



تاثیر درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران عروق کرونر قلب

منا عابدی نقندر^{۱*}؛ مجتبی مرغزاری^۲؛ علیرضا طالقانی^۳

چکیده

پیش زمینه و هدف: بیماری های قلبی عروقی به عنوان مهم ترین عامل مرگ و از کارافتادگی در ایران و جهان محسوب می شوند. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران عروق کرونر قلب بود.

مواد و روش کار: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران عروق کرونر قلب مراجعه کننده به کلینیک باران مشهد در نیمه اول سال ۱۴۰۰ شامل ۸۵ نفر بودند و گروه نمونه شامل ۳۰ نفر از این افراد بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری جای گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه انعطاف پذیری کنشی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، و پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۸۳) بود. جهت اجرای درمان هیجان مدار از پروتکل گرینبرگ و واتسون (۲۰۰۹)، استفاده شد.

یافته ها: نتایج آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیره حاکی از وجود تفاوت معنادار در انعطاف پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران عروق کرونر قلب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل که هیچ نوع درمانی را دریافت نکرده بودند، بود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته های بدست آمده می توان بکارگیری درمان هیجان مدار با پروتکل گرینبرگ و واتسون را جهت بهبود انعطاف پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران عروق کرونر قلب پیشنهاد نمود.

کلید واژه ها: درمان هیجان مدار؛ انعطاف پذیری کنشی؛ اضطراب مرگ؛ عروق کرونر قلب

*۱ دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام (نویسنده مسئول)

۲ دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام (marghzarimojtaba@gmail.com)

۳ دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی موسسه غیر انتفاعی حکیم توس مشهد (Alirezatalehghani@gmail.com)



مقدمه

بیماری های قلبی - عروقی شایع ترین علت مرگ در اکثر کشورهای جهان است و بر اساس آمار یک سوم سکتة های قلبی به مرگ منجر می شود و در دو سوم دیگر افراد، بهبودی کامل حاصل نمی شود و ایران نیز از این آمارها مستثنی نیست. این بیماری ها، هزینه های هنگفتی را بر دوش جوامع گذاشته اند (صدیقی و همکاران، ۱۴۰۰). بیماری های عروق کرونر، مهم ترین اختلال قلبی - عروقی و مشکل عمده بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و صنعتی است. این بیماری یک نوع نارسایی در عروق کرونر قلب است که نهایتاً منجر به کاهش و اختلال در جریان خون میوکارد قلب می شود و توقف جریان خون میوکارد باعث اختلال در عمل عضله قلب می گردد (کاسپر و همکاران، ۲۰۱۵).

یکی از مهم ترین پیش بینی کننده های بیماری های قلبی عروقی وجود اضطراب و استرس در افراد می باشد. نتایج مطالعات حاکی از آن است که اضطراب، استرس و افسردگی به طور مستقیم و غیرمستقیم پیش بینی کننده خطر ابتلا به بیماری های قلبی - عروقی هستند (فلاح و همکاران، ۱۴۰۰). از انواع اضطراب که می تواند سلامت را به شدت تحت تاثیر قرار دهد اضطراب مرگ است که شامل افکار، ترس ها و هیجانات مرتبط با پایان زندگی می باشد. بر اساس مطالعات اضطراب مرگ در میان جمعیت عمومی، پدیده ای شایع است (صالحی و همکاران، ۱۳۹۶). اضطراب مرگ به دلیل نقش اساسی که در سلامت انسان بازی می کند امروزه بیش از قبل مورد توجه قرار گرفته است (حاجی علی اکبری مهریزی، ۱۴۰۰).

در دنیا هیچ کسی از مرگ مصون نیست و همه آدمیان به ناچار با این حقیقت روبه رو خواهند شد. که باید روزی با مرگ مواجه شوند، این اندیشه خود می تواند اضطراب جان فرسایی را بر دل هر انسانی پدید آورد. مرگ به خاطر اهمیت پر از ابهامش برای بسیاری از انسان ها به صورت تهدیدآمیز جلوه می کند. ترس از مرگ در میان تمام فرهنگ ها متداول است و ادیان مختلف به طرق گوناگون با آن برخورد می کنند. از آنجایی که مرگ هرگز تجربه نشده است و هیچ کس آن را به وضوح لمس نکرده است، همه به نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند ولی هرکس بنابر عوامل معینی درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه می کند. اضطراب مرگ را به عنوان ترس از مردن خود و دیگران تعریف می کنند، به بیانی دیگر اضطراب مرگ شامل پیش بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن از جنبه های مهم زندگی است. اضطراب مرگ مفهومی چند بعدی دارد و اغلب به عنوان ترس از مردن خود و دیگران یا دلهره هنگام فکر به فرآیند مردن یا چیزهایی

1 coronary artery disease (CAD)

2 Kasper



که پس از مرگ رخ می دهند تعریف می شود. اضطراب مرگ شامل پیش بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن درباره ی افراد مهم زندگی است (تانگ؛ ۲۰۱۱).

