MEJDS. 2019; 9:81.

Published online 2019 Nov. **Research Article**

Emotion Regulation Strategies Based on Gross Model Processing on Perceived Stress in Patients with Coronary Artery Disease

Javanbakht Amiri L[1], *Hatami M[2], Asadi J[3], Ranjbaripoor T[4]

Author Address
1. Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran;
2. Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran;
3. Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran;
4. Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
***Corresponding Author's Email:** Hatami513@gmail.com

Received: 2018 March 13; **Accepted**: 2018 May 19

Abstract

Background & Objective: Coronary heart disease (CHD) is the most common type of cardiovascular disease among adults throughout the world, including in Iran. Stress is experienced during the life and effect of that depends on individual sensibility will different. McEwen (1998) explained that a controllable stress is healthy and has beneficial to grow. However, high level of perceived stress may influence the quality of the immune system (Cohen, 1996). For example, Morgan (1997) and Walton (2002) found that exam anxiety is the most commonly perceived stress experienced by undergraduate students. Sometime high level of perceived stress lead to suicide. Emotion adjustment refers to strategies that individuals use to control of excite, exacerbate and express a wide range of emotions. Emotion regulation and dysregulation plays an important role in the continuation of emotional disturbances. People who have trouble in expressing and experiencing excitement use maladaptive emotional regulation strategies such as suppressing and avoiding, hiding or ignoring them, with negative consequences. More effort to control an emotional experience leads to an increase in emotions that an individual try to adjust them. This pattern may put individuals in a disorder emotional and psychological arousal. Therefore more unsuccessful attempts to suppress them, which in turn contribute to psychological distress and reduce mental well–being and quality of life. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of emotion regulation strategies based on Gross model processing on perceived stress in patients with coronary artery disease.

Methods: The study method was semi–experimental (experimental) and statistical population of the study was coronary heart patients who referred to the heart clinic of Dr. Bahonar Hospital in Karaj city (Alborz province, North of Iran) in 2015–16. Of them, 40 volunteers were selected and then randomly divided into two groups experiment and control (n=20 for each group). The experimental group received acceptance and commitment treatment (ACT) in 9 sessions. The instruments of the research were stress perception questionnaire. Data were collected before and after the treatment, and analyzed by SPSS software, using variable analysis with repeated measurements.

Results: The results showed that the mean and standard deviation of the pre–test scores of perceived stress in the experimental group were 37.65 and 7.60, respectively. Mean and standard deviation of post–test score in the experimental group were 20.54 and 5.38, respectively. The mean and standard deviation of the pre–test scores of perceived stress in the control group were 25.30 and 6.62, respectively. Mean and standard deviation of post–test scores in the control group were 38.30 and 5.68, respectively. The results of analysis of variance analysis with repeated measurements showed that Grass's emotional ordering strategies significantly reduced the perceived stress of cardiac patients ($p<0.001$).

Conclusion: Based on the findings of this study, these results can be considered as a supportive tool for psychotherapy based on Grass's emotional ordering strategies in coronary heart disease patients to improve stress.

Keywords: Process emotion regulation, Perceived Stress, Coronary Heart Disease.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.44.6]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۸۱.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس بر میزان استرس ادراک‌شده در بیماران قلبی

لاله جوانبخت امیری[۱]، *محمد حاتمی[۲]، اردشیر اسدی[۳]، طاهره رنجبری‌پور[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم‌تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛

۳. گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران؛

۴. گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Hatami513@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۲اسفند۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۹اردیبهشت۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: بیماری کرونری قلبی (CHD) از انواع شایع‌تر بیماری قلبی در ایران است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس بر میزان استرس ادراک‌شده در بیماران قلبی انجام شد.

روش‌بررسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را بیماران قلبی بیمارستان دکترباهنر کرج در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه (هرکدام ۲۰ نفر) تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسشنامهٔ استرس ادراک‌شدهٔ کوهن (۱۹۸۳) بود. داده‌ها قبل و بعد از اجرای نُه جلسه درمان جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱، به‌شیوهٔ تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تجزیه‌و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار نمرهٔ پیش‌آزمون در گروه آزمایش به‌ترتیب ۳۷/۶۵ و ۷/۶۰ و پس‌آزمون به‌ترتیب ۲۰/۵۴ و ۳/۵۸ به‌دست آمد. همچنین نمرهٔ پیش‌آزمون در گروه گواه به‌ترتیب ۲۵/۳۰ و ۶/۶۲ و پس‌آزمون به‌ترتیب ۳۸/۳۰ و ۵/۶۸ بود. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مشخص کرد درمان به‌طور معناداری موجب کاهش استرس بیماران شده است ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش حاضر، این نتایج می‌تواند پشتوانه‌ای برای انجام درمان راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس در بیماران قلبی جهت بهبود استرس ادراک‌شده باشد.

