علی زینالی^۴، ناصر صفایی^۵

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۳/۲۵ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۰۹/۳۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: تحقیقات نشان می‌دهد بیماری عروق کرونر قلب، از علت‌های اصلی مرگ و ناتوانی در دنیاست که کارآمدی مفید افراد را کاهش می‌دهد. با توجه به پیشینه، عوامل روان‌شناختی می‌تواند بسیاری از وجوه زندگی و ارتباطات بیماران را دگرگون سازد. هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر بود.

مواد و روش کار: طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به انسداد عروق کرونر بود که در نیمه اول سال ۱۳۹۹ به بیمارستان قلب تبریز مراجعه کرده بودند که پس از انجام مصاحبه بالینی، زنان دارای ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس درد مزمن ون کورف و همکاران، پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون و مقیاس خودمراقبتی ریگل و همکاران استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS.21 انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجان بر درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونری تأثیر دارد ($P < 0.001$). درواقع آموزش تنظیم هیجان باعث کاهش درد مزمن و بهبود تاب‌آوری و خودمراقبتی در بیماران می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری: توجه به تنظیم هیجان می‌تواند در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونری نقش داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، تاب‌آوری، خودمراقبتی، تنظیم هیجان، انسداد عروق کرونر

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۴۵، آبان ۱۴۰۰، ص ۶۲۰-۶۱۰

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۴۱۳۳۴۱۲۸۹۹

Email: ali.shaker2000@gmail.com

مقدمه

۱۲ میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های عروقی است و در سال‌های اخیر نیز افزایش یافته است (۲).

رعایت رژیم دارویی و غذایی، استراحت، ارتقای کیفیت خواب و کیفیت زندگی، شناخت نحوه کنترل هیجانات و شیوه مراقبت از خود از جمله مواردی است که در کنترل عوارض و مشکلات این بیماری کمک‌کننده است که در این میان شناخت نحوه مراقبت از خود از اهمیت بسزایی برخوردار است (۳). خودمراقبتی در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر مجموعه‌ای از رفتارها شامل رعایت رژیم

بیماری‌های قلبی عروقی یکی از علل عمده مرگ‌ومیر در سطح جهان بوده و به‌عنوان اولین عامل مرگ، یک‌سوم کل مرگ‌ومیرها را به خود اختصاص می‌دهند. این بیماری‌ها علاوه بر مرگ‌ومیر بالا، عوارض قابل‌توجهی را به‌جا می‌گذارند. از این رو ارزیابی و کنترل عوامل خطر ساز بیماری قلبی عروقی برای پیشگیری از حملات قلبی عروقی بسیار مهم به نظر می‌رسد (۱). مطالعات متعدد بیانگر این است که شیوع بیماری‌های قلبی و عروقی در حال افزایش است؛ به طوری که سالیانه حدود ۵۰ درصد مرگ‌ها یا پنج میلیون از

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۴. دانشیار گروه روانشناسی، واحد خوی، دانشگاه آزاد اسلامی، خوی، ایران

۵. استاد جراحی قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

غذایی و دارویی، محدودیت دریافت سدیم و مایعات، میزان فعالیت- های مجاز، توزین روزانه و جستجو و تصمیم‌گیری جهت اقدامات مناسب درمانی به هنگام شدت یافتن بیماری هست. درواقع اصل مهم در خودمراقبتی مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است تا با انجام صحیح رفتارهای مربوط به آن، بسیاری از عوارض بیماری قابل کنترل شود (۴). علی‌رغم نقش پررنگ رفتارهای خودمراقبتی در پیشگیری از مشکلات و پیامدهای جدی بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر، شواهد نشانگر فراوانی عدم اجرای صحیح رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران می‌باشد. به‌طوری‌که نتایج حاصل از مطالعه کسینگ و همکاران بیانگر رفتار خودمراقبتی ضعیف در اکثر بیماران مبتلا به عروق کرونری است (۵). همچنین در مطالعه اوکسل و همکاران در ترکیه، توان خودمراقبتی مبتلایان به انسداد عروق کرونر، ضعیف گزارش شده است (۶). در ایران هم شجاعی و همکاران طی تحقیقی نشان دادند که فقط ۲۶ درصد از بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونری، رفتار خودمراقبتی مطلوب داشتند (۷).

تاب‌آوری به‌عنوان یک متغیر روانی دیگر نقش مهمی در بیماری‌های عروق کرونری دارد. به‌طوری‌که تاب‌آوری به‌عنوان یک متغیر روان‌شناختی دیگر می‌تواند استرس ناشی از موقعیت‌های زندگی را کاهش دهد و میزان مرگ‌ومیر، فشار خون، اضطراب را در بیماران کاهش داده و بهبودی در بیماری را افزایش دهد. لذا به‌عنوان یک عامل مهم در بهبود بیماری عروق کرونری مطرح است (۸). سازه تاب‌آوری به‌عنوان فرایندی پویا تعریف می‌شود که در آن فرد با وجود تجربه‌های آسیب‌زننده ناخوشایند مهارت‌های سازگارانه مثبت را نشان می‌دهد. تاب‌آوری سازه‌ای چند بعدی است که میزان بهره بردن فرد از آن در اثر تعامل فاکتورهای محیطی و شخصی تعیین می‌شود. زمانی که افراد در معرض موقعیت‌ها و تهدیدهای چالش برانگیزی قرار می‌گیرند، تاب‌آوری نتیجه مواجهه با این موقعیت- هاست نه اجتناب از آن‌ها (۹). افراد تاب‌آور از نظر عاطفی آرام بوده و توانایی مقابله با شرایط ناگوار را داشته و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی را دارند و کمتر در معرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرند (۱۰). تغییراتی که به‌عنوان بخشی از پاسخ استرس در ارگانیسم رخ می‌دهد، تأثیرات جانبی بسیاری دارند و اگر استرس تداوم یابد یا شدت یابد می‌تواند آسیب‌زا باشند. بنابراین پاسخ‌های استرس ممکن است پیامدهایی را برای سلامت ایجاد نمایند که در این زمینه تاب‌آوری می‌تواند نقش مهمی ایفا نماید. به‌طوری‌که پسندیده و زارع در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بیماران مبتلا به عروق کرونری قلب در ابعاد بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شوخ طبعی میانگین کمتری نسب به افراد سالم دارند (۱۱). همچنین در مطالعه‌ای آونگ و

