فصلنامه ایده های نوین روانشناسی

دوره ۱۲، شماره ۱۶، بهار سال ۱۴۰۱

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

منا عابدی نقندر*[۱]، مجتبی مرغزاری[۲]، علیرضا طالقانی[۳]

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی عروقی به عنوان مهم‌ترین عامل مرگ و ازکارافتادگی در ایران و جهان محسوب می‌شوند. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری 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 هیجان‌مدار از پروتکل گرینبرگ و واتسون (۲۰۰۹)، استفاده شد.

یافته‌ها: 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 نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های بدست آمده می‌توان بکارگیری درمان هیجان‌مدار با پروتکل گرینبرگ و واتسون را جهت بهبود انعطاف پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران عروق کرونر قلب پیشنهاد نمود.

کلید واژه‌ها: درمان هیجان‌مدار؛ انعطاف پذیری کنشی؛ اضطراب مرگ؛ عروق کرونر قلب

۱* دانش‌آموخته مقطع کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام (نویسنده مسئول)

۲ دانش‌آموخته مقطع کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام (marghzarimojtaba@gmail.com)

۳ دانش‌آموخته مقطع کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی موسسه غیر انتفاعی حکیم توس مشهد (Alirezataleghani@gmail.com)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

مقدمه

بیماری‌های قلبی- عروقی شایع‌ترین علت مرگ در اکثر کشورهای جهان است و بر اساس آمار یک سوم سکته 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 بیماری‌ها، هزینه‌های هنگفتی را بر دوش جوامع گذاشته اند (صدیقی و همکاران، ۱۴۰۰). بیماری‌های عروق کرونر[1] مهم‌ترین 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 می‌شود و توقف جریان خون میوکارد باعث اختلال در عمل عضله قلب می‌گردد (کاسپر[2] و همکاران، ۲۰۱۵).

یکی از مهم ترین پیش‌بینی کننده‌های بیماری‌های قلبی عروقی وجود اضطراب و استرس در افراد می‌باشد. نتایج مطالعات حاکی از آن است که اضطراب، استرس و افسردگی به طور مستقیم و غیرمستقیم پیش‌بینی کننده خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی هستند (فلاح و همکاران، ۱۴۰۰). از انواع اضطراب که می‌تواند سلامت را به شدت تحت تاثیر قرار دهد اضطراب مرگ است که شامل افکار، ترس ها و هیجانات مرتبط با پایان زندگی می‌باشد. بر اساس مطالعات اضطراب مرگ در میان جمعیت عمومی، پدیده‌ای شایع است (صالحی و همکاران، ۱۳۹۶). اضطراب مرگ به دلیل نقش اساسی که در سلامت انسان بازی می‌کند 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 می‌تواند اضطراب جان فرسایی را بر دل هر انسانی پدید آورد. مرگ به خاطر اهمیت پر از ابهامش برای بسیاری از انسان‌ها به صورت تهدیدآمیز جلوه می‌کند. ترس از مرگ در میان تمام فرهنگ‌ها متداول است و ادیان مختلف به طرق گوناگون با آن برخورد می‌کنند. 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 می‌کند. اضطراب مرگ را به عنوان ترس از مردن خود و دیگران تعریف می‌کنند، به بیانی دیگر اضطراب مرگ شامل پیش بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن از جنبه‌های 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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

که پس از مرگ رخ می‌دهند تعریف می شود. ا ضطراب مرگ شامل پیش بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن درباره ی افراد مهم زندگی است (تانگ[1] ۲۰۱۱).

یکی از عواملی که سبب سازگاری هر چه بیشتر آدمی با ا ضطراب‌ها تهدیدهای زندگی می‌گردد و با سلامت روان رابطه نزدیکی دارد انعطاف‌پذیری کنشی[2]می‌باشد. انعطاف‌پذیری کنشی، جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان شناسی تحول، روان شناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است. انعطاف‌پذیری کنشی را یک فرایند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف نمود ه اند. به بیان دیگر انعطاف‌پذیری کنشی، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار اســـت (خرم و جباری، ۱۳۹۴). هامیل[3](۲۰۱۲)، انعطاف‌پذیری کنشـــی را به عنوان شـــایســـتگی 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 می‌آیند و با پرورش صـــفاتی از قبیل ویژگی‌های زیر انعطاف‌پذیری کنشـــی را در خود حفظ می‌کنند: توانایی حل مســـئله: تفکر منتقدانه و خلاق، برنامه ریزی و پذیرش کمک از دیگران. خودمختاری: احســـاس هویت، خودکارآمدی و خودآگاهی و تسلط بر خود و پشت سر گذاشتن سازگارانه شرایط و پیام‌های منفی و ناگوار. هدفمندی و باور به آینده‌ای رو شن: هدف گرایی، خوش بینی و ایمان. شای ستگی اجتماعی: تأثیرپذیری، انعطاف‌پذیری فرهنگی، همدلی، مهارت‌های ارتباطی و شوخ طبعی. انعطاف‌پذیری کنشی صرفاً پایداری دربرابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدآمیز نیست) حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نی ست) بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط ا ست و می توان گفت که انعطاف‌پذیری کنشی توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط خطرناک می باشد (کانر[4]و همکاران، ۲۰۰۳).