کلیدواژه‌ها: راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس، استرس ادراک‌شده، بیماران قلبی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.44.6]

۱ مقدمه

این واقعیت که بیماری کرونری قلبی (CHD) نوع شایع‌تر بیماری قلبی‌عروقی (CVD) در میان بزرگسالان است، نگرانی عمده برای سلامت عمومی به‌شمار می‌رود. تخمین زده شده است هشت‌میلیون نفر در سراسر جهان به‌علت بیماری کرونری قلبی در سال ۲۰۱۳ فوت کرده و این رقم تا سال ۲۰۲۰ به ۱۱/۱میلیون نفر افزایش خواهد یافت. پیش‌بینی می‌شود بیماری کرونری قلبی در سال ۲۰۳۰ تبدیل به قاتل جهانی شود (۱). یکی از مفاهیم روان‌شناختی استرس است که کارکرد فرد را در قلمرو اجتماعی‌روان‌شناختی و جسمانی با فیزیولوژیکی دچار اختلال می‌کند. استرس مرتبط با کار اغلب با بیماری کرونری قلبی ارتباط دارد (۲).

درواقع، استرس ممکن است از عوامل ارتباطی بسیار مهم بین وضعیت اجتماعی‌اقتصادی ضعیف (SES) و نتایج بیماری کرونری قلبی و مرگ‌ومیر باشد (۳). در همین راستا واتز و کانل در طی پژوهشی دریافتند بین استرس مزمن و افزایش التهاب رابطهٔ معناداری وجود دارد و با آنکه مکانیزم اثرگذاری هنوز به‌طور کامل شناخته نشده است، استرس روان‌شناختی را عاملی مستقل و پرخطر در افزایش التهاب‌های عروق کرونری گزارش کردند (۴). در مطالعهٔ ژانگ و همکاران برای کاهش استرس در بیماران کرونر قلبی در سنگاپور نرم‌افزار SBCHDP تولید و روی موبایل شخصی بیماران نصب شد. این نرم‌افزار در طی چهار مرحله مدیریت استرس و نحوهٔ تنفس صحیح و فنون آرامش‌بخشی را به بیماران آموزش داد (۵). پسندیده و زارع در طی پژوهشی بیان کردند علاوه‌بر درمان جسمی، مداخلات روان‌شناختی برای بیماران قلبی باید مدنظر قرار گیرد (۶).

ازسوی‌دیگر هیجان‌ها به‌عنوان جزئی از شخصیت، نقش اساسی و مؤثری در بروز بیماری‌های روان‌تنی به‌ویژه بیماری کرونری قلب دارند. هیجان‌ها پدیده‌های چندوجهی هستند که تا اندازه‌ای حالت‌های عاطفی ذهنی بوده و باعث احساس‌کردن به‌شیوهٔ خاص، می‌شوند (۷). پژوهش‌ها نشان دادند هیجان و عاطفهٔ منفی و خشم و خصومت علاوه‌بر بروز بیماری عروق کرونر قلب، تشدید و وخامت آن را نیز به‌همراه دارد (۸). در همین راستا نظم‌جویی هیجانی به‌عنوان یکی از زیرمؤلفه‌های نظم‌جویی عاطفه به فرآیند تعدیل تجارب هیجانی به‌شیوهٔ هشیار یا ناهشیار اطلاق شده که به‌منظور پاسخ‌دهی مناسب به تقاضاهای متنوع راه‌اندازی می‌شود. به‌عبارت‌دیگر به این موضوع اشاره دارد که فرد چه هیجانی دارد و چه زمان‌هایی این هیجان را تجربه می‌کند و چگونه این هیجان را ابراز می‌کند (۹).

در چنین موقعیتی استفاده از درمان‌های جدید درحوزهٔ نظم‌جویی هیجان، ضرورت می‌یابد. الگوی فرایندی نظم‌جویی هیجان[1] گروس، یکی از شیوه‌های درمانی بوده که به‌تازگی استفاده شده است. گروس با کمک تعاریف زیر این الگو را توصیف می‌کند: این فرآیند تمامی راهبردهای آگاهانه و ناآگاهانه‌ای را در بر می‌گیرد که از آن‌ها به‌منظور افزایش و حفظ یا کاهش یک یا تعداد بیشتری از عناصر مرتبط با پاسخ‌های هیجانی استفاده می‌شود (۱۰). ادعای بنیادی این الگو آن است که راهبردهای نظم‌جویی هیجان در این باره با هم متفاوتند که چه زمانی اثر ابتدایی‌شان را بر فرآیندهای تولید هیجان اعمال می‌کنند؛ به این ترتیب که راهبردهایی که قبل از فعال‌شدن پاسخ‌های هیجانی به‌کار گرفته شده، متمرکز بر پیشایند[2] و آن‌هایی که پس از جریان‌یافتن هیجان و تولید پاسخ استفاده شده، متمرکز بر پاسخ[3] نام می‌گیرند (۱۰). هیجان‌ها می‌توانند به‌وسیلهٔ دامنهٔ وسیعی از فرایندهای شناختی ناآگاهانه مانند فرایندهای توجه انتخابی، تحریف حافظه، انکار، فرافکنی یا ازطریق فرایندهای شناختی آگاهانه مانند سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری یا فاجعه‌سازی مدیریت شوند (۱۰).

نلیز و همکاران (۱۱) در پژوهشی بیان داشتند علاوه‌بر اختلال‌های روانی، بیماری‌های جسمانی مانند بیماری‌های روان‌تنی ازقبیل میگرن یا بیماری‌های قلبی و عروقی، یا مشکلاتی در رابطه با ارتباط‌های اجتماعی نیز از پیامدهای مشکل‌های نظم‌جویی هیجان هستند.