همکاران نشان دادند که تاب‌آوری پایین احتمالاً منجر به پاسخ فیزیولوژیکی طولانی مدت در مواجهه با استرس شده و می‌تواند خطر ابتلا به بیماری عروق کرونری را به علت استرس مزمن افزایش دهد (۱۲).

بیماران مبتلا به عروق کرونری دارای مشکلات بیشتری بوده و درد بیشتری را تحمل می‌کنند. به‌طوری‌که یکی از انواع بسیار شایع درد، دردهای بیماری مبتلا به عروق کرونری است که در این بیماران وجود دارد. براساس تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد، درد یک احساس ناخوشایند و تجربه ذهنی است که با آسیب بالقوه یا واقعی بافتی ارتباط پیدا می‌کند (۱۳). در بیماری عروق کرونر قلب (جراحی قلب باز) آسیب به بافت نرم، شکستگی استخوان جناغ و عدم خونرسانی به عروق کرونر وجود دارد. علاوه بر آسیب‌های بالا دستکاری عصب فرنیک نیز موجود است، در نتیجه بیمار درد بسیار شدید و راجعه‌ای را در منطقه پوست یا مفصل شانه احساس می‌کند (۱۴). میزان درد بیماران جراحی قلب با توجه به مقیاس دیداری درد شاخص بسیار شدیدی را پس از جراحی به خود اختصاص می‌- دهد (۱۵). علاوه بر این درد مزمن تأثیر روانی منفی بر بیمار دارد و باعث طولانی شدن مدت بهبود خواهد شد. کنترل دقیق درد در بیماری عروق کرونری باعث کاهش عوارض و میزان مرگ‌ومیر پس از عمل خواهد شد (۱۳).

با توجه به اینکه درد در بیماری عروق کرونری پیامدهای فیزیولوژیکی و روانی جدی به دنبال دارد، از این‌رو کنترل مناسب درد و بهبود تاب‌آوری و خودمراقبتی در بیماران از مهمترین مباحث جامعه امروزی علی‌الخصوص جامعه پزشکی و مشاغل بهداشتی است. در این راستا یکی از مداخله‌ها در درمان بیماری انسداد عروق کرونری، آموزش تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی تجربه و چگونگی بیان آن و شدت فرایندهای رفتاری و تجربی هیجان است، همچنین تنظیم هیجان به طور خودکار یا کنترل شده، از طریق به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان صورت می‌گیرد (۱۶). تنظیم هیجان شامل راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه است که در جهت افزایش و حفظ مؤلفه‌های هیجانی مثبت و کاهش مؤلفه‌های منفی به کار برده می‌- شود. دشواری در تنظیم هیجان یک مشخصه اصلی است که با آسیب‌های روان‌شناختی متنوع در طی زندگی مشخص می‌شود (۱۷).

پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی مبتلا به انسداد عروق کرونر انجام شده است. برای مثال گرانفسکی و گرایچ در پژوهشی گزارش کردند که 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 بیماران قلبی تأثیر منفی بگذارد (۱۸). کیم و لی در مطالعه دیگری نشان دادند که افرادی که از ابعاد تنظیم هیجان برای تمرکز مجدد روی برنامه‌ریزی و تمرکز مجدد مثبت استفاده می‌کنند، تاب‌آوری بیشتری از خود نشان داده‌اند. آن‌ها همچنین دریافتند که افراد تاب‌آور از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان خاصی مثل طرح‌ریزی راهبردی، تمرکز مجدد مثبت و بازسازی موقعیت با نگاه خوشبینانه استفاده می‌کنند (۱۹). نیرومند و همکاران در پژوهش دیگری گزارش کردند که آموزش فنون تنظیم هیجان بر مولفه‌های استرس فراگیر و تحمل پریشانی در دانشجویان تأثیر می‌گذارد و می‌توان از آن به‌عنوان روش مداخله-ای موثری برای کاهش استرس، بهبود دشواری‌های تنظیم هیجان و افزایش تاب‌آوری استفاده کرد (۲۰).