از روش‌های متنوعی جهت بهبود اضـــطراب مرگ اســـتفاده شـــده که از آن جمله می‌توان به رفتاردرمانی دیالکتیک (خدابخشـــی کولایی[5] ۲۰۲۲)؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (میرزائی دوســـتان[6]و همکاران، ۲۰۱۹)؛ خنده درمانی (کوروآلیســـی[7]و همکاران، ۲۰۱۸)؛ مداخلات روانی اجتماعی (منزیس[8]و همکاران، ۲۰۱۸)؛ درمان هیجان‌محور[9](گیلی؛[10] ۲۰۲۱)، ا شاره نمود. در پژوهش جاری به برر سی اثر درمان هیجان‌محور بر بهبود ا ضطراب مرگ و انعطاف‌پذیری کن شی پرداخته شد.

---

1 Tang
2 action flexibility
3 Hamill
4 Conner
5 Khodabakhshi-Koolaee
6 Mirzaeidoostan
7 Kuru Alıcı
8 Menzies
9 Emotionally Focused Therapy
1 Gili 0

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

برخی از انواع درمان‌ها می توانند به تنظیم افکار و برقراری ارتباط بهتر، مهارت‌های حل مساله و مدیریت علائم بیماری کمک کنند. یکی از درمان‌های پیشنهادی رویکرد هیجان‌مدار است. این رویکرد مربوط به فعال سازی و سازماندهی مجدد طرحواره‌های هیجانی می شود. درمان هیجان‌مدار با تلفیق اصول و راهبردهای وجودی انسانگرا در آموزه‌های شناختی، دو دیدگاه متعارض تجربه گرایی و تعقل گرایی را به هم نزدیک نمود (گرینبرگ و واتسون[1]، ۲۰۰۹).

یکی از مزایای روش درمان هیجان‌مدار 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 ویژگی‌ها باعث کاهش احتمال عود اختلالات پس از بکارگیری این روش درمانی شده است. ارزیابی سبک ارتباطی اولین مرحله از درمان هیجان‌مدار را تشکیل می دهد. با اجرای این مرحله انواع دفاع‌های فرد آشکار می‌شود و پیامدهای آن برای فرد تشریح می‌شود، با تکرار این مراحل هیجانات ناآشکاری و سرکوب شده برای فرد آشکار شده و وی قادر می‌شود چرخه ارتباطی منفی که ناشی از وجود این هیجانات ناآشکار و سرکوب شده بود را بهبود بخشد. از دیگر ویژگی‌های درمان هیجان‌مدار می توان به تاکید بر سبک‌های 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 هیجان‌مدار بر این اصل کلیدی که همه چیز جاری و در حرکت است، استوار است. این رویکرد تاکید می کنند که فرایند تجربه، ویژگی‌های 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 هیجان‌مدار، 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 محرک‌های حسی حرکتی، حافظه هیجانی و اطلاعات سطح ادراکی را ترکیب می کند بر خلاف طرحواره شناختی، طرحواره هیجانی ساختاری است که دارای مولفه‌های 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 هیجان‌مدار و تحریک الکتریکی فراجمجمه‌ای بر اضطراب و افسردگی بیماران قلبی پرداختند. نتایج حاکی از برتری درمان هیجان‌مدار بر بهبود اضطراب و افسردگی بیماران قلبی بود. به علاوه درمرحله پس‌آزمون-پیگیری تفاوت معنی‌دار مشاهده شد. که بیانگر پایداری تغییرات مداخله است. علاوه بر آن جزایری (۱۳۹۸)، در مطالعه‌ای به مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار بر تعارض‌زناشویی بیماران قلبی با سابقه بای‌پس عروق کرونر پرداختند که نتایج نشان‌دهنده اثربخشی هر دو مداخله بر بهبود تعارضات زناشویی در این بیماران بود و تأثیر مداخله‌ها در مرحله پیگیری ماندگار بود. مطابق جستجوی انجام شده تاکنون به بررسی اثر درمان هیجان‌مدار بر انعطاف پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران

1 Greenberg, Watson

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

مبتلا به عروق کرونر قلبی پرداخته نشده است. لذا سوال اساسی این پژوهش این است که آیا بکارگیری درمان هیجان‌مدار 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 دا شتند (نمره انعطاف‌پذیری 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: گذ شت حداقل شش ماه از ابتلا فرد به بیماری عروق کرونر قلب، ر ضایت آگاهانه، توانایی شرکت درجلسات گروه درمانی، نداشتن سابقه ابتلا به بیماریهای مزمن جسمی، قرار داشتن در محده سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، عدم شرکت درکلاس‌های آموز شی رواند شناختی به طور همزمان، دارای حداقل دا شتن سواد خواندن و نو شتن، دارای نمره پایین در در آزمون انعطاف‌پذیری کنشی و نمره بالا در ا ضطراب مرگ، ندا شتن سابقه مصرف داروهای روان ومواد مخدر بود. معیارهای خروج شامل: غیبت بیش از دو جل سه، شرکت همزمان در سایر درمان‌ها و آموزش‌ها، عدم همکاری و یا پرکردن پرسشنامه‌ها به صورت ناقص بود.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری کنشی کانر و دیویدسون[1](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 گزینه‌ای (کاملاً نادر ست تا همیشه در ست) در نظر گرفته شده که از صفر (کاملاً نادر ست) تا چهار (همیشه در ست) نمره‌گذاری می شود. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف انعطاف‌پذیری 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 سئوال 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 پا سخ فرد ن شانگر عدم وجود ا ضطراب مرگ با شد). مقیاس سنجش ا ضطراب مرگ تمپلر یک پر سشنامه 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 دان شجو در شهر اهواز برر سی کرده و هم سانی درونی آن را ۷۳ در صد و ضریب همب ستگی سئوالات مقیاس را ۹۵ ٪ گزارش نمودند.

[1] Connor & Davidson

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

روند اجرای پژوهش به این شکل بود که پس از موافقت مدیریت کلینیک باران مشهد، ابتدا لیستی از بیماران کرنر 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 آزمودنی‌ها ریزش داشتند و نمونه اصلی شامل تعداد ۳۰ نفر شدند که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند (نمره انعطاف‌پذیری 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 دقیقه‌ای (در بازه زمانی فروردین تا خرداد ماه) پروتکل درمان هیجان‌مدارگرینبرگ 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 پرسشنامه‌های الکترونیکی در هردو گروه مجدداً اجرا گردید و به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد. پروتکل درمان هیجان‌مدار در جدول (۱) گزارش شده است.

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

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	پس از آشنایی، برقراری رابطه حسنه از طریق همدلی پیشرفته و قنون 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، ثانوپه و یا ابزاری از طریق کار بر روی مار کرهای خرد و وظیفهای و استفاده از فنون کار با صندلی
جلسه ششم	شناسایی و کار بر روی وقفه‌ها یا انسدادهای دسترسی به هیجانات اولیه و ثانویه و تجربه
جلسه هفتم	ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژهای از مشکل کنونی و مرتبط کردن آن با تصاویر خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه‌های 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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

یافته‌ها

در پژوهش جاری به بررسی اثر درمان هیجان‌مدار بر روی انعطاف پذیری 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 پیاده سازی شد و متغیرهای وابسته عبارتند از نمرات پس آزمون متغیرهای انعطاف‌پذیری کنشی و اضطراب مرگ و همچنین نمرات پیش آزمون 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 ۸/۱۱±۴۵/۷۶ سال و در گروه کنترل ۶۵/۲۶±۴۸/۹ سال بود. همچنین ۵۸٪ از افراد گروه آزمایش و ۶۴٪ از افراد گروه کنترل را زنان تشکیل می دادند و بقیه آزمودنی‌ها مرد بودند. میانگین متغیرهای پژوهش در جدول (۲) گزارش شده است.

جدول (۲): میانگین متغیرهای پژوهش

مؤلفه	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

جدول (۴): آزمون تحلیل واریانس جهت بررسی مولفه‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	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

براساس 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 می گردد. به بیان دیگر درمان هیجان‌مدار تاثیر معناداری بر افزایش انعطاف پذیری کنشی و کاهش اضطراب مرگ در مبتلایان به بیماری عروق کرونر دارد.