پژوهش‌های متفاوتی دربارهٔ استفاده از راهبردهای الگوی فرآیندی نظم‌جویی هیجان صورت گرفته است. برای مثال، بررسی اثربخشی راهبردهای نظم‌جویی هیجان در تعدیل پیامدهای هیجانی، نشان داد به‌ترتیب فرآیندهای مربوط به تغییر شناختی اثربخشی بیشتر و تعدیل پاسخ اثربخشی کمتر را بر پاسخ‌های هیجانی دارند (۱۲). همچنین باتوجه به نتایج تحقیق کابزانسکی و همکاران، بین راهبرد ناسازگارانهٔ نشخوارگری و بیماری‌های قلبی رابطه وجود دارد (۱۳). ولاین و همکاران (۱۴) در مطالعه‌ای دریافتند افراد مبتلا به بیماری‌هایی چون درد مزمن و بیماری‌های قلبی، راهبرد شناختی نشخوارگری را بیشتر از جمعیت بهنجار به‌کار می‌گیرند. به‌علاوه نتایج مطالعهٔ اعتمادی‌فر و همکاران مشخص کرد بیماران قلبی درمقایسه با گروه بهنجار بیشتر از راهبردهای ناسازگارانهٔ نظم‌جویی هیجان، مانند مسالمت دیگران و نشخوارگری و فاجعه‌سازی، استفاده می‌کنند و در مقابل کمتر از راهبردهای سازگارانه بهره می‌برند (۱۵). همچنین درخصوص اثربخشی راهبردهای تنظیم هیجانی می‌توان به مطالعاتی مانند بویسه و همکاران (۱۶)، فارشیون و همکاران (۱۷)، عبدی (۱۸) و سووگ و همکاران (۱۹) اشاره کرد. در این پژوهش‌ها به اختلال‌های درونی‌سازی، همانند افسردگی و اختلال‌های استرسی و اختلال‌های برونی‌سازی همچون اختلال‌های خوردن و سوءمصرف الکل و موادمخدر پرداخته شده است. به‌دلیل تأثیر متقابل جنبه‌های مختلف عوامل جسمانی و روان‌شناختی در بیماری انسداد عروق کرونر قلب، با نظر به اینکه در ایران پژوهشی درخصوص اثربخشی راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس بر استرس ادراک‌شده در بیماران انسداد عروق کرونر توسط پژوهشگر یافت نشد، لذا باتوجه به مطالب مذکور هدف از انجام این مطالعه بررسی اثربخشی راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس در کاهش میزان استرس ادراک‌شده در بیماران کرونر قلبی بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی و طرح آن طرحی دو گروهی

[1]. Process model of emotion regulation

[2]. Antecedent-focused strategy

[3]. Response-focused strategy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.44.6]

(یک‌گروه آزمایش و یک‌گروه گواه) با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که در آن اثربخشی راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس متغیر مستقل و استرس ادراک‌شده متغیر وابسته درنظر گرفته شدند. متغیر مستقل فقط برای گروه آزمایش اجرا شد. جامعهٔ آماری این پژوهش را مردان مبتلا به بیماری قلبی (CHD) در شهر کرج تشکیل دادند که به‌کلینیک قلب بیمارستان دکترباهنر کرج در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ در شهر کرج مراجعه کردند. گروه نمونه افرادی بودند که پس از احراز شرایط روند درمان را گذراندند. تعداد ۴۰ نفر با مجوز از واحد پژوهش علوم‌پزشکی کرج براساس ملاک‌های ورود انتخاب و باکسب اجازهٔ رضایت از آن‌ها وارد پژوهش شدند. تحلیل توان برای تعیین حجم نمونهٔ لازم صورت گرفت. اندازهٔ اثر (ES) در حد F^2=۰/۸۳ و با استفاده از برنامهٔ جی‌پاور سطح معناداری ۰/۰۵ و POWER=۰/۹۰ و تعداد متغیرها k=۱ تعداد ۲۰ نفر به‌عنوان حجم نمونه برای هر گروه در نظر گرفته شد. این افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی ۲۰نفره و گروه گواه ۲۰نفره تقسیم شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامهٔ استرس ادراک‌شده را در دورهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: سن بین ۳۴تا۵۷ سال؛ تحصیلات حداقل سیکل (سوم راهنمایی)؛ دریافت‌نکردن داروهای روان‌گردان؛ جنسیت زن؛ دریافت‌نکردن هم‌زمان روان‌درمانی دیگر. معیارهای خروج شامل افسردگی اساسی و اختلال‌های استرسی و اختلال شخصیت شدید و نیز سوءمصرف موادمخدر بود. ذکر این نکته ضروری است که مُراجعان نباید چهار ماه قبل از ورود به درمان، داروهای ضداضطراب و ضدافسردگی مصرف کرده باشند. مُراجعانی که دارو مصرف کردند از پژوهش کنار گذاشته شدند. برای جلوگیری از سوگیری‌های احتمالی، تشخیص به فرد دیگری غیر از پژوهشگر واگذار شد. برای اینکه مشخص شود افراد اختلال شخصیت شدید ندارند، پرسشنامهٔ بالینی چندمحوری میلون[1] (MCMI) روی آن‌ها اجرا شد. منظور از اختلال شخصیت شدید طبق نظر میلون، اختلال شخصیت مرزی و اسکیزوتایپال و پارانوئید است. علاوه‌براین کسانی که در MCMI نمرهٔ نرخ پایهٔ[2] (BR) آن‌ها بیشتر از ۸۴ بوده، از پژوهش کنار گذاشته شدند. در این پژوهش ملاحظات کمیتهٔ اخلاق در کل فرآیند پژوهش رعایت شد و نیز از بیماران، برای شرکت در پژوهش رضایت‌نامه اخذ گردید. همچنین درخصوص محرمانه‌بودن اطلاعات به تمامی شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد.