در اهمیت این پژوهش می‌توان گفت با توجه به افزایش روزافزون تعداد افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و انسداد عروق کرونری و اهمیت مسائل روانی در بهبود این بیماران و با توجه به گسترش درمان‌های روان‌شناختی تأثیرگذار بر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی، استفاده از روش‌های درمانی مانند تنظیم هیجان با توجه به تأثیری که بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، سطح تحمل و تاب‌آوری و کمک به بهبود زندگی فردی این بیماران داشته است (۱۹)، انتخاب و جهت‌درک بهتر نسبت به اثربخش بودن این درمان، لزوم بررسی تأثیر مداخله تنظیم هیجان بر متغیرهای کاهش درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی بیماران قلبی احساس شد. همچنین از آنجایی که تحقیقات در زمینه تنظیم هیجان کمتر به جامعه بیماران قلبی پرداخته است و بر روی سایر گروه‌ها از جمله دانشجویان و افراد سالم پرداخته است؛ لذا انجام پژوهش حاضر بر روی بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونری از اهمیت بالایی برخوردار است. از سویی با توجه به مشکلات روان‌شناختی بیماران کرونری قلبی، به منظور کمک به بهبود شرایط بیماری و افزایش تبعیت درمانی این بیماران و با توجه به کمبود پژوهشی در این زمینه ضرورت دارد که مشکلات روان‌شناختی آن‌ها مورد توجه قرار گرفته و در راستای بررسی تأثیر مداخلات روان‌شناختی مانند آموزش تنظیم هیجان اقدام شود. لذا بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونری بود.

مواد و روش کار

طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونری است که در نیمه اول سال ۱۳۹۹ به

بیمارستان قلب تبریز مراجعه کرده بودند که پس از انجام مصاحبه‌ی بالینی، زنان دارای ملاک‌های ورود به پژوهش مورد نظر به‌صورت داوطلبانه مشخص و انتخاب شدند که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه به‌صورت هفته‌ای ۳ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. شرایط ورود به مطالعه شامل تشخیص بیماری مبتلا به انسداد عروق کرونری در پرونده پزشکی، عدم سابقه ابتلا به سکت قلبی، داشتن حداقل سواد برای پاسخ به پرسشنامه‌ها، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی و مصرف داروها بود. همچنین در مرحله اجرای پژوهش پس از توضیحات مقدماتی درباره پرسشنامه‌ها و هدف از اجرای آزمون، نحوه پاسخگویی آزمودنی‌ها به آزمون‌ها شرح داده شد و پرسشنامه‌ها توسط نمونه‌ها تکمیل شد. همچنین در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده گردید.

۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: در این پرسشنامه در زمینه سن، تحصیلات و شاغل بودن سوالاتی مطرح شده و آزمودنی به سوالات به‌صورت کامل جواب دادند.

۱- **پرسشنامه شدت درد مزمن:** این پرسشنامه هفت عبارتی که برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن توسط ون‌کوف و همکاران (۲۱) ساخته شده است، روی یک مقیاس درجه بندی یازده نقطه‌ای بدون درد (۰) تا بدترین درد (۱۰) درد را ارزیابی می‌کند (۲۱). نمره فرد در این آزمون در زیرمقیاس‌های شدت درد و نمره ناتوانی محاسبه می‌شود. شدت درد: جمع نمره پرسش‌های ۱ تا ۳ ضربدر ۱۰ و ناتوانی: نمره پرسش‌های ۵ تا ۷ ضربدر ۱۰ به دست می‌آید. به‌طوری‌که آزمودنی در طیف ۱۰ درجه‌ای از یک تا ۱۰ میزان درد خود را مشخص می‌کند و بعد جمع هر سه سؤال ضربدر ۱۰ می‌شود و نمره آزمودنی به دست می‌آید. دامنه نمرات هر خرده مقیاس از صفر تا ۳۰۰ است (۲۲). روایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته و ضریب پایایی آن برای ناتوانی و شدت درد به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۶۸ گزارش شده است (۲۱). همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

۲- **پرسشنامه تاب‌آوری:** این پرسشنامه توسط کونور و دیویدسون (۲۳) ساخته شده است که شامل ۲۵ عبارت است و ۵ مؤلفه تصور شایستگی فردی، اعتماد به‌خود، غرایز فردی-تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) است. به‌طوری‌که حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۲۵ و ۱۰۰ است. سوالات

۳- پرسشنامه خودمراقبتی: این پرسشنامه برای سنجش خودمراقبتی بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونری توسط ریگل و همکاران (۲۵) ساخته شده و شامل ۲۲ سؤال در ۳ مؤلفه مقیاس حفظ خودمراقبتی (۱۰ سؤال)، مدیریت خودمراقبتی (۶ سؤال) و اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی (۶ سؤال) با پاسخ‌های ۴ و ۵ گزینه‌ای (به ترتیب با امتیاز ۱-۴ و ۰-۴) در طیف لیکرت بود. این ابزار در هر زیرمقیاس به ۱۰۰ نمره تبدیل می‌شود که نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده خودمراقبتی بهتر می‌باشد. نمره‌های بیشتر از ۷۰ نشان‌دهنده خودمراقبتی مناسب می‌باشد. این پرسشنامه در مطالعات مختلف تأیید شده است و ضریب پایایی این پرسشنامه نیز ۰/۷۰ گزارش شده است (۲۵). همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه نیز به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

۴- مداخله آموزش تنظیم هیجان: برنامه آموزش تنظیم هیجان بر اساس الگوی گروس (۲۵) با مقداری تغییرات در برنامه، در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته ۳ جلسه به شرح زیر آموزش داده شده است:

۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۱ و ۱۰ زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی، سؤالات ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۷ و ۶ زیر مقیاس اعتماد به غرایز فردی- تحمل عاطفه منفی، سؤالات ۸، ۵، ۴، ۲ و ۱ زیر مقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، سؤالات ۲۲، ۲۱ و ۱۳ زیر مقیاس کنترل و سؤالات ۹ و ۳ زیر مقیاس تأثیرات معنوی را می‌سنجد. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. همچنین نمرات مقیاس تاب-آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. در پژوهشی رحیمیان‌بوگر و اصغرزادفرید (۲۴) ضریب پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح ۰/۸۹ معنادار به دست آمد.