یکی از عواملی که سبب سازگاری هر چه بیشتر آدمی با اضطراب ها تهدیدهای زندگی می گردد و با سلامت روان رابطه نزدیکی دارد انعطاف پذیری کنشی می باشد. انعطاف پذیری کنشی، جایگاه ویژه ای در حوزه های روان شناسی تحول، روان شناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است. انعطاف پذیری کنشی را یک فرایند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف نمود ه اند. به بیان دیگر انعطاف پذیری کنشی، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (خرم و جباری، ۱۳۹۴). هامیل^۳ (۲۰۱۲)، انعطاف پذیری کنشی را به عنوان شایستگی افراد در مواجهه با رویدادهایی که به صورت معناداری مصیبت بار هستند، تعریف نمود. وی معتقد است افراد با انعطاف پذیری کنشی ذاتی به دنیا می آیند و با پرورش صفاتی از قبیل ویژگی های زیر انعطاف پذیری کنشی را در خود حفظ می کنند: توانایی حل مسئله: تفکر منتقدانه و خلاق، برنامه ریزی و پذیرش کمک از دیگران. خودمختاری: احساس هویت، خودکارآمدی و خودآگاهی و تسلط بر خود و پشت سر گذاشتن سازگاران شرایط و پیام های منفی و ناگوار. هدفمندی و باور به آینده ای روشن: هدف گرایی، خوش بینی و ایمان. شایستگی اجتماعی: تأثیرپذیری، انعطاف پذیری فرهنگی، همدلی، مهارت های ارتباطی و شوخ طبعی. انعطاف پذیری کنشی صرفاً پایداری در برابر آسیب ها یا شرایط تهدیدآمیز نیست) حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست) بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است و می توان گفت که انعطاف پذیری کنشی توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط خطرناک می باشد (کانر^۴ و همکاران، ۲۰۰۳).

از روش های متنوعی جهت بهبود اضطراب مرگ استفاده شده که از آن جمله می توان به رفتاردرمانی دیالکتیک (خدابخشی کولایی^۵؛ ۲۰۲۲)؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (میرزائی دوستان^۶ و همکاران، ۲۰۱۹)؛ خنده درمانی (کورواالیسی^۷ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ مداخلات روانی اجتماعی (منزیس^۸ و همکاران، ۲۰۱۸)؛ درمان هیجان محور^۹ (گیلی^۱؛ ۲۰۲۱)، اشاره نمود. در پژوهش جاری به بررسی اثر درمان هیجان محور بر بهبود اضطراب مرگ و انعطاف پذیری کنشی پرداخته شد.

1 Tang

2 action flexibility

3 Hamill

4 Conner

5 Khodabakhshi-Koolaee

6 Mirzaeidoostan

7 Kuru Alici

8 Menzies

9 Emotionally Focused Therapy

1 Gili 0



برخی از انواع درمان ها می توانند به تنظیم افکار و برقراری ارتباط بهتر، مهارت های حل مساله و مدیریت علائم بیماری کمک کنند. یکی از درمان های پیشنهادی رویکرد هیجان مدار است. این رویکرد مربوط به فعال سازی و سازماندهی مجدد طرحواره های هیجانی می شود. درمان هیجان مدار با تلفیق اصول و راهبردهای وجودی انسانگرا در آموزه های شناختی، دو دیدگاه متعارض تجربه گرایی و تعقل گرایی را به هم نزدیک نمود (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۹).

یکی از مزایای روش درمان هیجان مدار که باعث برتری اثربخشی این رویکرد نسبت به بسیاری از رویکردهای درمانی دیگر شده ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله می باشد. همین ویژگی ها باعث کاهش احتمال عود اختلالات پس از بکارگیری این روش درمانی شده است. ارزیابی سبک ارتباطی اولین مرحله از درمان هیجان مدار را تشکیل می دهد. با اجرای این مرحله انواع دفاع های فرد آشکار می شود و پیامدهای آن برای فرد تشریح می شود، با تکرار این مراحل هیجانان نا آشکاری و سرکوب شده برای فرد آشکار شده و وی قادر می شود چرخه ارتباطی منفی که ناشی از وجود این هیجانان نا آشکار و سرکوب شده بود را بهبود بخشد. از دیگر ویژگی های درمان هیجان مدار می توان به تاکید بر سبک های دلبستگی اعم از ایمن و سازگارانه، از طریق توجه، حمایت و مراقب متقابل برای رفع نیازهای فرد و اطرافیان اشاره کرد (گیلی و همکاران، ۱۳۹۹).

درمان هیجان مدار بر این اصل کلیدی که همه چیز جاری و در حرکت است، استوار است. این رویکرد تاکید می کنند که فرایند تجربه، ویژگی های شخصیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع را تحت تأثیر قرار می دهد. از سوی دیگر این درمان بر اساس نظریه دیالکتیک بنا شده است. مطابق این نوع ساختار گرایی انسان، سیستم پویایی تلقی می شود که اجزاء مختلف آن پیوسته در حال تولید، تجربه و عمل هستند. دومین پایه نظری درمان هیجان مدار، تئوری زیستی هیجان است که بر اساس دیدگاه ساختار گرایی دیالکتیک از مفهوم شخصیت بنا شده است (خوشنام و همکاران، ۱۳۹۳).

گرینبرگ و واتسون (۲۰۰۹)، طرحواره هیجانی را نوعی پاسخ و سازماندهی درونی می دانند که سطوح مختلف اطلاعات شامل محرک های حسی حرکتی، حافظه هیجانی و اطلاعات سطح ادراکی را ترکیب می کند بر خلاف طرحواره شناختی، طرحواره هیجانی ساختاری است که دارای مولفه های غیر کلامی و تجارب عاطفی بوده و تلفیقی زیست شناسی و تجربه را در فرد نشان می دهد. نتایج مطالعه گیلی و همکاران (۱۳۹۹)، در پژوهش خود به مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و تحریک الکتریکی فراجمجمه ای بر اضطراب و افسردگی بیماران قلبی پرداختند. نتایج حاکی از برتری درمان هیجان مدار بر بهبود اضطراب و افسردگی بیماران قلبی بود. به علاوه در مرحله پس آزمون-پیگیری تفاوت معنی دار مشاهده شد. که بیانگر پایداری تغییرات مداخله است. علاوه بر آن جزایری (۱۳۹۸)، در مطالعه ای به مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار بر تعارض زناشویی بیماران قلبی با سابقه بای پس عروق کرونر پرداختند که نتایج نشان دهنده اثربخشی هر دو مداخله بر بهبود تعارضات زناشویی در این بیماران بود و تأثیر مداخله ها در مرحله پیگیری ماندگار بود. مطابق جستجوی انجام شده تاکنون به بررسی اثر درمان هیجان مدار بر انعطاف پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران



مبتلا به عروق کرونر قلبی پرداخته نشده است. لذا سوال اساسی این پژوهش این است که آیا بکارگیری درمان هیجان مدار بر بهبود انعطاف پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به عروق کرونر قلبی موثر است یا خیر؟

مواد و روش کار

طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی شامل گروه آزمایش، گروه کنترل، پیش آزمون و پس آزمون بود و از نقطه نظر کاربرد، کاربردی محسوب می شود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران عروق کرونر قلب مراجعه کننده به کلینیک باران مشهد در نیمه اول سال ۱۴۰۰ شامل ۵۲ نفر بودند. نمونه شامل تعداد ۳۰ نفر از افرادی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند (نمره انعطاف پذیری کنشی پایین و نمره اضطراب مرگ بالا و غیره) بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و ۱۵ نفر کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود شامل: گذشت حداقل شش ماه از ابتلا فرد به بیماری عروق کرونر قلب، رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات گروه درمانی، نداشتن سابقه ابتلا به بیماریهای مزمن جسمی، قرار داشتن در محدوده سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، عدم شرکت در کلاسهای آموزشی روان شناختی به طور همزمان، دارای حداقل داشتن سواد خواندن و نوشتن، دارای نمره پایین در آزمون انعطاف پذیری کنشی و نمره بالا در اضطراب مرگ، نداشتن سابقه مصرف داروهای روان و مواد مخدر بود. معیارهای خروج شامل: غیبت بیش از دو جلسه، شرکت همزمان در سایر درمانها و آموزشها، عدم همکاری و یا پرکردن پرسشنامهها به صورت ناقص بود.

پرسشنامه انعطاف پذیری کنشی کانر و دیویدسون^(۲۰۰۳): این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است و توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) برای اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. برای هر سؤال، طیف درجه بندی پنج گزینه ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره گذاری می شود. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف انعطاف پذیری کنشی را می سنجد ولی دارای یک نمره کل است. ضریب آلفای کرونباخ جهت محاسبه ضریب پایایی مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است و اعتبار مقیاس به روش همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله ضریبهای بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ گزارش شده است (نضیر و نادری، ۱۳۹۳).

پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۸۳): این پرسشنامه شامل ۱۵ سؤال بلی-خیر بود و بر حسب جواب بلی یا خیر به آن نمره ۱ یا ۰ تعلق می گرفت. (نمره ۱ در صورتی که پاسخ فرد نشان دهنده وجود اضطراب مرگ باشد و نمره صفر در صورتی که پاسخ فرد نشانگر عدم وجود اضطراب مرگ باشد). مقیاس سنجش اضطراب مرگ تمپلر یک پرسشنامه استاندارد بوده و در پژوهشهای مختلف در سطح جهان جهت سنجش اضطراب مرگ مورد استفاده قرار گرفته است و در کشور ایران نیز ترجمه، تحلیل عاملی و اعتباریابی شده است بطور مثال رجبی و بحرانی (۱۳۸۰)، آن را بر روی ۱۳۸ دانشجو در شهر اهواز بررسی کرده و همسانی درونی آن را ۷۳ درصد و ضریب همبستگی سئوالات مقیاس را ۹۵٪ گزارش نمودند.



روند اجرای پژوهش به این شکل بود که پس از موافقت مدیریت کلینیک باران مشهد، ابتدا لیستی از بیماران کرر قلبی مراجعه کننده به این کلینیک تهیه شد، نمونه پژوهش شامل ۴۳ نفر از بیماران عروق کرونر قلب مراجعه کننده به کلینیک مذکور در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بود که پس از اجرای پیش آزمون، ۱۳ نفر از آزمودنی ها ریزش داشتند و نمونه اصلی شامل تعداد ۳۰ نفر شدند که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند (نمره انعطاف پذیری کنشی پایین و نمره اضطراب مرگ بالا) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. از میان این ۳۰ نفر ۱۵ نفر به صورت تصادفی برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر نیز به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (در بازه زمانی فروردین تا خرداد ماه) پروتکل درمان هیجان مدار گرینبرگ و واتسون (۲۰۰۹) شرکت نمودند (در فضای مجازی) و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرده اند. در پایان جلسات آموزشی، پس آزمون (در تیرماه ۱۴۰۰) به صورت پرسشنامه های الکترونیکی در هردو گروه مجدداً اجرا گردید و به تجزیه و تحلیل داده ها پرداخته شد. پروتکل درمان هیجان مدار در جدول (۱) گزارش شده است.