در این پژوهش ابزار زیر به‌کار رفت:

ـ پرسشنامهٔ استرس ادراک‌شده: این پرسشنامه را در سال ۱۹۸۳ کوهن و همکاران (۲۰) تهیه کردند که ۱۴ ماده دارد و برای سنجش میزان استرسی به‌کار می‌رود که شخص در طول یک‌ماه گذشته در زندگی خود تجربه کرده است. در این آزمون از مقیاس پنج‌گزینه‌ای هرگز، خیلی‌کم، متوسط، نسبتاً زیاد و خیلی زیاد استفاده می‌شود و آزمودنی براساس گزینه‌ای که انتخاب می‌کند بین ۰تا۴ نمره می‌گیرد. پایایی این آزمون به‌روش همسانی درونی ازطریق آلفای کرونباخ بین ۰/۸۴تا۰/۸۶ گزارش شد و به‌طورکلی ملاک‌های روایی این مقیاس تحت‌تأثیر جنسیت و سن قرار نمی‌گیرد (۲۰). این مقیاس را قربانی و همکاران در پژوهشی بین‌فرهنگی به‌صورت آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ برای آزمودنی‌های ایرانی و ۰/۸۶ برای آزمودنی‌های آمریکایی نشان دادند (۲۱).

دورهٔ مداخله نیز باتوجه به جدول راهنمای گام‌به‌گام جلسات درمان، در نُه جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای صورت گرفت. بیماران در جلسات مشخص‌شده با استفاده از پرسشنامهٔ مربوط ارزیابی شدند. بستهٔ کامل درمان آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان مبتنی‌بر مدل گروس را قائدنیای جهرمی و حسنی و حاتمی (۲۲) اعتباریابی کردند.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان تنظیم فرایندی هیجان مبتنی‌بر مدل گروس

جلسات	مراحل	محتوای جلسات
جلسهٔ اول	بیان منطق و مراحل	ضرورت تنظیم هیجان، علت آموختن این مهارت، یافتن دیدگاه‌های درست دربارهٔ هیجان‌ها، مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه، کمک‌کردن همهٔ هیجان‌ها به ما.
جلسهٔ دوم	انتخاب موقعیت	انتخاب ارائهٔ آموزش هیجانی موقعیت هیجان نرمال و هیجان مشکل‌آفرین، خودآگاهی هیجانی: ۱. آموزش و معرفی هیجان، ۲. شناسایی و نام‌گذاری و برچسب‌زدن به احساس‌ها، ۳. تمایز میان هیجان‌های مختلف، ۴. شناسایی هیجان در حالت فیزیکی و روان‌شناختی، ۵. عوامل موفقیت در تنظیم هیجان.
جلسهٔ سوم	انتخاب موقعیت	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا: موقعیت ۱. خودارزیابی با هدف شناخت تجربه‌های هیجانی خویش، ۲. خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد، ۳. خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی فرد، ۴. پیامدهای شناختی واکنش‌های هیجانی، ۵. پیامدهای فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی، ۶. پیامدهای رفتاری واکنش‌های هیجانی و رابطهٔ این سه با هم، ۷. معرفی هیجان خشم و راه‌های غلبه بر خشم.
جلسهٔ چهارم	اصلاح موقعیت	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزانندهٔ هیجان: موقعیت ۱. جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، ۲. آموزش راهبردهای حل مسئله، ۳. آموزش مهارت‌های بین‌فردی (گفت‌وگو اظهار وجود و حل تعارض).

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory

2. Base Rate

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.44.6]

جلسهٔ پنجم	گسترش توجه	تغییر توجه ۱. متوقف‌کردن نشخوار فکری و نگرانی، ۲. آموزش توجه.
جلسهٔ ششم	ارزیابی‌های شناختی	تغییر ارزیابی‌های شناختی: ۱. شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، ۲. آموزش راهبرد بازارزیابی.
جلسهٔ هفتم	تعدیل پاسخ	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان: ۱. شناسایی میزان و نحوهٔ استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، ۲. مواجهه، ۳. آموزش ابراز هیجان، ۴. اصلاح رفتار ازطریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی، ۵. آموزش تخلیهٔ هیجانی و آرمیدگی و عمل معکوس.
جلسهٔ هشتم	ارزیابی و کاربرد	ارزیابی مجدد و رفع موانع: ۱. ارزیابی میزان نیل به اهداف، ۲. کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، ۳. بررسی و رفع موانع انجام تکلیف‌ها.
جلسهٔ نهم	مرور جلسات	مرور