جدول (۱): برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیر	محتوا	شرح جلسه
جلسه اول	معرفی و آشنایی با اعضای گروه، بیان قواعد و معرفی دوره و تنظیم تنظیم هیجان	معرفی جلسات تنظیم هیجان
جلسه دوم	آموزش و معرفی هیجان، شناسایی و نام‌گذاری و برجسب‌زنی به احساسات، تمایز میان هیجان‌ات مختلف، عوامل موفقیت در تنظیم هیجان	۱- هیجان نرمال و هیجان مشکل‌آفرین ۲- خودآگاهی هیجانی
جلسه سوم	پیامدهای شناختی واکنش هیجانی، پیامدهای فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی و پیامدهای واکنش‌های رفتاری هیجان	هیجان‌ات بیماری‌زا و ضرورت درمان
جلسه چهارم	معرفی علائم شناختی، رفتاری و جسمانی هیجان؛ ژنتیک و محیط و رابطه این سه با هم	علائم اختلال هیجان و درمان مناسب و علل خطای هیجان
جلسه پنجم	معرفی دو خطای شناختی رایج، معرفی هیجان و اجتناب به‌عنوان شاخص‌های اختلال هیجانی	شاخص‌های اختلال هیجانی
جلسه ششم	آگاهی از رابطه میان هیجان و رفتار، هیجان و فکر؛ شناخت و بررسی افکار اتوماتیک	داستان اختلالات هیجانی
جلسه هفتم	آگاهی از رابطه میان افکار اتوماتیک، تفسیرها و رفتارها	تفسیرها
جلسه نهم	انعطاف‌پذیری در تفسیر و در نظر گرفتن گستره‌ای از احتمالات	تغییر و اصلاح تفاسیر
جلسه دهم	آگاهی از پیامدهای اجتناب هیجانی و آگاهی یافتن و کسب تجربه از هیجان یا سرکوب آن	رفتارهای ناشی از هیجان
جلسه یازدهم	هیجان با تمرکز بر احساسات جسمی، انجام مواجهه و توجه دقیق به تمام موانع یا رفتارهای اجتنابی	رویارویی از درون؛ رویارویی با هیجان
جلسه دوازدهم	معرفی باورهای مربوط به طردشدگی، معرفی باورهای مربوط به درماندگی و شناسایی باورهای هسته‌ای	فرض‌ها و اصول و باورهای هسته‌ای

آزمایش ۷ نفر دیپلم و فوق دیپلم و ۸ نفر دارای لیسانس بودند. در گروه کنترل نیز ۷ نفر دیپلم و فوق دیپلم و ۸ نفر دارای تحصیلات لیسانس بودند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

شاخص‌های پراکندگی و تمایل مرکزی متغیرهای درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی به تفکیک گروه و نوع آزمون در جدول ۲ و ۳ نشان داده شده است.

یافته‌های جمعیت شناختی نشان دادند که در گروه آزمایش ۹ نفر خانه‌دار و ۶ نفر شاغل بودند. در گروه کنترل نیز ۹ نفر خانه‌دار و ۶ نفر دارای شغل بودند. همچنین از لحاظ تحصیلات نیز در گروه

جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	گروه آزمایش	گروه کنترل
	مؤلفه‌ها	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
درد مزمن	شدت درد	۴۷/۴۰ (۵/۴۳)	۴۶/۶۰ (۵/۴۸)
	ناتوانی	۴۴/۹۳ (۳/۸۶)	۴۵/۶۰ (۳/۹۰)
تاب‌آوری	تصور از شایستگی فردی	۲۸/۴۰ (۳/۵۸)	۲۷/۶۶ (۳/۱۹)
	تحمل عاطفه منفی	۲۰/۴۰ (۱/۶۸)	۲۰/۰۶ (۱/۷۵)
	پذیرش تغییر مثبت	۲۰/۱۳ (۲/۱۹)	۱۹/۸۶ (۱/۹۲)
	کنترل	۹/۶۶ (۱/۱۱)	۹/۲۰ (۱/۰۸)
خودمراقبتی	تأثیرات معنوی	۴/۶۰ (۱/۱۸)	۵/۲۶ (۱/۷۰)
	حفظ مراقبت از خود	۵۱/۴۰ (۴/۴۲)	۵۰/۷۳ (۴/۲۶)
	مدیریت مراقبت از خود	۴۵/۵۳ (۲/۷۷)	۴۶/۸۰ (۱/۷۴)
	اعتماد به خود در زمینه مراقبت	۴۸/۸۰ (۴/۲۴)	۴۸/۶۶ (۴/۲۸)

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی در گروه کنترل و آزمایش تقریباً برابر است و نتایج نشان می‌دهد در گروه آزمایش و کنترل تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند.