جدول (۱): پروتکل درمان هیجان مدار (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۰۹)

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	پس از آشنایی، برقراری رابطه حسنه از طریق همدلی پیشرفته و فنون حضور خود بودن، پل پرش، درک، اکتشاف، ردگیری، اعتباربخشی و همدلی آینه وار، اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	تاگشایی مشکل مراجع و مشاهده سبک پردازش هیجانی او از طریق گوش دادن به مشکل کنونی و شناسایی تجربه هیجانی دردناک و برجسته مراجع،
جلسه سوم	همراهی، مشاهده و کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و کوچینگ هیجانی از طریق مراحل شناسایی،
جلسه چهارم	آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان
جلسه پنجم	کشف و شناسایی هیجانات اولیه، ثانویه و یا ابزاری از طریق کار بر روی مار کرهای خرد و وظیفه های و استفاده از فنون کار با صندلی
جلسه ششم	شناسایی و کار بر روی وقفه ها یا انسدادهای دسترسی به هیجانات اولیه و ثانویه و تجربه
جلسه هفتم	ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه های از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه های احتمالی
جلسه هشتم	ادامه شناسایی و کار بر روی نشانگرهای نمودار شده و کار با تصاویر باقیمانده از طریق استفاده از هنرهای بیانگر مثل کار با بدن، کار با تریان، موسیقی، حرکت و غیره



یافته‌ها

در پژوهش جاری به بررسی اثر درمان هیجان‌مدار بر روی انعطاف‌پذیری کنشی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی پرداخته شد. متغیر مستقل عبارت است از درمان هیجان‌مدار که در قالب دو گروه آزمایش و کنترل پیاده‌سازی شد و متغیرهای وابسته عبارتند از نمرات پس‌آزمون متغیرهای انعطاف‌پذیری کنشی و اضطراب مرگ و همچنین نمرات پیش‌آزمون این متغیرها به عنوان متغیر هم‌پراش در نظر گرفته می‌شود. لذا با توجه به لزوم حذف اثر متغیر هم‌پراش و وجود دو متغیر وابسته از روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. در خصوص تحلیل توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش $45/76 \pm 8/11$ سال و در گروه کنترل $48/9 \pm 65/26$ سال بود. همچنین 58% از افراد گروه آزمایش و 64% از افراد گروه کنترل را زنان تشکیل می‌دادند و بقیه آزمودنی‌ها مرد بودند. میانگین متغیرهای پژوهش در جدول (۲) گزارش شده است.

جدول (۲): میانگین متغیرهای پژوهش

مؤلفه	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری کنشی	کنترل	۱۵	۹۸/۶۶	۱۲/۵۲	۹۹/۸۰	۱۱/۲۴
	آزمایش	۱۵	۹۷/۸۰	۱۳/۸۲	۱۰۹/۲۶	۱۵/۷۲
اضطراب مرگ	کنترل	۱۵	۱۰/۹۳	۴/۰۵	۱۱/۱۳	۴/۹۲
	آزمایش	۱۵	۱۱/۵۳	۵/۹۰	۵/۷۳	۳/۷۶

جدول (۳): آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری

منبع	نوع آزمون	مقدار شاخص	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۰۳	۴/۰۷	۲	۲۵	۰/۰۰۱



جدول (۴): آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی مولفه‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره	معنی داری	اندازه اثر
انعطاف‌پذیری کنشی	۵۱۹/۶۸	۱	۵۱۹/۶۸	۳۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳
اضطراب مرگ	۶۰۷/۰۸	۱	۶۰۷/۰۸	۴۹/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴

بر اساس جدول بالا، بین گروه آزمایش و گروه کنترل در میانگین انعطاف‌پذیری کنشی و اضطراب مرگ تفاوت معناداری وجود دارد. مطابق جدول (۲) میانگین انعطاف‌پذیری کنشی در پس آزمون گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بود و همچنین میانگین اضطراب مرگ در گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل بود. لذا فرضیه پژوهش تایید می‌گردد. به بیان دیگر درمان هیجان‌مدار تاثیر معناداری بر افزایش انعطاف‌پذیری کنشی و کاهش اضطراب مرگ در مبتلایان به بیماری عروق کرونر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

مطابق یافته‌های آماری که در جدول (۴) گزارش شد پس از حذف اثر پیش آزمون از دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای انعطاف‌پذیری کنشی و اضطراب مرگ، با ضریب اطمینان ۹۹ درصد تفاوت معناداری از نظر آماری بین میانگین‌های پس‌آزمون در دو گروه در متغیرهای مذکور وجود دارد، مجذور اتا نیز نشان دهنده سهم واریانسی است که مربوط به متغیر مستقل است، که در این تحلیل برای همه متغیرها بالا است و به این معناست که درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران عروق کرونر قلب تاثیر دارد. این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعه گیلی و همکاران (۱۳۹۹)، جزایری و همکاران (۱۳۹۸)، ثناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۸)، عزیزی و همکاران (۱۳۹۸)، عظیمیان و همکاران (۱۳۹۸)، است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار که ترکیبی از درمان تجربی و سیستمی است، ارتباط نزدیکی با کاهش مشکلات روانشناختی در افراد دارد. فرایند درمان هیجان‌محور که به روش فردی اجرا می‌شود با سه مرحله پیوستگی و آگاهی، فراخوانی و کشف و بازسازی هیجانی در هشت گام تعیین می‌شود. این سه مرحله باهم همپوشانی دارند و در سرتاسر درمان به مراجع به عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود و به درمانگر به عنوان راهنما و تسهیل‌گر برای اهداف مراجع نگریسته می‌شود. در درمان هیجان‌محور نظر بر این است که شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی را سازمان‌دهی و پردازش می‌کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می‌کنند، منجر به اضطراب مرگ و کاهش انعطاف‌پذیری کنشی شده است. در واقع بررسی هیجان و عواطف در عرصه روان‌شناسی امروز جایگاه وسیعی را به خود اختصاص داده است. ارتباط هیجان با ویژگی‌های شخصیتی، اختلال‌ها، نظام پردازش اطلاعات شناختی و ارتباط‌های بین فردی یافته‌های بی‌بدیلی را فرا روی بشر قرار داده است. چگونگی تغییر احساس افراد در خلال زمان را می‌توان به منزله مسیرهایی در فضای هسته عاطفی ترسیم کرد. سرکوب کردن انواع عواطف خطرناک است و پس از مدتی به شکل انفجاری و غیرقابل کنترل تخلیه خواهند شد. ابراز عواطف به شکل صحیح می‌تواند مانع بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات



گردد. درمان هیجان محور با ایجاد تعاملات سازنده بین بیماران و خانواده نزدیک و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن باعث رضایتمندی و کاهش تحریف های شناختی در آنان می شود. مطالعات نشان داده که این رویکرد بر تغییر رفتارهای دلبستگی به عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز می کند هدف درمان هیجان محور کمک به مراجعان در دستیابی به هیجان های نهفته و تسهیل تعاملات مثبت است (آذرنيوشان، ۱۳۹۱).

تحقیقات نشان داده اند که عدم انعطاف پذیری کنشی با سطوح بالای پر خا شگری و رفتارهای ضد اجتماعی در ارتباط است. انعطاف پذیری عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است و نقص آن با اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و رفتار پر خاشگرانه ارتباط دارد. افراد با انعطاف پذیری پایین از تعارضات بین فردی اجتناب می کنند و برای بیان هیجانات منفی خود مانند غم، خشم و نفرت تلاشی نمی کنند و آنها را سرکوب می کنند، با انعطاف پذیری کمتری به وقایع محیطی متنوع پاسخ می دهند، قادر به کنترل برانگیختگی های خود نیستند و عواطف منفی زیادی را تجربه می کنند. در نتیجه مستعد اضطراب مرگ بیشتری هستند. با توجه به این که افراد مضطرب نقایصی در درک و تنظیم هیجانات از جمله غم و ناراحتی دارند به دنبال اطلاعات و تفسیر وقایع به شیوه هایی هستند که به احتمال زیاد منجر به خلق منفی مرتبط با آن می گردد. افراد انعطاف ناپذیر دشواری هایی دارند که منجر به مشکلات عملکردی آنها در موقعیت ها و تعاملات اجتماعی می گردد. درمان هیجان مدار با هدف گذاری بر شناسایی رفتارها، افکار و هیجانات منفی به صورت مرحله به مرحله با تاثیر گذاری بر برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از اضطراب در موقعیت های اجتماعی و نیز شناخت های منفی منجر به کاهش اضطراب مرگ می گردد و با تاکید بر مهارت های شناسایی طیف هیجانات خود و سایرین و چگونگی تعدیل و مدیریت هیجانات منفی منجر به بهبود انعطاف پذیری می شود. نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی مرگ برای بیماران غالباً فرایندی دشوار و طاقت فرساست. رسالت درمانگر در این زمینه علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد و آموزش مهارت هایی برای کاهش اضطراب مرگ است و در راستای درمان هیجان مدار، این درمان به مراجعان کمک می کند به جای سرکوب کردن هیجان های خود یا مغلوب شدن توسط آنها، بر وجود هیجان های خود آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را عمیق تر دریافت کنند. در انتهای پروسه درمانی مراجع دستاوردهای درمان شامل افزایش آگاهی از هیجان ها، بیان هیجان های تازه، کنار آمدن با دشواری ها و ابراز هیجانی مناسب را با یکدیگر هماهنگ می کند و به ادراک تازه ای از خود دست می یابد. تصدیق خود تنظیم گری ها به مراجع در شناخت خود به عنوان یک انسان انتخاب گر کمک می کند.

همچنین در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت درمانگران این رویکرد، اجتناب عاطفی یا جدایی هیجانی را محل روابط می دانند و احساس خوشایند پیوند را عامل افزایش انعطاف پذیری قلمداد می کنند. در جدایی هیجانی (گسلش عاطفی) تمایل به خروج از رابطه و عقب نشینی عاطفی در شرایط پرتنش مشاهده می شود و در شرایط پرتنش عاطفی، فرد نیاز به فرار، اجتناب و یا نادیده گرفتن موقعیت دارد. در رویکرد هیجان مدار، مهارت های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقاد پذیری (البته در بعد مثبت) را در فرد افزایش می دهد و به بازگشت آرامش به زندگی فرد بیمار و



حفظ و تداوم رابطه های مهم کمک می نماید. همچنین این رویکرد به فرد کمک می کند دوباره با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و بر کاهش آشفتگی از طریق مداخله در سطح هیجانی به منظور پیشرفت تعاملات نزدیکی که منجر به علاقه بیشتر و روابط صمیمانه می شود تلاش نمایند.