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب نمونهٔ مدنظر، پرسشنامهٔ پژوهش همه در یک‌نوبت و در قالب یک‌شکل به بیماران انتخاب‌شده به‌عنوان نمونه ارائه و توضیح کلی دربارهٔ چگونگی پاسخ‌گویی به آن‌ها برای ایشان داده شد. سپس نمونه‌ها به‌صورت انفرادی به پرسشنامه پاسخ دادند. تمام اطلاعات کسب‌شده در این مطالعه محرمانه بوده و به شرکت‌کنندگان، اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام است. پس از تکمیل پرسشنامه و قرارگیری تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و گواه، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش علاوه‌بر درمان‌های همیشگی خود، در جلسات گروهی اثربخشی راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس نیز شرکت کردند که به‌صورت یک‌ساعته و دوبار در هفته برگزار شد؛ درحالی‌که، شرکت‌کنندگان گروه گواه که در لیست انتظار قرار داشتند، تنها درمان‌های همیشگی خود را دریافت کردند.

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها از روش‌های توصیفی و استنباطی و جهت بررسی استنباطی داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد. لازم به‌ذکر است قبل از انجام تحلیل، مفروضه‌های این آزمون آماری شامل نرمال‌بودن توزیع متغیرها و آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف و همچنین نتایج آزمون لوین بررسی شد. جهت ارزیابی تفاوت‌های میانگین در سری زمان‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری، آزمون تعقیبی LSD به‌کار رفت. درنهایت داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ تجزیه‌وتحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ درنظر گرفته شد. پس از پایان جلسات نیز به‌طورمجدد پرسشنامهٔ پژوهش را شرکت‌کنندگان هر دو گروه تکمیل کردند. در ادامه بیماران وارد مرحلهٔ مداخله به‌مدت نُه جلسهٔ اثربخشی راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس شدند.

۳ یافته‌ها

یافته‌های مربوط به شاخص‌های دموگرافیک اعضای نمونهٔ تحقیق شامل سن، مدت ابتلا به بیماری قلبی از زمان تشخیص قطعی توسط متخصص، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ آمده است. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد از جهت سن و مدت‌زمان ابتلا به بیماری بین دو گروه تفاوت معناداری نیست (p=۰/۸۷۴). همچنین نتایج آزمون کای‌اسکوئر مشخص کرد از جهت وضعیت تأهل و سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری نبود. این یافته‌ها نشانگر تناسب بیشتر بین اعضای دو گروه در شاخص‌های دموگرافیک است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران قلبی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه		مقدار احتمال
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن	۴۳/۳	۶/۳۴	۴۳/۹	۶/۷۲	۰/۸۷۴
مدت ابتلا به بیماری	۵/۵	۳/۲۴	۵/۱	۳/۸۷	۰/۸۷۴
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
وضعیت تأهل					۰/۶۶۹
مجرد	۴	۲۸/۶	۳	۲۱/۴	
متأهل	۱۰	۷۱/۴	۱۱	۷۸/۶	
سطح تحصیلات					۰/۶۱۲
سیکل	۴	۲۸/۶	۴	۲۸/۶	
دیپلم	۲	۱۴/۳	۴	۲۸/۶	
فوق‌دیپلم	۴	۲۸/۶	۴	۲۸/۶	
لیسانس	۴	۲۸/۶	۲	۱۴/۳	
وضعیت شغل					۰/۴۸۵
کارمند	۵	۳۵/۶	۴	۲۸/۶	

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.44.6]

آزاد	۷	۵۰	۸	۵۷/۱
بازنشسته	۱	۷/۱	۲	۱۴/۳
بی‌کار	۱	۷/۱	۰	۰

میانگین و انحراف معیار متغیر پژوهش شامل استرس ادراک‌شدهٔ مندرج در جدول ۲ بیانگر آن است که میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش، کاهش در متغیر استرس ادراک‌شده را درمقایسه با پیش‌آزمون نشان می‌دهد؛ اما در گروه گواه چنین تغییری در میانگین‌های پس‌آزمون یافت نشد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیر استرس ادراک‌شده

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس ادراک‌شده	آزمایش	۳۷/۶۵	۷/۶۰	۲۰/۵۴	۳/۵۸	۲۲/۱	۴/۳۴
	گواه	۳۸/۳۰	۶/۶۲	۳۶/۵۰	۵/۶۸	۳۷/۱۵	۵/۴۱

برای بررسی معناداری تفاوت‌های میانگین‌های دو گروه، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با طرح ۳×۲ استفاده شد. آزمون کرویت ماچلی[1] ($p<۰/۰۲۹$) نیز معنادار بود.