جدول (۳): میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	گروه آزمایش	گروه کنترل
	مؤلفه‌ها	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
درد مزمن	شدت درد	۴۵/۱۳ (۵/۴۲)	۴۹/۱۳ (۵/۰۲)
	ناتوانی	۴۱/۶۰ (۳/۵۲)	۴۴/۸۰ (۶/۶۲)
تاب‌آوری	تصور از شایستگی فردی	۳۰/۰۶ (۳/۷۶)	۲۸/۰۶ (۳/۶۳)
	تحمل عاطفه منفی	۲۴/۹۳ (۳/۰۸)	۲۱/۵۳ (۲/۸۷)
	پذیرش تغییر مثبت	۲۲/۷۳ (۳/۰۱)	۲۰/۲۰ (۲/۶۵)
	کنترل	۱۱/۳۳ (۱/۵۴)	۱۰/۵۳ (۱/۵۵)
خودمراقبتی	تأثیرات معنوی	۷/۰۶ (۱/۰۹)	۵/۶۶ (۱/۲۹)
	حفظ مراقبت از خود	۵۲/۷۳ (۵/۴۳)	۴۷/۷۳ (۵/۲۵)
	مدیریت مراقبت از خود	۴۸/۹۳ (۲/۹۸)	۴۵/۹۳ (۲/۹۸)
	اعتماد به خود در زمینه مراقبت	۵۰/۰۱ (۴/۳۲)	۴۸/۶۶ (۵/۹۶)

تحلیل کواریانس، برای نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که یافته‌ها نشان داد، داده‌ها نرمال است. همچنین بر اساس آزمون لوین نشان داده شد که متغیرهای راهبردهای درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی معنی‌دار نیستند و لذا یکسانی واریانس‌ها برقرار است. از سویی پیش‌شرط دیگر خطی بودن همبستگی متغیر پیش‌آزمون و متغیر مستقل است که مقدار F تعامل متغیر مستقل و همپراش در متغیرهای پژوهش در بیماران معنادار است و می‌توان گفت که همبستگی متغیر همپراش و مستقل رعایت شده است. لذا با توجه به محقق شدن پیش‌فرض‌ها، می‌توان برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات درد مزمن در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کمتر شده است ($P > 0/05$). همچنین میانگین نمره تاب‌آوری و خودمراقبتی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بیشتر شده است ($P > 0/05$). همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود آموزش تنظیم هیجان باعث کاهش میانگین نمرات در متغیر درد مزمن در گروه آزمایش شده است؛ در حالی که تفاوت چندانی در گروه کنترل وجود ندارد. همچنین آموزش تنظیم هیجان باعث افزایش میانگین نمرات در متغیر تاب‌آوری و خودمراقبتی در گروه آزمایش شده است در حالی که تفاوت چندانی در گروه کنترل وجود ندارد. قبل از آزمون تحلیل کواریانس، جهت رعایت پیش‌فرض‌های

جدول (۴): نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون درد مزمن گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
شدت درد	۱۲۰/۰۱	۱	۱۲۰/۰۱	۴/۳۸	۰/۰۴
ناتوانی	۷۶/۸۰	۱	۷۶/۸۰	۲/۷۲	۰/۱۱

چشمگیری کاهش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تنظیم هیجان بر متغیر درد مزمن و مؤلفه شدت درد تأثیر دارد و باعث کاهش درد مزمن در بیماران انسداد کرونری قلبی می‌شود.

بر اساس داده‌های به دست آمده از جدول ۴، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین نمره درد مزمن گروه آزمایش که در معرض آموزش تنظیم هیجان قرار گرفته‌اند، به طور

جدول (۵): نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمرات پیش‌آزمون- تاب‌آوری گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
تصور از شایستگی فردی	۳۰/۰۱	۱	۳۰/۰۱	۲/۱۸	۰/۱۵
تحمل عاطفه منفی	۸۶/۷۰	۱	۸۶/۷۰	۹/۷۶	۰/۰۰۴
پذیرش تغییر مثبت	۴۸/۱۳	۱	۴۸/۱۳	۵/۹۸	۰/۰۲
کنترل	۴/۸۰	۱	۴/۸۰	۲/۰۱	۰/۰۴
تأثیرات معنوی	۱۴/۷۰	۱	۱۴/۷۰	۱۰/۲۲	۰/۰۰۱

معرض آموزش تنظیم هیجانی قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری افزایش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تنظیم هیجانی بر متغیر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن تأثیر دارد و باعث افزایش تاب‌آوری در بیماران انسداد کرونری قلبی می‌شود.

بر اساس داده‌های به دست آمده از جدول ۵، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در

جدول (۶): نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون خودمراقبتی گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
حفظ مراقبت از خود	۱۸۷/۵۰	۱	۱۸۷/۵۰	۶/۵۶	۰/۰۰۱
مدیریت مراقبت از خود	۶۷/۵۰	۱	۶۷/۵۰	۷/۵۶	۰/۰۰۱
اعتماد به خود در زمینه مراقبت	۱۳/۳۳	۱	۱۳/۳۳	۱/۰۶	۰/۰۴