بحث و نتیجه گیری

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 اطیمنان 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 می توان 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 باز سازی هیجانی در هشت گام تعیین می شود. این سه مرحله باهم همپوشی دارند و در سرتاسر درمان به مراجع به عنوان فرد متخصص در مورد تجربه خود و به درمانگر به عنوان راهنما و تسهیل گر برای اهداف مراجع نگریسته می شود. در درمان هیجان‌محور نظر بر این است که شیوه ای که افراد تجارب هیجانی را سازمان دهی و پردازش می کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می کنند، 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 بی بدیلی 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 می تواند مانع بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

گردد. درمان هیجان‌محور با ایجاد تعاملات سازنده بین بیماران و خانواده نزدیک و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن باعث رضایتمندی و کاهش تحریف‌های شناختی در آنان می‌شود. مطالعات نشان داده که این رویکرد بر تغییر رفتارهای دلبستگی به عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز می‌کند هدف درمان هیجان‌محور کمک به مراجعان در دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبت است (آذرنیوشان، ۱۳۹۱).

تحقیقات نشان داده اند که عدم انعطاف‌پذیری کنشی با سطوح بالای پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی در ارتباط است. انعطاف‌پذیری 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 پرخاشگرانه ارتباط دارد. افراد با انعطاف‌پذیری 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 انعطاف‌پذیری کمتری به وقایع محیطی متنوع پاسخ می دهند، قادر به کنترل برانگیختگی‌های خود نیستند و عواطف منفی زیادی را تجربه می کنند. در نتیجه مستعد اظطراب 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 شیوه‌هایی هستند که به احتمال زیاد منجر به خلق منفی مرتبط با آن می گردد. افراد انعطاف ناپذیر دشواری‌هایی دارند که منجر به مشکلات عملکردی آن‌ها در موقعیت‌ها و تعاملات اجتماعی می گردد. درمان هیجان‌مدار 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 موقعیت‌های اجتماعی و نیز شناخت‌های منفی منجر به کاهش اضطراب مرگ می گردد و با تاکید بر مهارت‌های شناسایی طیف هیجانات خود و سایرین و چگونگی تعدیل و مدیریت هیجانات منفی منجر به بهبود انعطاف‌پذیری می‌شود. 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 مهارت‌هایی برای کاهش اضطراب مرگ است و در راستای درمان هیجان‌مدار، این درمان به مراجعان کمک می کند به جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا مغلوب شدن توسط آن‌ها، بر وجود هیجان‌های خود آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را عمیق تر دریافت کنند. در انتهای پروسه درمانی مراجع دستاوردهای درمان شامل افزایش آگاهی از هیجان‌ها، بیان هیجان‌های تازه، کنار آمدن با دشواری‌ها و ابراز هیجانی مناسب را با یکدیگر هماهنگ می کند و به ادراک تازه‌ای از خود دست می یابد. تصدیق خود تنظیم گری‌ها به مراجع در شناخت خود به عنوان یک انسان انتخاب گر کمک می کند.

همچنین در تبیین یافته‌های پژوهش می توان گفت درمانگران این رویکرد، اجتناب عاطفی یا جدایی هیجانی را مخل روابط می دانند و احساس خوشایند پیوند را عامل افزایش انعطاف‌پذیری 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 هیجان‌مدار، مهارت‌های 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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

حفظ و تداوم رابطه‌های 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 می‌شود تلاش نمایند.

درمان هیجان‌مدار، 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 روش‌ها و تکنیک‌هایی 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 انعطاف‌پذیری 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، معمولا 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 می‌شود 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 شو 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 تکیک‌هایی چون القای هیجان، برچسب زندی 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 وبدین ترتیب انعطاف‌پذیری خود را افزایش دهند.