مفروضهٔ یکسانی واریانس‌ها ازطریق آزمون لون بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضهٔ نُه یکسانی واریانس‌ها برقرار بوده است ($p=۰/۸۲۱$). پس از حصول اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت (جدول ۴). نتایج این آزمون تفاوت معناداری را بین دو گروه در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) بیان کرد. در قسمت آزمون درون‌گروهی نیز ملاحظه شد در گروه آزمایشی تفاوت معناداری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با پیش‌آزمون وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان گفت دورهٔ گروه‌درمانی راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس توانسته است میزان استرس ادراک‌شده را در بیماران قلبی کاهش بخشد.

جدول ۴. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر استرس ادراک‌شده

منابع تغییرها	F	مقدار احتمال	*H2*
اثر زمان	۲۴/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۱
اثر تعاملی زمان و گروه	۱۷/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۵
اثر گروه	۱۰/۰۲	۰/۰۲۴	۰/۲۳

براساس جدول ۴، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها مشخص کرد در متغیر استرس ادراک‌شده، اثر اصلی زمان ($p<۰/۰۰۱$) و اثر اصلی گروه ($p<۰/۰۰۱$) و همچنین تعامل زمان و گروه ($p<۰/۰۰۱$) به‌لحاظ آماری معنادار بوده است. اندازهٔ اثر (η۲) اثر اصلی گروه ۰/۲۳ بوده که نشان داد ۲۳ درصد از تغییرهای متغیر استرس ادراک‌شده ، ناشی‌از تغییرهای گروهی و ۴۱ درصد از تغییرهای این متغیر، به‌سبب اثرات زمان است. درنهایت ۳۵ درصد از تغییرهای متغیر استرس ادراک‌شده، به‌دلیل تعامل زمان و گروه بیان شد. باتوجه به نتایج این آزمون، روند کاهشی معنادار میانگین‌ها در گروه مداخله در طول زمان و غیرکاهشی آن در گروه گواه، حاکی‌از تأثیر گروه‌درمانی راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس بر میزان استرس ادراک‌شده در بیماران قلبی است ($p=۰/۰۱۸$).

نتایج آزمون LSD مشخص کرد، میانگین‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معنادار داشتند ($p=۰/۰۰۵$). نمودار سری زمان‌ها باتوجه به آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی در نمودار ۱ ارائه شده است. همان‌طورکه در این نمودار می‌توان دید، رنگ آبی تغییرات میانگین گروه گواه و رنگ قرمز تغییرات میانگین گروه آزمایش در سه سری زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری است.

[1]. Muachly's Sphericity

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.44.6]



شکل ۱. نمودار روند نمرات استرس ادراک‌شده در دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری

٤ بحث

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس بر استرس ادراک‌شده در بیماران کرونر قلبی شهر کرج بود. یافته‌ها نشان داد این روش درمانی در بهبود استرس ادراک‌شدهٔ بیماران کرونر قلبی تأثیر دارد. مطالعات انجام‌شده در رابطه با درمان‌های مبتنی‌بر تنظیم هیجان محدود است؛ اما نتایج این پژوهش با مطالعاتی مانند نیلز و همکاران (۱۱)، کابزانسکی و همکاران (۱۳)، ولاین و همکاران (۱۴)، اعتمادی‌فر و باباپور (۱۵)، بویسه و همکاران (۱۶)، فارشیون و همکاران (۱۷)، عبدی (۱۸) و سووگ و همکاران (۱۹)، همسوست. در تبیین تأیید احتمالی تأثیر مداخلهٔ مبتنی‌بر تنظیم هیجان بر استرس ادراک‌شده می‌توان چنین استدلال کرد که در این مداخلهٔ درمانی فرآیندهای هیجانی هدف اصلی درمان است. این درمان برای اختلال‌های استرسی و افسردگی در بیماران قلبی و احتمالاً سایر اختلال‌های دارای مؤلفه‌های هیجانی قوی، اجرایی است. بدین‌ترتیب، تنظیم هیجان، فرد را در مدیریت هیجان‌ها پس از تجربهٔ وقایع استرس‌آور یاری می‌کند (۱۷). افرادی که در زمان تجربهٔ استرس، راهبردهای شناختی سازگارانهٔ تنظیم هیجان را به‌کار می‌برند، با تغییر ارزیابی‌های خود قادر به مدیریت مؤثر شدت هیجان‌های منفی خویش هستند. وقتی هیجان‌های منفی به‌طور مؤثر و سازگارانه تنظیم شوند، تاب‌آوری فرد احتمالاً افزایش می‌یابد (۲۳).