بر اساس داده‌های به دست آمده از جدول ۶، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض آموزش تنظیم هیجان قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری افزایش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تنظیم هیجان بر متغیر خودمراقبتی و مؤلفه‌های آن تأثیر دارد و باعث افزایش خودمراقبتی در بیماران انسداد کرونری قلبی می‌شود.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر کاهش درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر بود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجان بر کاهش درد مزمن تأثیر دارد و باعث کاهش درد مزمن در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونری می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های برنارد و همکاران (۲۷) و گرانفسکی و کرایچ (۱۸) مطابقت دارد. به طوری که برنارد (۲۷) دریافته‌اند که بیماران تاب آور تحت مطالعه آنها می‌توانستند به صورتی واضح بین خود، تجربیات حاصل از درد مزمن و بیماری تفکیک قائل شده، و متعاقباً دریابند که آنها عامل بیماری درونی نبوده و آینده‌ای متفاوت خواهند داشت. افکار مثبت توصیف‌گر تمرکز شناختی بر رویدادهای مثبتی است که در گذشته یا حال اتفاق افتاده و یا در آینده روی خواهند داد. این راهبرد همچنین عناصر خودتسکینی و خیال‌پردازی را نیز در بر می‌گیرد. افکار مذهبی شامل شناخت‌هایی متنوع می‌شود که در محوریت آنها خدا، عبادت، جستجوی راهنما و حفظ ایمان قرار دارد. کم‌اهمیت‌سازی به راهبردی اشاره می‌کند که طی آن فرد با ارزیابی مجدد و ارزش‌زدایی از موقعیت، واکنش هیجانی در برابر آن را کاهش می‌دهد. در آموزش تنظیم هیجان تلاش می‌شود برای یافتن فایده یا معنایی در موقعیت روی آورده صورت می‌گیرد. این راهبرد ارزیابی ارتباط موقعیت با اهداف مختلف را نیز شامل شده و ممکن است به تغییراتی در اهداف منجر شود. قیاس رو به پایین و آزمون واقعیت، مقایسه تجارب خود با افرادی است که در موقعیت‌های مشابه قرار داشتند. در این راهبرد سعی می‌شود، دید منفی کمتری نسبت به

موقعیت افرادی که با آنها مقایسه صورت می‌گیرد، اتخاذ گردد. این راهبرد به یک مفهوم ثانوی، تلاش‌هایی را نیز که به منظور سنجش مطلوبیت یا تناسب پاسخ هیجانی یک فرد دیگر انجام می‌شود، در بر می‌گیرد. پذیرش احساسات نمایانگر عادی‌سازی و پذیرش پاسخ هیجانی در برابر موقعیت است. این راهبرد همچنین بر اعتباربخشی به هیجان‌ها دلالت می‌کند. پذیرش موقعیت برخلاف پذیرش احساسات، راهبردی است که بر قبول رویدادهای به وقوع پیوسته تمرکز دارد. مشاهده ذهن‌آگاهانه نگاه ناداورانه به موقعیت است که پیامدها و پاسخ‌های هیجانی همراه آن مورد بحث درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. تحلیل احساسات و موقعیت تلاش‌هایی را شامل می‌گردد که به منظور شناخت منبع و معنای هیجان‌ها صورت می‌پذیرند و این باعث کاهش جنبه‌های منفی درد مزمن و پریشانی می‌شود (۱۸).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجان بر تاب‌آوری تأثیر دارد و باعث افزایش تاب‌آوری در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونری می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های کیم و لی (۱۹) و نیرومند و همکاران (۲۰) مطابقت دارد. به طوری که کیم و لی در مطالعه دیگری نشان دادند که افرادی که از ابعاد تنظیم هیجان برای تمرکز مجدد روی برنامه‌ریزی و تمرکز مجدد مثبت استفاده می‌کنند، تاب‌آوری بیشتری از خود نشان داده‌اند. آن‌ها همچنین دریافتند که افراد تاب‌آور از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان خاصی مثل طرح‌ریزی راهبردی، تمرکز مجدد مثبت و بازسازی موقعیت با نگاه خوشبینانه استفاده می‌کنند (۱۹). نیرومند و همکاران در پژوهش دیگری گزارش کردند که آموزش فنون تنظیم هیجان بر مؤلفه‌های استرس فراگیر و تحمل پریشانی تأثیر می‌گذارد و می‌توان از آن به‌عنوان روش مداخله‌ای موثری برای کاهش استرس، بهبود دشواری‌های تنظیم هیجان و افزایش تاب‌آوری استفاده کرد (۲۰).

ارزیابی مجدد شناختی و بازداری به‌عنوان مؤلفه‌های تنظیم هیجان، بیان‌گر دو استراتژی تنظیم هیجانی می‌باشند که می‌توانند قبل یا بعد از گرایشات پاسخ هیجانی که پاسخ‌دهی فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربه‌ای را تغییر می‌دهند، متمایز می‌شوند (۲۶). ارزیابی مجدد شناختی یک استراتژی می‌باشد که در آن شخص درباره‌ی