درمان هیجان مدار، با تاکید و نشانه گذاری بر رفتارها، افکار و هیجانات منفی به صورت مرحله به مرحله، هیجانات ناسازگار افراد را شناسایی می کند و در نهایت با روش ها و تکنیک هایی سعی در عوض کردن آنها دارد. از آنجایی که در این درمان توجه زیادی به هیجانات حل نشده و پذیرفته نشده دارد، توانست نقش بسزایی در بهبود انعطاف پذیری داشته باشد و باعث بهبود روابط بین فردی گردد. در این درمان افراد یاد می گیرند که چگونه بتوانند طیف هیجانات خود و سایرین را شناسایی کنند و بتوانند آن را تعدیل و مدیریت کنند. یکی از مواردی که در اکثریت افراد مبتلا به بیماری قلبی مشاهده می شود، هیجانات منفی شدید است. همچنین این افراد، معمولاً به دلیل احساس شرم و خجالت و خشم ناشی از ظاهر نشدن در اجتماع دارند بخشی از هیجانات ناسازگار در این افراد می تواند از طریق شناسایی، بیان شدن و جایگزین شدن تغییر یابد. به افراد یاد داده می شود که هیجانات خود را شناسایی کنند و بتوانند آنها را برچسب بزنند که این بسیار برای شناسایی هیجانات ناسازگار کمک کننده است، برای مثال از آنها خواسته می شود رویداد آزار دهنده را بنویسند و هیجانات مرتبط با آن را نیز بنویسند و همچنین بیان کنند که چه هیجانات دیگری را نیز می توانند در آن شرایط بروز بدهند. این تکالیف به آنها کمک می کند تا یاد بگیرند که هیجانات ناسازگار خود را کنار بگذارند و هیجان مناسب تری را جایگزین کنند. در نهایت، مراجع از طریق آگاهی از هیجانات، بیان هیجانات تازه، تنظیم هیجانات و ابراز هیجان مناسب، با استفاده از تکنیک هایی چون القای هیجان، برچسب زدن هیجانی، شدت بخشی، به ادراک تازه ای از خویش دست می یابد و توانایی کنار آمدن با هیجانات را در خارج از جلسات درمان پیدا می کند. این افراد یاد می گیرند که می توانند ر مواقع نیاز هیجانات خود را ابراز کنند و گاهی بتوانند آنها را کنترل کنند، می تواند از احساسات منفی آنها نسبت به رویداد کم کند و آن را قابل هضم نماید و بدین ترتیب انعطاف پذیری خود را افزایش دهند.

همچنین در تبیین یافته های پژوهش می توان اشاره نمود که بیماران مبتلا به ناراحتی قلبی به دلیل نوع بیماری دچار مشکلات جسمی، روانی و ذهنی زیادی هستند و به دلیل همین باورهای ناکارآمدی در مورد زندگی دارند و سلامت روانی پایین تری دارند. می توان گفت که این بیماران نگرش ها، احساسات و آگاهی بالایی از خود وجود نداشته و بطور کل به دلیل نداشتن پذیرش و وضعیت خود احساسات و برداشت های مثبت از خویش نداشتند، تصویر ذهنی منفی از خویش دارند و در ابعاد ذهنی رشد ضعیفی دارند. این بیماران به دلیل وضعیت خاص توانمند ساختن شخصی در ابعاد تنی ضعیف است و بیماران پذیرش خود ضعیف، هیجانات و افکارشان بهم ریخته، خودمختاری و هدف در زندگی و رشد فردی ضعیف تری دارند که منجر به اضطراب مرگ بیشتری می شود و در روابط با دیگران و تسلط بر محیط ضعیف اند. این بیماران به دلیل نوع بیماری دچار مشکلات جسمی، روانی و ذهنی اضطراب بیشتری را تحمل می کنند و به دلیل همین دلیل مرگ را غیرقابل گریز دانسته و دچار اضطراب مرگ بیشتری می شوند. کلی (۲۰۰۹) در دیدگاه خود بیان نمود که عناصر مهم شناختی اضطراب مرگ شامل نگرش ها، توانایی تصور پیش بینی و آگاهی آشکار از مرگ است، می توان گفت



در بیماران مبتلا به ناراحتی قلبی به دلیل تصور منتفی نسبت به بیماری و همچنین میزان معضلات جسمانی در بیماران، توانایی پیش بینی مرگ بالاست و لذا این بیماران ادراک اضطراب بالایی دارند در مقایسه با افراد سالم کنترل احساس و اضطراب آنان ضعیف تر است. در نتیجه می توان گفت، چالش با خطاهای شناختی و محتوای افکار منفی درباره نگرانی و اضطراب بیماران باعث وجود علائم اضطراب در این افراد می شود. هر یک از رویکردهای درمانی از دریچه ای خاص، افراد را مورد توجه قرار داده و به این مساله پرداخته اند (بیرامی، ۱۳۹۳). از این میان درمان هیجان مدار یک درمان کوتاه مدت نظام دار است که مربوط به فعال سازی و سازماندهی مجدد طرحواره های هیجانی می شود. درمان با هیجان مدار با تلفیق اصول و راهبردهای وجودی انسان گرا در آموزه های شناختی، دو دیدگاه متعارض تجربه گرایی و تعقل گرایی را به هم نزدیک نمود. روان درمانی هیجان مدار بر این اصل کلیدی که همه چیز جاری و در حرکت است، استوار است. این رویکرد تاکید می کند که فرایند تجربه، ویژگی های شخصیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع را تحت تأثیر قرار می دهد. این رویکرد، یک درمان رابطه ای است که درمان های گشتالتی و مراجع محور را با هم تلفیق می کند. این درمان به هیجان ها به عنوان مسئله محوری در عملکرد روانشناختی نگاه می کند. این رویکرد فرض می کند که کمک به مراجعان در تغییر روشی که آنها از هیجانات خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترس می یابند منجر به تغییر در طرحواره های هیجانی و سازماندهی آنان که تحت عملکردهای روانشناختی مشکل ساز قرار دارد می شود. درمان هیجان مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد و احتمال عود در آن به شدت کمتر است (زمانی، ۱۳۹۶). این درمان در اولین مرحله به ارزیابی سبک ارتباطی میپردازد و پس از اینکه دفاعها آشکار شدند، این سبک را برای فرد آشکار ساخته و پیامدهای آن را مشخص می سازد؛ به همین دلیل افراد رفته رفته موفق می شوند هیجانات سرکوب شده و ناآشکاری که چرخه منفی ارتباطی را تداوم می بخشند، بشناسند و این چرخه را بهبود بخشند. تأکید درمان هیجان مدار بر مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود و اطرافیان است. درمان هیجان مدار درمانی مبتنی بر رابطه، تجربی و انسان گرا است. نشان داده شده است که تعامل های لحظه به لحظه مراجع-درمانگر و همراهی درمانگر با حالت هیجانی مراجع، نتایج درمان را پیش بینی می کند. مدعیان درمان هیجان مدار بر این باورند که تنظیم هیجان بیش از آن که برنامه ای آموزشی با پروتکلی مشخص باشد، یک فرایند است و از این نظر کار درمانگر بیش از آنکه به کار یک معلم شبیه باشد، به کار مربی شباهت دارد. بیماران در طول جلسات به این درک دست یافتند که هیجانات الزامات ترسناک و پایدار نیستند. لذا می توان به جای فرار از آنها یا درگیر شدن با آنها، پیام پنهانی شان را شنید که در کاهش اضطراب مرگ موثر بود. در همین رابطه اسمری و همکاران (۱۳۹۵) با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افسردگی و اضطراب بیماران نشان دادند که درمان متمرکز بر هیجان با تقویت پردازش و خودآگاهی هیجانی باعث تغییر در طرحواره های هیجانی شده و با جانشین کردن پاسخ های سازگار منجر به کاهش افسردگی و اضطراب می گردد. دلبستگی های ناایمن در کل با آسیب پذیری کلی نسبت به مشکلات سلامت روان و به طور خاص با ابتلا به اختلالات افسردگی و اضطراب مرتبط دانسته شده است. همچنین درمان هیجان مدار، آشفتگی های بیماران، توسط حالت های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب های دلبستگی،



عدم توجه به نیازها و خواسته های درونی، الگوهای تعاملی منفی و تجربه هیجانی نامناسب ایجاد شده و ادامه پیدا می کند. در واقع در درمان هیجان مدار سعی می شود هیجانات، مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام های قابل درک و سازنده تبدیل شوند. مهارت های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است باعث کاهش اضطراب مرگ می شود.

منابع

- اسمری، یوسف. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان گروهی متمرکز بر هیجان (EFT) بر افسردگی، مهارت های حل مسئله و مهارت های اجتماعی - هیجانی در دانش آموزان قلدر متوسطه اول. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی. آذر نیوشان، بهزاد. به پژوه، احمد. غباری بناب، باقر. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد هیجان مدار بر مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی، فصلنامه کودکان/استثنایی. ۲ (۱۲).
- بروجردی، ف. مازندرانی، س. (۱۳۹۸). فراتحلیل مطالعات انجام شده بر اضطراب مرگ. اند/زه گیری تربیتی. ۹ (۳۶)، ۱۱۹-۱۳۶.
- بیرامی، هاشمی، بخشی پور، محمودعلیلو و اقبالی (۱۳۹۳). مقایسه تاثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روانشناختی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان مادران کودکان عقب مانده ذهنی. پژوهش های نوین روانشناختی، ۹ (۳۳)، ۴۴-۵۹.
- شناگوی محرر، غ. شیرازی، م. محمدی، ر. مقصودلو، ف. (۱۳۹۸). تأثیر درمان هیجان مدار بر کاهش علایم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز. مجله دانشکده پزشکی مشهد، ۶۱، ۱۹۰-۲۰۰.
- جزایری، ر. خانه ئی، د. بهرامی خوندایی، ف. منتظری، ن. اعتمادی، ع. (۱۳۹۸). مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان هیجان مدار (EFT) بر تعارض زناشویی بیماران قلبی با سابقه بای پس عروق کرونری. خانواده پژوهی، ۱۵ (۶۰)، ۵۴۰-۵۱۹.
- حاجی علی اکبری مهریزی، س. خسروی، ز. دهشیری، غ. (۱۴۰۰). بررسی اضطراب مرگ، سلامت روان، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در دانشجویان: مقایسه زنان و مردان، دومین کنفرانس بین المللی مدیریت، علوم انسانی و رفتاری در ایران و جهان/اسلام، تهران.
- خرم، ر. پروین، ج. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین تاب آوری و پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان دختر مقطع پیش دانشگاهی شهرستان شادگان، چهارمین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران.
- خوشنام، س. برجعلی، ا. کارگری پادر، ل. امیری، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان هیجان محور بر شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. مجله روانشناسی معاصر، ۹ (۱)، ۹۵-۱۰۶.
- رجبی، غ. بحرانی، م. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤالهای مقیاس اضطراب مرگ. مجله روانشناسی، ۵ (۲۰)، ۳۴۴-۳۳۱.



زمانی، نرگس. (۱۳۹۶). عنوان بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی بر نشان های اختلال افسردگی. پژوهش سلامت، ۲ (۴)، ۲۳۳-۲۲۵.

صالحی، خ. حجتی، م. عابدینی، ز. (۱۳۹۶). پیش بینی میزان اضطراب مرگ براساس، کنترل درونی و بیرونی، هوش معنوی و اضطراب وجودی، در افراد سالمند، اولین همایش ملی دستاوردهای علوم ورزشی و سلامت دانشگاه علوم پزشکی آبادان، اهواز.

صدیقی، م. چراغی، م. هاشم زاده، پ. (۱۴۰۰). بررسی نوع سبک زندگی و اثرات آن بر بیماری های قلبی عروقی. علوم پیراپزشکی و بهداشت نظامی. ۱۶ (۱): ۴۶-۵۶.

عزیزی، ز. علی اکبری دهکردی، م. علی پور، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش نشانگان اضطراب مرگ در بیماران قلبی-عروقی. تحقیقات علوم رفتاری. ۱۷ (۲): ۲۴۴-۲۵۲.

عظیمیان، ج. سلیمانی، م. پهلوان شریف، س. بنی هاشمی، ه. (۱۳۹۸). بررسی تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر اضطراب مرگ بیماران قلبی: کارآزمایی بالینی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا. ۲۷ (۱): ۱-۱۰.

فلاح، م. حسینی، ح. فلاح زاده، ح. میرزایی، م. (۱۴۰۰). بررسی ارتباط افسردگی، اضطراب، استرس و فعالیت فیزیکی با خطر ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی با استفاده از معادلات ساختاری در بزرگسالان شهر یزد. طلوع بهداشت. ۲۰ (۳): ۷۴-۵۹.

نصیر، م. نادری، ف. (۱۳۹۳). رابطه‌ی باورهای مذهبی و انعطاف پذیری کنشی با خوش بینی در دانش آموزان دختر مقطع متوسطه، نشریه زن و فرهنگ، ۶ (۱۹)، ۴۷-۵۹.

Conner, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., & Sherwood, A. (2003). „Social Phobia Inventory “(SPIN). 9 Fragebögen und Ratingskalen zur sozialen Phobie und zu sozialen Ängsten, 176, 296.

Gili, S. (2021). Effectiveness of Emotionally Focused Therapy on Anxiety in Patients with Coronary Artery Disease. *International Journal of Body, Mind and Culture* .

Greenberg L, Watson J (2009), Experiential Therapy of Depression: Differential Effects of Client-Centered Relationship Conditions and Process Experiential Interventions, *Psychotherapy Research*, 8(2): 210-224.

Greenberg L, Watson J (2009), Experiential Therapy of Depression: Differential Effects of Client-Centered Relationship Conditions and Process Experiential Interventions, *Psychotherapy Research*, 8 (2): 210-224 .

Hamill. S. (۲۰۱۲). Resiliency and self-efficacy: The importance of efficacy beliefs and coping mechanisms in resilient adolescents. *Colgate university Journal of the sci Harris*, P.L. (۱۹۹۱). The Work of the Imitation, In A. Whiten (Ed.), *Natural Theories of Mind* (Pp. ۲۸۳-۳۰۴). Oxford, UK: Basil Blackwell.



Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2015). *Harrison's principles of internal medicine, 19e* (Vol. 1, No. 2). New York, NY, USA:: McGraw-hill.

Khodabakhshi-Koolaei, A. , Falsafinejad, M. R. , Zoljalali, T. , & Ghazizadeh, C. (2022). Dialectical Behavior Therapy: Effect on Emotion Regulation and Death Anxiety in Older Female Adults. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 00302228211065960 .

Kuru Alici, N. , Zorba Bahceli, P. , & Emiroğlu, O. N. (2018). The preliminary effects of laughter therapy on loneliness and death anxiety among older adults living in nursing homes: A nonrandomised pilot study. *International journal of older people nursing*, 13 (4), e12206 .

Menzies, R. E. , Zuccala, M. , Sharpe, L. , & Dar-Nimrod, I. (2018). The effects of psychosocial interventions on death anxiety: A meta-analysis and systematic review of randomised controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, 59, 64-73 .

Mirzaeidoostan, Z. , Zargar, Y. , & Zandi Payam, A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan City, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 25 (1), 2-13 .

Tang, P. L, & et al, 2011, Correlation the correlation of death anxiety between Taiwanese, *Cancer of Nursing*, v. 34(4), p. 286-292.



THE EFFECT OF EMOTION-FOCUSED THERAPY ON ACTION FLEXIBILITY AND DEATH ANXIETY IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE.

Mona Abedi Noghondar^۱, Mojtaba Marghzari^۲, Alireza Taleghani^۳

Abstract

Background & Aims: Cardiovascular diseases are considered as the most important cause of death and disability in Iran and the world. The aim of this study was to determine the effectiveness of emotion-focused therapy on action flexibility and death anxiety in patients with Coronary artery disease.

Materials & Methods: The design of the present study was a quasi-experimental pretest-posttest with a control group. The study population included all patients with coronary heart disease referred to Imam Reza (AS) Hospital in Mashhad in the first half of 1400, including 85 people and the sample group consisted of 30 people who were selected by available sampling method and randomly. They were placed in two groups of 15 people. Research instruments included Connor and Davidson (2003) Action Flexibility Questionnaire, and Templer Death Anxiety Questionnaire (1983). The Greenberg and Watson (2009) protocol was used to perform emotion-driven therapy.

Results: The results of multivariate analysis of covariance showed a significant difference in functional flexibility and death anxiety in patients with Coronary artery disease in the experimental group compared to the control group who did not receive any treatment.

Conclusion: Therefore, the use of emotion-focused therapy with Greenberg and Watson protocol can be suggested to improve action flexibility and death anxiety in patients with coronary artery disease.

KeyWords: Emotion-focused therapy; Action flexibility; Death anxiety; Coronary artery disease.

Address: Mashhad city, Postal code: 9139744144

Tel: +989305661190

Email: monaabedi۱۹۹۵@gmail.com

¹ M.Sc. of General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e Jam Branch (Corresponding Author)

² M.Sc. of General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e Jam Branch Hakim Toos Non-Profit Institute, Mashhad

³ M.Sc. of General Psychology, Department of Psychology, Hakim Toos Non-Profit Institute, Mashhad