هیجان با هماهنگ‌کردن فرایندهای زیستی و ذهنی و انگیزشی موجب تثبیت وضعیت فرد در ارتباط با محیط شده و شخص را به پاسخ‌های ویژه و کارآمد مجهز می‌کند. درنهایت سبب بقای جسمانی و اجتماعی وی می‌شود. ازطرفی هیجان‌ها در ایجاد و حفظ و قطع روابط میان‌فردی دارای نقش مهمی بوده و این کار را با تنظیم فاصله بین افراد انجام می‌دهند؛ زیرا هیجان‌ها افراد را به‌سمت هم می‌کشانند یا از هم دور می‌کنند. در تبیین دیگری در تأثیرگذاری راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس بر استرس ادراک‌شده در این پژوهش می‌توان گفت راهبردهایی که افراد برای تنظیم عواطف خود از آن‌ها استفاده می‌کنند، می‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت آنان در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی شود و از این طریق کیفیت زندگی و کارایی‌شان افزایش می‌یابد (۲۴). به‌عبارت‌دیگر افراد دارای هوش هیجانی عالی، به رویدادهای استرس‌آور به‌عنوان چالش و فرصتی برای یادگیری می‌نگرند، نه تهدیدی برای امنیت؛ درنتیجه اختلال‌های فیزیولوژیکی و هیجانی کمتری را تجربه کرده و به‌تبع آن کیفیت زندگی بهتری دارند؛ بنابراین، راهبردهای نظم‌جویی هیجانی بر تنظیم هیجان که در جهت افزایش آگاهی هیجانی، انعطاف‌پذیری در ارزیابی، جلوگیری از اجتناب هیجانی و رویارویی با نشانه‌های هیجانی بوده، موجب کاهش استرس ادراک‌شدهٔ بیماران قلبی می‌شود.

راهبردهای نظم‌جویی هیجان‌ها به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم کنند. این شیوهٔ تنظیم با رشد و پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطهٔ مستقیم دارد. می‌توان چنین مفهوم‌سازی کرد که توانایی تنظیم هیجان‌ها به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر رشد بهنجار، می‌تواند تعامل بین‌فردی مؤثر و تصمیم‌گیری و رفتارهای سازگارانه را سبب شود. داشتن توانایی تنظیم هیجان‌ها، اثری قوی در توانایی خودتنظیمی افراد دارد. خودتنظیمی به همهٔ فرایندهای روانی اشاره می‌کند که افراد باید به‌منظور کارکرد انطباقی انجام دهند؛ بنابراین تنظیم هیجان ازطریق افزایش خودتنظیمی بر کنترل استرس تأثیر می‌گذارد.

ازآنجاکه در بسیاری از مطالعات ارتباط بین هیجان‌های منفی چون افسردگی و استرس و خشم با بیماری‌های قلبی و عروقی به‌اثبات رسیده و ضعف در نظم‌جویی هیجانی نیز در این اختلال‌های خُلقی مشاهده شده است، وجود ضعف در این زمینه، در بیماران قلبی و عروقی دور از ذهن نیست. همچنین برخی دیگر از مکانیسم‌های رفتاری و فیزیولوژیکی را می‌توان درنظر گرفت که چگونگی رابطه بین نظم‌جویی هیجان و بیماری‌های قلبی و عروقی را تبیین می‌کنند. توانایی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.44.6]

نظم‌جویی هیجان مؤثر می‌تواند سبب افزایش رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامتی همچون فراهم‌آوردن فرصتی جهت استراحت و بازسازی و بهبود مهارت حل مسئله و نیز ارتقای سیستم حمایت اجتماعی شود. افرادی که دچار پریشانی هستند، به‌طور مثال ضعف در نظم‌جویی هیجانی دارند، با احتمال قوی‌تری استرس بیشتر و عادات بد تغذیه‌ای داشته یا کمتر به ورزش و فعالیت بدنی می‌پردازند. پیشنهاد کاربردی محقق مبتنی‌بر به‌کارگیری نتایج این پژوهش در کلینیک‌های قلب است. همچنین در سطح نظری پیشنهاد می‌شود نتایج این پژوهش در مراکز تحقیقات بیماری‌های مزمن استفاده شود. به این صورت که مدل درمانی تنظیم هیجانی گراس در جمعیت‌های دیگر بیماران مزمن مانند سرطان یا دیابت جهت کاهش استرس بیماران، به‌کار گرفته شود. در پایان باید توجه داشت پژوهش حاضر نیز مانند پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی نظیر تشکیل گروه نمونهٔ پژوهش از بیماران دارای بیماری قلبی و عروقی مراجعه‌کننده به مطب یک‌متخصص بیماری‌های قلبی و عروقی و همچنین نحوهٔ انتخاب داوطلبانهٔ گروه نمونهٔ پژوهش داشت. این محدودیت‌ها لازم است در تعمیم نتایج مدنظر قرار گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر می‌توان گفت راهبردهای نظم‌جویی هیجانی گراس بر میزان کاهش استرس ادراک‌شده در بیماران کرونری قلبی مؤثر است و از نتایج این پژوهش می‌توان در بیمارستان‌های تخصصی قلب و کلینیک‌ها و درمانگاه‌های قلب استفاده کرد؛ به این ترتیب که با اجرای کارگاه‌هایی یا حتی در درمان‌های فردی، زمینهٔ آشنایی را با هیجان‌ها، انواع هیجان، نحوهٔ ابراز و کنترل آن‌ها و شناسایی موقعیت‌های برانگیزانندهٔ هیجان برای افراد تحت درمان فراهم سازند تا هم بتوانند بهتر خود را با محیط زندگی‌شان سازگار کرده و هم از استرس در هنگام بروز هیجان‌های ناخوشایند پرهیز کنند.

٦ تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل پایان‌نامهٔ دانشجویی دکتری بوده است. بدین‌وسیله از بیماران قلبی و خانواده‌های محترم آن‌ها که ما را در پژوهش یاری کردند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود. همچنین هیچ‌گونه تضاد منافعی توسط نویسندگان گزارش نشد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.44.6]

References

1. Naghavi M, Wang H, Lozano R, Davis A, Liang X, Zhou M, et al. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. Lancet. 2015;385(9963):117–71. doi:10.1016/S0140-6736(14)61682-2
2. Tahmasebyan H, Teimuri H, Sabzi F, Chaghazardi S, Hosseini SA. Valuation of stress and type of personality on coronary artery disease focuses in Imam Ali (AS) research center Kermanshah. Anjoman Journal.2012. [Persian]
3. Clark AM, DesMeules M, Luo W, Duncan AS, Wielgosz A. Socioeconomic status and cardiovascular disease: risks and implications for care. Nat Rev Cardiol. 2009;6(11):712-22. doi:10.1038/nrcardio.2009.163
4. Wirtz PH, von Känel R. Psychological stress, inflammation, and coronary heart disease. Curr Cardiol Rep. 2017;19(11):111. doi:10.1007/s11886-017-0919-x
5. Zhang H, Jiang Y, Nguyen HD, Poo DCC, Wang W. The effect of a smartphone-based coronary heart disease prevention (SBCHDP) programme on awareness and knowledge of CHD, stress, and cardiac-related lifestyle behaviours among the working population in Singapore: a pilot randomised controlled trial. Health Qual Life Outcomes. 2017;15(1):49. doi:10.1186/s12955-017-0623-y
6. 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. Quarterly Journal of Health Psychology. 2017;5(20):88-108. [Persian]
7. Mears GS. Examining the relationship between emotional schemas emotional intelligence, and relationship satisfaction [Thesis for Ph.D in Partial fulfillment of the requirements]. [Lynchburg, Virginia, the USA]: Liberty University; 2012.
8. Todaro JF, Shen B-J, Niaura R, Spiro A, Ward KD. Effect of negative emotions on frequency of coronary heart disease (the normative aging study). Am J Cardiol. 2003;92(8):901-6. doi:10.1016/S0002-9149(03)00967-6
9. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: timing is everything. Curr Dir Psychol Sci. 2001;10(6):214–9. doi:10.1111/1467-8721.00152
10. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology. 2002;39(3):281–91. doi:10.1017/S0048577201393198
11. Nelis D, Quoidbach J, Hansenne M, Mikolajczak M. Measuring individual differences in emotion regulation: the emotion regulation profile-revised (ERP-R). Psychologica Belgica. 2011;51(1):49-91. doi:10.5334/pb-51-1-49
12. Web TL, Miles E, Sheeran P. Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies. Psychol Bull. 2012;138(4):775–808. doi:10.1037/a0027600
13. Kubzansky LD, Davidson KW, Rozanski A. The clinical impact of negative psychological states: expanding the spectrum of risk for coronary artery disease. Psychosom Med. 2005; 67(suppl 1):S4-10. doi:10.1097/01.psy.0000164012.88829.41
14. Vlaeyen JWS, Timmermans C, Rodriguez L-M, Crombez G, van Horne W, Ayers GM, et al. Catastrophic thinking about pain increases discomfort during internal atrial cardioversion. J Psychosom Res. 2004;56(1):139-44. doi:10.1016/S0022-3999(03)00081-3
15. Etemadifar N, Babapour Khairuddin J, Ahmadi E. Comparing of cognitive emotion regulation factors in cardiovascular patient (coronary disease and heart failure) with normal peers. International Journal of Research in Engineering, Social Sciences. 2014;4(6):103-14. [Persian]
16. Boisseau CL, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Barlow DH. The development of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a case study. Cogn Behav Pract. 2010;17(1):102-13. doi:10.1016/j.cbpra.2009.09.003
17. Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Thompson-Hollands J, Carl JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. Behav Ther. 2012;43(3):666-78. doi:10.1016/j.beth.2012.01.001
18. Abdi R. The evaluation of efficacy of transdiagnostic treatment in women with generalized anxiety disorder [PhD thesis in the psychology]. [Tabriz, Iran]:Tabriz University; 2012. [Persian]
19. Suveg C, Kendall PC, Comer JS, Robin J. Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for anxious youth: A multiple-baseline evaluation. J Contemp Psychother. 2006;36(2):77-85. doi:10.1007/s10879-006-9010-4
20. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385-96. doi:10.2307/2136404
21. Ghorbani N, Davison HK, Bing MN, Watson PJ, Mack DA. Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. International Journal of Psychology. 2002;37(5):297-308. doi:10.1080/00207590244000098
22. Ghaedniai Jahromi A, Hassani J, Farmani Shahreza S, Zaree F. The assessment of cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas in men with substance abuse, abstinent and normal individuals. Salamat Ijtimai (Community Health). 2016;3(4):307-18. [Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.44.6]

23. Southwick S, Litz B, Charney D, Friedman MJ. Resilience and mental health: challenges across the lifespan. Occup Med. 2013;63(5):383. doi:10.1093/occmed/kqt043
24. Salehi-Morekani B. Evaluation and comparison of emotional self-regulation strategies among students with anxiety and depression disorders with normal students in Isfahan [Thesis for Ms.C in psychology]. [Tehran, Iran]: Psychology, University of Al-Zahra; 2006. [Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.44.6]