همچنین در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان 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 نگرش‌ها، احساسات و آگاهی بالایی از خود وجود نداشته و بطور کل به دلیل نداشتن پذیرش وضعیت خود احساسات و برداشت‌های مثبت از خویشتن نداشته، 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 نگرش‌ها، توانایی تصور پیش بینی و آگاهی آشکار از مرگ است، می توان گفت

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

در بیماران مبتلا به ناراحتی قلبی به دلیل تصور منتفی نسبت به بیماری و همچنین میزان معضلات جسمانی در بیماران، توانایی پیش بینی مرگ بالا ست و لذا این بیماران ادراک اضطراب بالابی 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 دریچه‌ای خاص، افراد را مورد توجه قرار داده و به این مساله پرداخته اند (بیرامی، ۱۳۹۳). از این میان درمان هیجان‌مدار یک درمان کوتاه مدت نظام دار است که مربوط به فعال سازی و سازماندهی مجدد طرح واره‌های هیجانی می شود. درمان با هیجان‌مدار با تلفیق اصـول و راهبردهای وجودی انسـان گرا در آموزه‌های شـناختی، دو دیدگاه متعارض تجربه گرایی و تعقل گرایی را به هم نزدیک نمود. روان درمانی هیجان‌مدار بر این اصل کلیدی که همه چیز جاری و در حرکت است، استوار است. این رویکرد تاکید می کند که فرایند تجربه، ویژگی‌های شـخصـیتی، روابط میان فردی و حتی تغییرات مراجع را تحت تأثیر قرار می دهد. این رویکرد، یک درمان رابطه‌ای است که درمان‌های گشتالتی و مراجع محور را با هم تلفیق می کند. این درمان به هیجان‌ها 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 دسترسی می یابند منجر به تغییر در طرحواره‌های هیجانی و سازماندهی آنان که تحت عملکردهای روانشناختی مشکل ساز قرار دارد می شود. درمان هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد و احتمال عود در آن به شـدت کمتر اسـت (زمانی، ۱۳۹۶). این درمان در اولین مرحله به ارزیابی سـبک ارتباطی میپردازد و پس ازاینکه دفاع‌ها آشـکار شـدند، این سـبک را برای فرد آشـکار سـاخته 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 هیجان‌مدار بر مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود و اطرافیان است. درمان هیجان‌مدار درمانی مبتنی بر رابطه، تجربی و انسان گرا است. نشان داده شده است که تعامل‌های لحظه به لحظه مراجع-درمانگر و همراهی درمانگر با حالت هیجانی مراجع، نتایج درمان را پیش بینی می کند. مدعیان درمان هیجان‌مدار بر این باورند که تنظیم هیجان بیش از آن که برنامه‌ای آموزشـی 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 الزاما 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 طرحواره‌های هیجانی شـده و با جانشین کردن پاسخ‌های سازگار منجر به کاهش افسردگی و اضطراب می گردد. دلبستگی‌های 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 هیجان‌مدار، آشفتگی‌های بیماران، توسط حالت‌های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دلبستگی،

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

عدم توجه به نیازها و خواسته‌های درونی، الگوهای تعاملی منفی و تجربه هیجانی نامناسب ایجادشده و ادامه پیدا می کند. در واقع در درمان هیجان‌مدار سعی می شود هیجانات، مورد شنا سایی قرارگرفته و به پیام‌های قابل درک و سازنده تبدیل شوند. مهارت‌های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است باعث کاهش اضطراب مرگ می‌شود.

منابع

اسمری، یوسف. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان گروهی متمرکز بر هیجان (EFT) بر افسردگی، مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی – هیجانی در دانش آموزان قلدر متوسطه اول. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.

آذر نیوشان، بهزاد. به پژوه، احمد. غباری بناب، باقر. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار 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. *اندازه گیری تربیتی*, ۹ (۳۶)، ۱۳۶-۱۱۹.

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.*

ثناگوی محرر، غ. شیرازی، م. محمدی، ر. مقصودلو، ف. (۱۳۹۸). تأثیر درمان هیجان‌مدار بر کاهش علایم اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز. *مجله دانشکده پزشکی مشهد*، ۶۱، ۲۰۰-۱۹۰.

جزایری، ر. خانه ئی، د. بهرامی خوندابی، ف. منتظری، ن. اعتمادی، ع. (۱۳۹۸). مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان هیجان‌مدار (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 هیجان‌محور بر شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. *مجله روانشناسی معاصر*، ۹(۱)، ۹۵-۱۰۶.

رجبی، غ. بحرانی، م. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سوالهای مقیاس اضطراب مرگ. مجله روانشناسی، ۵(۲۰)، ۳۴۴-۳۳۱.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

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 ابن‌سینا*. 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

نضیر، 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)، ۵۹-۴۷.

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 copingmechanisms 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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

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-Koolaee, 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 Alıcı, 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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۲، شماره ۱۶، بهار سال ۱۴۰۱

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

Mona Abedi Noghondar[1], Mojtaba Marghzari[2], Alireza Taleghani [3]

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*

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-21]