یک موقعیت فکر می‌کند تا اثر هیجانی آن را تغییر دهد. برای مثال، یک شخص ارزیابی مجدد شناختی را در طول یک مصاحبه‌ی شغلی این‌گونه به‌کار می‌برد که شخص مصاحبه را به‌عنوان یک فرصت برای یادگیری بیشتر درباره‌ی یک موقعیت تفسیر کند نه این‌که آن را به‌عنوان قضاوت درمورد توان بالقوه خود به‌عنوان یک کارمند تفسیر کند. در غیر این‌صورت مصاحبه ممکن است به‌عنوان یک بدبختی ارزیابی شود و بنابراین گرایشات پاسخی مشابه را فرآیند کند. بنابراین آموزش تنظیم هیجان می‌تواند بسیاری از مشکلات روان‌شناختی بیماران را کاهش دهد (۱۸). تنظیم هیجان مجموعه متنوعی از فرایندهای کنترلی است با هدف مدیریت کردن این‌که چه وقت، کجا، چطور و چگونه هیجان‌های ما تجربه یا بیان شوند. تنظیم هیجان می‌تواند شامل مجموعه فرایندهای شناختی که به‌طور اتوماتیک یا با کوشش رخ می‌دهند، باشد. چنین فرایندهایی به افراد اجازه می‌دهند که از بیشتر وقایع مثبت زندگی‌شان لذت ببرند و از وقایع منفی اجتناب کنند و شدت آن‌ها را افزایش یا کاهش دهند و یا حتی بیان چهره‌ای هیجان را، با توجه به هنجارهای جامعه بسازند (۲۶). تنظیم هیجان وجه ذاتی پاسخ‌های هیجانی است (۲۵). درواقع، تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به‌منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به‌کار می‌روند و از این طریق می‌تواند تاب‌آوری فرد را بهبود بخشد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم هیجان بر خودمراقبتی تأثیر دارد و باعث افزایش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونری می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های گروس که معتقد است آموزش تنظیم هیجانی می‌تواند بر خودمراقبتی در بیماران تأثیرگذار باشد، مطابقت دارد. بیماران قبلی به دلیل مشکلات جسمانی و روانی ناشی از این اختلال ممکن است از وجود هیجان‌های مثبت و منفی خویش آگاهی نداشته باشند و هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های زندگی نتوانند به خوبی از هیجان‌های خود استفاده کنند؛ زیرا مشکلات جسمانی و روانی آنان باعث می‌شود که آنان در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به‌صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در موقعیت‌های اجتماعی زندگی درگیر کنند که آثار منفی آن می‌تواند به‌صورت مشکلاتی ظاهر شود؛ اما آموزش تنظیم هیجان به آنان باعث می‌شود که از وجود هیجان‌های منفی و تأثیر منفی آن‌ها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با باز ارزیابی هیجان‌های مختلف نسبت به سالم نگهداشتن زندگی هیجانی خویش تلاش کنند و از این طریق میزان مشکلات جسمانی، روانی و به‌طور خاص درد خویش را کاهش دهند (۲۶).

آموزش تنظیم هیجان به بیماران کمک می‌کند تا از هیجان‌های منفی خودآگاهی یافته و از عواملی که موجب بروز این هیجان‌های منفی در زمینه‌ی زندگی اجتماعی شده، شناخت مناسب را پیدا کنند. علاوه بر این، این افراد می‌آموزند که به جای فرار از هیجان‌های منفی؛ آن‌ها را به درستی بپذیرند و به جای فرار از آن‌ها و جایگزین کردن تعلل برای آن، از مهارت‌های تعدیل و تنظیم هیجانی استفاده کرده و هیجان‌های مثبت را جایگزین هیجان‌های منفی کنند و به این صورت زمینه‌ی کاهش بسیاری از مشکلات را فراهم کرده و میزان خودمراقبتی‌شان بهبود می‌یابد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آنجایی که یافته‌های پژوهش بر اساس مقیاس و استفاده از پرسشنامه بود و پرسشنامه‌ها اصولاً به دلیل یافته‌های ناخودآگاه، مستعد تحریف هستند این ممکن است نتایج پژوهش را به مخاطره بیندازد. این پژوهش فقط بر روی کلیه زنان مبتلا به انسداد عروق کرونری انجام گرفته است و سایر بیماران را مورد بررسی قرار نداده است که در تصمیم‌گیری به سایر بیماران دارای محدودیت است. با توجه به اینکه عوامل مختلفی بر بیماران عروق کرونری تأثیر دارد که در این پژوهش متغیرهای تاب‌آوری، درد مزمن، خودمراقبتی بررسی شد؛ لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی عوامل اجتماعی-اقتصادی، عوامل شخصیتی و خانوادگی نیز مورد بررسی قرار گیرند. همچنین از سایر روش‌های پژوهشی مانند مصاحبه و مشاهده برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود و یافته‌های آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود پزشکان و متخصصان، جهت کمک به بهبود و درمان بهتر فیزیولوژیک بیماران انسداد عروق کرونری، سعی کنند از مشاوران، روانشناسان و روانپزشکان به‌صورت موازی و همزمان در طول دوره درمان کمک بیشتری بگیرند و یا پس از هر دوره درمان، بیماران را به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی و روان‌درمانی ارجاع دهند تا از این رویکردها جهت تسریع در روند بهبود بیماران خود بهره ببرند.

سیاس‌گذاری

از کلیه کسانی که در اجرای پژوهش همکاری داشتند کمال تشکر و قدردانی را داریم. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

References:

1. Padmanabhan SHC, Prabhakaran D, Dominczak AF. Genomic approach to coronary artery disease. *Indian J Med Res* 2010; 132: 567-78.
2. Sedghi M, Hashemi SM, Khosravi A, Riaziat AR, Rezayatmand MR, Sabetjoo V, et al. Evaluation of the Coronary Angiography Results in Patients Referred to Cardiac Centers in Isfahan City, Iran. *J Isfahan Med Sch* 2017; 35(417):1-6.
3. Mansouri K, Hasavari F, Sedghi Sabet M. Self-Care Status and It's Related Factors in Patients with Heart Failure. *Journal Of Health And Care* 2018; 19 (4): 232-41. (Persian)
4. Deaton C, Grady KL. State of the science for cardiovascular nursing outcomes: heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2004; 19(5): 329-38.
5. Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper, N. Fatigue and self-care in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2016; 15(5): 337-44.
6. Daryasari GA, Karkezloo NV, Mohammadnejad E, Vosoooghi MN, Kagi MA. Self-care behavior analysis of patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009; 31(7): s22.
7. Shojaei F, Asemi M, Yarandi AN, Hosseini FA. Self Care Behaviours, Quality of Life Among Patients with Heart Failure. *Iran J Nurs* 2006; 18 (44):49-55.
8. Noori Saeid A, Akbari B, Salari A. Comparing the Psychological Resiliency in Patients with Coronary Artery Disease and Normal Subjects. *J Guilan Univ Med Sci* 2014; 23 (91):47-52.
9. Sidheek KF, Satyanarayana VA, Sowmya HR, Chandra PS. Using the Kannada version of the Connor K10 resilience scale to assess resilience and its relationship with psychological distress among adolescent girls in Bangalore India. *Asian J Psychiatr* 2017; (30): 169-72.
10. Moradi S, Ghodrati Mirkohi M. Comparing the role of hope and resilience in predicting life satisfaction in older adults. *Journal of Gerontology* 2020; 5 (2):71-81. (Persian)
11. Pasandideh MM, Zare L. An Analysis of well-being psychiatric aspects of tolerance and sense of humour between patients who suffer from coronary artery disease and healthy individuals. *Health Psychology* 2016; 5(20): 88-108.
12. Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychol Aging* 2010; 25(3): 45-67.
13. Seirafi MR, Kalate Aghamohammadi M, Peimani J. The effect of predictability and sense of control over the pain of cardiac surgery patient. *Journal Of Nurse And Physician Within War* 2015; 3 (8):34-40.
14. Yorke J, Wallis M, Macleen B. Cardiac patients perception of pain management after cardiac surgery. *Heart Lung* 2010; 33(1): 33-4.
15. Suny X, Weissman, C. The use of analgesics and sedatives in critically ill patients. *Heart lung* 1994; 23: 170.
16. Mauss IB, Evers C, Wilhelm FH, Gross JJ. How to bite your tongue without blowing your top: Implicit evaluation of emotion regulation predicts affective responding to anger provocation. *Pers Soc Psychol Bull* 2006; 32(5): 589-602.
17. Fernandez KC, Jazaieri H, Gross JJ. Emotion regulation: A trans diagnostic perspective on a new RDO domain. *Cognit Ther Res* 2016; 40(30): 426-40.
18. 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): 1659-9.
19. Kim SR, Lee SM. Resilient college students in school-to-work transition. *International Journal of Stress Management* 2017; 51(2): 214-27.
20. Niromand R, Seydemoradi K, Kakavand, A, Tavassoli Z. The effectiveness of emotion regulation training on reducing perceived stress, difficulty in emotional regulation and increasing students' resilience. *Journal of Thought and Behavior* 2019; 53: 7-16.
21. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L. Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. *Pain* 1990; 40(3): 279-91.
22. Khodapanah M, Taghiloo S, Golshani F, Baghdasarian A. The relationship between chronic pain and pain catastrophizing with body mass index: The mediating

role of eating behaviors. Quarterly of Applied Psychology 2020; 14(3):291-312. (Persian)

23. Conner K M, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18: 76-82.

24. Rahimian Boogar E, Asgharnejad Farid AA. The Relationship between Psychological Hardiness also Ego-resiliency and Mental Health in Adolescent and Adult Survivors of Bam Earthquake. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14 (1): 62-70.

25. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the selfcare of heart failure index. *Journal Card Fail* 2004; 10(4): 350-60.

26. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* 2002; 39(3): 281-91.

27. Bernard J-M, Kick O, Bonnet F. Comparison of intravenous and epidural clonidine for postoperative patient-controlled analgesia. *Anesth Analg* 1995; 81(4):706-12.

THE EFFECTIVENESS OF EMOTION REGULATION TRAINING ON CHRONIC PAIN, RESILIENCE, AND SELF-CARE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY OCCLUSION

Vida Mohamdiheris¹, Ali Shakerdolog², Ali Khademi³, Ali Zeynali⁴, Naser Safai⁵

Received: 15 June, 2021; Accepted: 21 December, 2021

Abstract

Background & Aims: Research shows that coronary heart disease is one of the main causes of death and disability in the world which reduces the useful efficacy of people. According to the literature review, mental factors can influence many aspects of life. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of emotion regulation training on reducing chronic pain, resilience, and self-care in patients with coronary artery occlusion.

Materials & Methods: The research design was quasi-experimental pretest-posttest with a control group. The statistical population in this study includes all women with coronary artery occlusion who were referred to Tabriz Heart Hospital in the first half of 2021. After reviewing the clinical interview, women with the criteria to enter the study were determined, selected, and randomly assigned to experimental group (n = 15) and control group (n = 15). Data were collected using the Van Korf et al. Chronic Pain Scale, the Connor & Davidson Resilience Questionnaire, and the Rigel et al. Self-Care Scale. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed that emotion regulation training has an effect on chronic pain, resilience, and self-care of patients with coronary artery occlusion ($p < 0.001$). In fact, emotion regulation training reduces chronic pain and improves resilience and self-care in patients.

Conclusion: Paying attention to emotion regulation plays an important role in reducing the psychological problems of patients with coronary artery occlusion.

Keywords: Chronic pain, resilience, self-care, emotion regulation

Address: Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Tel: +984133412899

Email: ali.shaker2000@gmail.com

Copyright © 2021 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

¹ PhD Candidate in General Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

(Corresponding Author)

³ Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Psychology, Khoy Branch, Islamic Azad University, Khoy, Iran

⁵ Professor of Cardiovascular Surgery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran