

مقایسه فرا هیجانات، سیستم‌های مغزی - رفتاری و کنترل عواطف در دو گروه از بیماران

قلبی عروقی و بیماران دیابتی تحت درمان با تزریق انسولین

سکینه بهروان^{۱*}، هانیه سنایی فر^۲

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول).

۲. دانش‌آموخته گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هفتم، شماره بیست و هفتم، پاییز ۱۴۰۴، صفحات ۲۲۰-۲۰۹

چکیده

تحقیق حاضر با هدف مقایسه فرا هیجانات، سیستم‌های مغزی - رفتاری و کنترل عواطف در دو گروه از بیماران قلبی عروقی و بیماران دیابتی تحت درمان با تزریق انسولین به روش توصیفی و علی-مقایسه‌ای در جامعه آماری بیماران قلبی عروقی و بیماران دیابتی تحت درمان با تزریق انسولین در شهر ارومیه صورت گرفت. جهت انتخاب نمونه از روش در دسترس ۱۵۰ نفر از بیماران در دو گروه استفاده شد. برای سنجش متغیرها از سه پرسشنامه کنترل عواطف (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۷)، سیستم مغزی - رفتاری کارور و وایت (۱۹۹۴) و فرا هیجان توسط میتمنسگراپر، بک، هافر و اسکولر (۲۰۰۹) استفاده شد. جهت تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از آزمون تی دوگروهی استفاده شد. یافته نشان داد که فرا هیجانات و سیستم‌های مغزی - رفتاری در دو گروه از بیماران قلبی عروقی و بیماران دیابتی تحت درمان با تزریق انسولین در سطح اطمینان ۹۵٪ تفاوت معنی‌داری نداشتند ولی در متغیر کنترل عواطف بین دو گروه تفاوت معنی‌داری در سطح اطمینان ۹۵٪ وجود داشت که با توجه به یافته‌ها پیشنهادهایی جهت تنظیم هیجان و استفاده از سیستم‌های رفتاری و کنترل عواطف در دو گروه از بیماران قلبی عروقی و بیماران دیابتی تحت درمان با تزریق انسولین ارائه گردید که این امر می‌تواند به بهبود سلامت روانی در این دو گروه از بیماران منجر شود.

واژگان کلیدی: فرا هیجانات، سیستم‌های مغزی - رفتاری، کنترل عواطف، بیماران قلبی، دیابتی، انسولین.

مقدمه

در گذشته نه چندان دور مشکل اصلی جامعه و مردم، بیماری‌های واگیر و مرگ‌ومیر بالای ناشی از این بیماری‌ها بود؛ درحالی‌که در حال حاضر به علت کنترل بیماری‌های واگیردار، پیشرفت صنعت و توسعه شهرنشینی و زندگی ماشینی به عبارتی تغییر در سبک زندگی مردم، شیوع بیماری‌های غیر واگیردار افزایش یافته و رفته‌رفته بیماری‌ها واگیردار جای خود را به بیماری‌های غیر واگیردار داده است که یکی از این بیماری‌ها که علت مرگ‌ومیر بیماران می‌باشد بیماری‌های قلبی و عروقی و دیابت می‌باشد. افزایش سریع بیماری‌های قلبی - عروقی یکی از چالش‌های عمده‌ی بهداشتی توسعه جهانی به شمار می‌رود. یک‌سوم از مرگ میرهای جهانی (۱۹ میلیون) در سال (۲۰۱۹) ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی بود که در این بین، ۷۸ درصد از این مرگ‌ومیرها در کشورهای با درآمد کم و متوسط اتفاق افتاده است و انتظار می‌رود که این تعداد در سال ۲۰۲۱ به ۱۵۵ میلیون نفر برسد (ولیکانی و یارمحمدی واصل، ۱۳۹۶). در کشور ایران نیز تا سال (۱۴۰۰) ۴۱/۱۵ درصد از مرگ‌ومیرها ناشی از بیماری قلبی بوده است (خبرگزاری مهر ایران، ۱۴۰۰).

همچنین، دیابت یک بیماری مزمن غده درون‌ریز غیر واگیردار می‌باشد که ویژگی آن سوء عملکرد در سوخت‌وساز گلوکز، ناشی از اشکالاتی در تولید یا بهره‌گیری از هورمون انسولین است. این بیماری سه شکل اصلی دارد: ۱: نوع یک یا وابسته به انسولین، ۲: نوع دو یا غیر وابسته به انسولین، ۳: دیابت بارداری (زارع شاه‌آبادی، ابراهیمی صدرآبادی، ۱۳۹۳). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی شیوع دیابت در ایران حدود ۳ میلیون نفر در سال ۲۰۱۰ به ۶ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید (وکیلی، ریاضی، صفرپور دهکردی و ثناگوی محور، ۱۳۹۹).

علاوه بر مشکلات عدیده جسمی این نوع بیماری‌ها که حتی در شرایطی فوت بیمار را به همراه دارد، از نظر سلامت روانی، بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فرد با اختلالات روانی، مانند افسردگی، اضطراب، استرس، نشخوار ذهنی، هیجان‌های منفی و ... مواجه می‌شود. یکی از جنبه‌های مهم روان‌شناختی سازه هیجان می‌باشد که در سلامت روانی و کنترل عواطف افراد می‌تواند نقش داشته باشد. تجربه‌های هیجانی در زندگی روزمره، نقش محوری در فرایندهای انگیزشی، تحول اجتماعی؛ پاسخ‌دهی مناسب در برابر حوادث استرس‌زا دارد (لی و کیم^۱، ۲۰۲۰)؛ و فراهیجان، به‌عنوان سازمان‌دهی مجموعه‌ای از افکار و احساسات درباره‌ی هیجانات^۲ تعریف می‌شود (گاتمن و کاتز^۳، ۱۹۹۷؛ به نقل از علمردانی صومعه، نوریان اقدام، یوسفی، ۱۳۹۸). فراهیجان، مؤلفه‌ای است که احتمال دارد با استراتژی‌های مختلف سعی می‌کند هیجان‌های مثبت و منفی نسبت به متغیری را در ارتباط با محیط و شرایط، حفظ یا کاهش دهد و بدین ترتیب افراد در فرایندهایی مثل کنترل شناختی دچار تغییراتی شوند (دیویس و لوین^۴، ۲۰۱۶). گاتمن این اصطلاح را به‌منظور توصیف عواطف والدین نسبت به هیجاناتی که فرزندانشان تجربه می‌کنند، ابداع کرد. فراهیجان^۴ را می‌توان به‌عنوان هیجان بعد از تجربه یک هیجان توصیف کرد. به‌عنوان مثال یک هیجان موقتی مانند اضطراب ممکن است به دنبال یک

¹ - Lee & Kim

² - Gottman, Katz

³ - Davis, Levine

⁴ - meta-excitements

هیجان اصلی شبیه ترس بیاید، اما زمانهای دیگری نیز ممکن است خود هیجان اصلی باعث تجربه فرا هیجان شود؛ مانند موقعی که یک هیجان اصلی مانند اضطراب، فرا هیجان اضطرابی^۱ خود را ایجاد می‌کند. بنابراین عواطفی مانند خشم، اضطراب و افسردگی چنانچه خودشان موضوع خودشان باشند می‌توانند باعث تجربه فرا هیجان^۲ شوند. فرا هیجان به این موضوع دلالت دارد که هیجانات اولیه می‌توانند هدف هیجانات ثانویه باشند. برای مثال اضطراب درباره خشم خود. فرا هیجان ماوراء فراشناخت است و ممکن است یک چرخه معیوب ایجاد کرده و اثرات را منعکس کند. فرا هیجان‌ها جنبه مثبت و منفی دارند که فراهیجان منفی به‌عنوان مثال (فراخشم، فرا اضطراب و عدم قابلیت پذیرش) را منعکس می‌کند (گروس، ریچارد، جان^۳، ۲۰۱۸) و فراهیجان‌های مثبت مانند (فرا دلسوزی و فرا علاقه) از قابلیت پذیرش هیجانات شخصی با اثرات مثبت از بهزیستی فرد حمایت می‌کند. فراهیجان وجه ذاتی گرایش پاسخ‌های هیجان است. هنگامی که فرد با یک موقعیت روبه‌رو می‌شود، احساس خوب و خوش‌بینی، به‌تنهایی برای کنترل هیجان‌های وی کافی نیست. او نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد تا هیجان‌های خود را کنترل کند. همچنین مؤلفه‌های مثبت و منفی فرا هیجان در شرایط و کیفیت روحی تأثیر بسزایی دارد. بر اساس تحقیقاتی که در زمینه هیجان، عواطف، احساسات و بیماران قلبی صورت گرفته، به‌عنوان مثال در تحقیق، هانی کات^۴ (۲۰۲۰) انجام داد، متوجه شد که عملکردهای اولیه هیجانات با برانگیختگی قلبی و عروقی همراه می‌باشد. همچنین بک و آلفورد^۵ (۲۰۱۹) و روزانسکی و کوبزانسکی^۶ (۲۰۰۵) در تحقیقی دریافتند که فشار خود و بیماری‌های قلبی با سطوح بالاتری از خشم، خصومت، افسردگی و عوامل استرس‌زا در ارتباط می‌باشد.

یکی دیگر از متغیرهای روان‌شناختی که می‌تواند واکنش‌های هیجانی، نظیر زود انگیزندگی، اضطراب و ترس بیماران نقش داشته باشد، سیستم‌های مغزی و رفتاری می‌باشد. به اعتقاد گری و مک ناتان^۷ (۲۰۰) در مغز پستانداران، کنترل رفتار از طریق سه سیستم مغزی - رفتاری متفاوت و درعین‌حال مرتبط با یکدیگر صورت می‌گیرد (عبائیان، اسدزاده، نصرالهی، ۱۴۰۰). این سیستم‌ها به مجموعه‌های جداگانه از رخدادهای توقیت‌کننده با انواع خاصی از رفتار، پاسخ می‌دهد و توسط مجموعه‌ای از ساختاری مغزی به هم مرتبط که اطلاعات خاصی را پردازش می‌کند، عمل می‌کنند عبارت‌اند از: سیستم بازداری (BIS)^۸ و سیستم فعال‌سازی رفتاری (BAS)^۹، هر یک از این سیستم‌ها در سه سطح توصیف می‌شوند: سطح رفتاری (تحلیل درون داده‌ها و برون داده‌های سیستم)، سطح عصب‌شناختی^{۱۰} (کنش وری و ساختار عصبی^{۱۱}) و سطح شناختی (کنش وری پردازش اطلاعات^{۱۲}). مطالعات گُر^۱ (۲۰۱۳)

^۱ -meta-excitements anxiety

^۲ - meta-excitements experince

^۳ - Gross,, Richards, John

^۴ - Honeycutt

^۵ - Beck, & Alford

^۶ - Rozanski, & Kubzansky,

^۷ - Gray & McNausghton

^۸ - Behavioral inhibition system

^۹ - behavioral activation system

^{۱۰} - Neurological level

^{۱۱} - Activity and neural structure

^{۱۲} - Information processing activity

نشان می‌دهد که سیستم BIS و BAS در تعامل با هم قرار دارند و سیستم مجزایی نمی‌باشند (کر، ۲۰۱۳). فرض بر این است که هر یک از این دو سیستم انگیزشی، به یک طیف عاطفی گسترده مربوط باشند. مطالعات رابطه مستقیم سیستم بازداری رفتاری را با حساسیت به تنبیه، عاطفه منفی و ناخوش‌آیند، نشانه‌های اضطرابی و افسردگی نشان می‌دهند. سیستم فعال‌سازی رفتاری با زودبرانگیختگی کلی، برون‌گرایی، افزایش عاطفه‌ی خوش‌آیند، حساسیت به پاداش جستجوی تجربه به دست می‌آید. برخی محققین، در خصوص رابطه سیستم‌های مغزی و رفتاری و آسیب‌شناسی روانی، طبقه‌بندی‌های کلی‌تری ارائه نموده‌اند. به‌عنوان مثال، فعالیت بالای سیستم بازداری را در زمینه اختلالات درونی سازی شده و سیستم فعال‌سازی رفتاری بالا را در زمینه‌ساز آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات برونی‌سازی شده در نظر گرفته‌اند و همچنین گری، در یک طبقه‌بندی کلی، سیستم فعال‌سازی رفتاری را با حالات مثبت و سیستم بازداری را با حالات منفی پیوند می‌زند (کوکینوس و وولگاریدو^۲، ۲۰۱۷). تاکنون پژوهشگران بسیاری در خصوص ارتباط میان سیستم‌های مغزی و رفتاری و گونه‌های خاصی از آسیب‌شناسی جسمی و روان‌شناختی پرداختند که نتیجه حاکی از سیستم بازداری بالا با اضطراب و پایین با سایکوپاتی، سیستم فعال‌سازی رفتاری بالا با اختلال رفتاری و سیستم فعال‌سازی رفتاری پایین با افسردگی مرتبط می‌باشد (جاسکو و زرناتویچ^۳، ۲۰۲۰). جانسون، ترنر و ایواتا^۴ (۲۰۱۳) در یک مطالعه همه‌گیرشناسی مشاهده کردند که نمره‌ای بالای سیستم بازداری تشخیص اختلالات افسردگی و اضطرابی تمام عمر افراد را پیش‌بینی می‌کند. همچنین مشخص شد که نمره‌های بالای سیستم فعال‌سازی رفتاری پیش‌بینی کننده تشخیص سوء‌مصرف مواد و وابستگی در طول عمر می‌باشد. همچنین، تحقیقات متعددی از جمله (کشت کار، هجری، شیرپور و همکاران، ۱۳۹۹)، عبائیان؛ اسد زاده و نصرالهی، ۱۴۰۰) نشان داده‌اند که سیستم مغزی و رفتاری در افراد عادی و بیماران قلبی و عروقی متفاوت می‌باشد.

همچنین، کنترل عواطف یکی دیگر از متغیرهایی می‌باشد که در بهداشت روانی، سلامت فیزیکی و جسمی بیماران قلبی و عروقی و دیابتی می‌تواند نقش داشته باشد. بر اساس، کنترل عواطف افراد می‌تواند در شرایط مختلف، عواطف خود را تشخیص و تحت کنترل درآورند. با استفاده از کنترل عواطف، افراد می‌توانند در مراقبت از خود در بیماری‌ها و شرایط استرس‌زا، شرایط روحی خود را حفظ نمایند. در واقع، مدیریت و کنترل عواطف موجب می‌شود افراد، عواطف خود را در موقعیت مناسب و به شیوه مناسب بروز دهند و با مدیریت هیجانات مختلف، واقع بین، نیک اندیش و درست‌کردار شوند (محزونی، مظاهری و نیکوفر، ۱۳۹۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراط و تفریط در عواطف به ویژه افرادی که دچار بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشند، می‌تواند ناسازگاری، پرخاشگری، خشم، اضطراب و نفرت را به همراه داشته باشد که این امر می‌تواند در این بیماران تهدید بشمار آید و در مقابل؛ کنترل عواطف، می‌تواند بهداشت روانی آن‌ها را بهبود بخشد (هامل^۵، ۲۰۱۹). مولا دوست، جبل عاملی، سجادی و همکاران (۱۴۰۱) در تحقیقی رابطه مثبت و معنی‌دار در رابطه بین تنظیم هیجان و مراقبتی بیماران قلبی مشاهده کردند که با توجه به اهمیت متغیرها در

¹ - Corr

² - Kokkinos & Voulgaridou

³ - Jaśko & Czernatowicz-

⁴ - Johnson, Turner, Iwata

⁵ - Hommlle

سلامت روانی، سؤال اصلی تحقیق حاضر بر این اساس می‌باشد که آیا تفاوتی در فراهیجانات، سیستمهای مغزی - رفتاری و کنترل عواطف در دو گروه از بیماران قلبی عروقی و بیماران دیابتی تحت درمان با تزریق انسولین وجود دارد.

روش پژوهش

روش تحقیق از نظر هدف کاربردی و به صورت علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری تحقیق حاضر بیماران قلبی و عروقی و بیماران دیابتی تحت درمان با تزریق انسولین می‌باشند که در سال (۱۴۰۲) جهت شناسایی بیماران قلبی و عروقی به بیمارستان تخصصی قلب ارومیه (سیدالشهدا) و برای بیماران دیابتی به بیمارستان امام خمینی رجوع شد. لازم به ذکر است در روش‌های علی-مقایسه‌ای حداقل نمونه لازم ۱۵ نفر می‌باشد (دلاور، ۱۳۹۷)؛ که در این پژوهش کلاً به تعداد ۱۵۰ (۷۵ نفر از بیماران قلبی و عروقی و ۷۵ نفر از بیماران دیابتی تحت درمان با تزریق انسولین) به روش در دسترس انتخاب و تحقیق بر روی آن‌ها انجام شد.

ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه فراهیجان: پرسشنامه فراهیجان توسط میتمنسگرابر، بک، هافر و اسکولر (۲۰۰۹) تنظیم شده است و برای سنجش مؤلفه‌های فراهیجان به کار می‌رود. این پرسشنامه ۲۸ مورد دارد و هر آزمودنی به این آیتم‌ها به صورت پنج گزینه‌ای پاسخ می‌دهد. سؤال ۲۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس فراهیجان در دو بخش _ فراهیجانات مثبت: (ترحم: ۲، ۷، ۹، ۴، ۱۱، ۲۲، ۲۴-علاقه: ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۳، ۲۸)؛ و منفی: شامل (خشم: ۳، ۵، ۱۵، ۲۷-شرم: ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۲۰، ۲۱-کنترل خشونت: ۱، ۶، ۸، ۹، ۲۶-فرونشانی: ۲۵، ۱۰) تقسیم‌بندی می‌شود. دامنه نمرات بین ۲۸ تا ۱۴۰ می‌باشد که در زیر مقیاس‌های فراهیجان، فراهیجان و فراهیجان بازداری نمرات کمتر مناسب می‌باشد و در مؤلفه‌های دیگر نمرات بالاتر مناسب می‌باشد. پایایی گزارش شده توسط سازنده این پرسشنامه ۰/۸۶ می‌باشد.

پرسشنامه سیستم مغزی - رفتاری: این پرسشنامه توسط کارور و وایت (۱۹۹۴) که از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود، هدف آن ارزیابی سیستم‌های بازداری فعال‌سازی رفتاری و خرده مقیاس‌های آن حساسیت سیستم بازداری رفتاری، حساسیت سیستم فعال‌سازی رفتاری: (سائق، پاسخ‌دهی به پاداش، جستجوی سرگرمی) است. مقیاس سیستم‌های بازداری - فعال‌سازی رفتاری (کارور و وایت، ۱۹۹۴) شامل ۲۴ پرسش خود گزارشی و دو زیر مقیاس است: زیر مقیاس (BIS- بازداری رفتاری- ۲-۸-۱۳-۱۶-۱۹-۲۲-۲۱). زیر مقیاس (BAS- فعال‌سازی رفتاری- ۳-۹-۱۲-۲۱-۴-۷-۱۴-۱۸-۲۳-۵-۱۰-۱۵-۲۰). البته گزینه‌های ۱۶، ۱۱ و ۱۷ در نمره‌گذاری هیچ تأثیر ندارند و صرفاً جهت هماهنگی با سایر آیتم‌ها به پرسشنامه اضافه شده‌اند. کارور و وایت (۱۹۹۴)، ثبات درونی زیر مقیاس BIS را ۰/۷۴ و ثبات درونی BAS را ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. همچنین، در سنجش پایایی در تحقیق حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه کنترل عواطف: پرسشنامه کنترل عواطف (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۷) که در قالب ۴۲ سؤال و در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای که از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود. پایایی درونی و باز آزمایی آزمون به ترتیب برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۴ و برای زیرمقیاس‌های خشم ۰/۷۲ و ۰/۷۳؛ زیر مقیاس خلق افسرده ۰/۹۱ و ۰/۷۶؛ زیر مقیاس اضطراب ۰/۸۹ و ۰/۷۷ و زیر مقیاس عاطفه

مثبت ۰/۸۴ و ۰/۶۶ از سوی سازنده این پرسشنامه گزارش شده است و در تحقیق حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۷ به دست آمد. همچنین روایی افتراقی و همگرایی آن نیز به دست آمده است. برای انجام تجزیه و تحلیل داده-های از آزمون تی دوگروهی استفاده شد و در این زمینه از نرم افزار Spssv23 استفاده شد.

یافته ها

یافته های توصیفی نشان داد که از ۱۵۰ نفر مورد بررسی به عنوان مثال جنسیت بیماران قلبی و عروقی ۴۳ نفر زن و ۴۳ نفر جنسیت زن داشتند و همچنین، در توصیف سن، از ۱۵۰ نفر مورد بررسی به عنوان مثال بیشترین دامنه سنی از ۵۰ سال به بالا در بیماران قلبی ۳۲ نفر و در بیماران دیابتی ۴۳ نفر بودند.

جدول ۱. آمار توصیفی فراهیجانات و در دو گروه و سیستمهای مغزی - رفتاری در دو گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای انحراف معیار
قلبی عروقی	۷۵	۱۵.۳۰۶۷	۵.۸۸۶۱۵	۰.۶۷۹۶۹
دیابتی	۷۵	۲۹.۶۹۳۳	۸.۸۴۸۵۴	۱.۰۲۱۷۴
قلبی عروقی	۷۵	۲۳.۱۱۳۳	۹.۴۳۰۸۸	۰.۶۲۷۱۰
دیابتی	۷۵	۲۰.۹۷۳۳	۴.۲۱۹۰۶	۰.۵۴۷۹۱
قلبی عروقی	۷۵	۱۰.۲۲۹۳۳	۶.۴۲۴۵۰۹	۰.۷۴۸۸۶۷
دیابتی	۷۵	۱۰.۴۶۶۷	۵.۸۱۴۲۰۳	۰.۶۲۱۳۶۶
قلبی عروقی	۷۵	۵۰.۳۶۰۰	۲۰.۵۰۹۷	۰.۲۳۶۸۳
دیابتی	۷۵	۵۰.۲۴۰۰	۴.۵۳۱۶۹	۰.۵۲۳۳۷
قلبی عروقی	۷۵	۴۹.۵۱۳۳	۰.۵۶۹۳۴	۰.۰۶۵۷۴
دیابتی	۷۵	۵۰.۵۰۶۷	۴.۲۶۸۶۳	۰.۵۵۰۶۳

جدول ۲. آزمون کولموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن مشاهدات

متغیر	آماره	آزمون کولموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری	نتیجه آزمون
فراهیجانات	۱/۱۸۱	۰/۱۳۷	✓	نرمال
سیستم مغزی	۰/۱۳۶	۰/۱۰۸	✓	نرمال
کنترل عواطف	۰/۱۱۵	۰/۱۹۸	✓	نرمال

یافته های جدول فوق نشان می دهد اطلاعات جمع آوری شده در تمامی متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بوده است ($p > ۰/۰۵$) لذا برای بررسی فرضیه های پژوهش از آزمون های کلاسیک (پارامتریک) مانند آزمون t استفاده می نمایم.

جدول ۳. مقایسه فرا هیجانات، سیستم‌های مغزی رفتاری و کنترل عواطف در دو گروه از بیماران قلبی عروقی و بیماران دیابتی تحت درمان با تزریق انسولین

		سطح اطمینان ۹۵ %		خطای انحراف میانگین	سطح معنی داری	درجه آزادی	t	Sig.	F		
حد بالا	حد پایین										
۲,۱۵۵۰۳	-۰,۱۵۰۳	۵۱۴۳۷	۱,۱۲۰۰۰	-۰,۵۳	۱۴۸	۱,۱۵۰	۰,۲۸۹	۲,۱۵۱	واریانس برابر	مثبت فراهیجانات	
۲,۱۵۴۱۲	-۰,۱۴۱۲	۵۱۴۳۷	۱,۱۲۰۰۰	-۰,۵۳	۱۰۳,۲۹۵	۱,۱۵۰			واریانس نابرابر		
۰,۱۰۱۵۱	-۲,۰۰۱۵۱	۵۵۴۵۴	-۰,۹۹۳۳۳	-۰,۷۵	۱۴۸	-۱,۲۹۹	۰,۰۷۴	۲,۰۱۰	واریانس برابر	منفی فراهیجانات	
۰,۱۱۱۱۱	-۲,۰۰۱۱۱	۵۵۴۵۴	-۰,۹۹۳۳۳	-۰,۷۷	۷۶,۱۰۹	-۱,۲۹۹			واریانس نابرابر		
-۰,۱۴۹۴۴	۵۰,۰۴۹۴۴	۱۰,۰۵۷۷۷	-۳۰,۱۷۳۳۳	-۰,۰۱۳	۱۴۸	-۰,۴۰۰	۰,۵۰۰	۳,۴۴۳	واریانس برابر	کنترل عواطف	
-۰,۱۴۹۰۱	۵۰,۰۴۹۰۱	۱۰,۰۵۷۷۷	-۳۰,۱۷۳۳۳	-۰,۰۱۳	۱۴۹,۱۷۲	-۰,۴۰۰			واریانس نابرابر		
۲,۰۳۵۳۶	-۲,۰۱۱۶۹	۱,۱۲۷۱۶	-۰,۳۵۶۶۷	-۰,۵۳	۱۴۸	-۰,۳۱۵	۰,۰۷۱	۲,۱۱۲	واریانس برابر	رفتار سازی فعال	
۲,۰۴۱۴۴	-۲,۰۱۱۶۹	۱,۱۲۷۱۶	-۰,۳۵۶۶۷	-۰,۵۳	۱۲۰,۵۶۸	-۰,۳۱۵			واریانس نابرابر		
۱,۰۰۱۱۷۱	-۱,۴۰۱۷۱	۰,۳۰۱۷۷	-۰,۴۰۰۰۰	-۰,۷۷۳	۱۴۸	-۰,۵۰۹	۰,۰۰۳	۲,۰۰۱	واریانس برابر	بازداری	
۱,۰۰۱۱۹۰	-۱,۴۰۱۹۰	۰,۳۰۱۷۷	-۰,۴۰۰۰۰	-۰,۷۷۳	۱۴۵,۱۷۲	-۰,۵۰۹			واریانس نابرابر	رفتاری	

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، سطح معناداری آزمون لون در بررسی فرا هیجانات که مقداری بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمده، فرض برابری واریانس دو گروه را پذیرفته لذا از نتایج ردیف اول استفاده می‌شود. بنا بر نتایج آزمون t در هر دو گروه از بیماران گویای آن است که میانگین‌های فرا هیجانات در دو گروه بیماران قلبی عروقی و دیابتی بر اساس سطح معنی داری که بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد لذا این دو گروه، تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته و این دو گروه با سطح اطمینان ۹۵ درصد با هم متفاوت نیستند. به عبارتی دیگر فرض H_0 که دلالت بر عدم معنی داری می‌باشد و خلاف فرض محقق است، پذیرفته می‌شود.

همچنین در مقایسه کنترل عواطف بین دو گروه از بیماران، سطح معناداری آزمون لون که مقداری بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمده، فرض برابری واریانس دو گروه را پذیرفته لذا از نتایج ردیف اول استفاده می‌شود. بنا بر نتایج آزمون t هر دو گروه از بیماران گویای آن است که میانگین‌های کنترل عواطف در دو گروه بیماران قلبی عروقی و دیابتی بر اساس سطح معنی داری که کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد لذا این دو گروه، تفاوت معناداری با یکدیگر داشته و این دو گروه با سطح اطمینان ۹۵ درصد با هم متفاوت هستند به عبارتی دیگر فرض H_0 که دلالت بر عدم معنی داری تفاوت دارد، تأیید می‌شود.

بعلاوه در مقایسه سیستم‌های مغزی رفتاری بین دو گروه از بیماران، با توجه به سطح معناداری آزمون لون که مقداری بیشتر از ۰/۰۵ شده است فرض برابری واریانس دو گروه را پذیرفته لذا از نتایج ردیف اول استفاده می‌کنیم. بنا بر نتایج آزمون t هر دو گروه از بیماران گویای آن است که میانگین‌های سیستم‌های مغزی - رفتاری در دو گروه بیماران قلبی عروقی و دیابتی بر اساس سطح معنی داری که بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد لذا این دو گروه، تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته و این دو گروه با سطح اطمینان ۹۵ درصد با هم تقریباً متفاوت نیستند به عبارتی دیگر فرض H_0 که دلالت بر عدم معنی داری می‌باشد و خلاف فرض محقق می‌باشد رد و H_1 ادعای محقق مبنی بر معنی داری بودن فرضیه؛ پذیرفته می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

در بررسی تفاوت فرا هیجانات در بین دو گروه از بیماران قلبی عروقی و بیماران دیابتی تحت درمان با تزریق انسولین بر اساس یافته‌ها، تفاوت بین دو گروه مشاهده نشد. این نتیجه با نتایج تحقیق مولادوست و همکاران (۱۴۰۱)، وکیلی و همکاران (۱۳۹۹)، میر احمدی و همکاران (۱۳۹۹) و راشمی و همکاران^۱ (۲۰۱۷) که تأثیر هیجان و فراهیجان را در بیماران، قلبی و عروقی، دیابتی و دیگر بیماری‌ها مورد بررسی قرار داده بودند، همسو گزارش می‌شود. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان چنین بیان کرد که بیماری دیابت نوع (۱) به عنوان یک منبع استرس در میان بیماران شناخته شده است و افراد مبتلا علاوه بر اثرات جسمانی، همواره دچار اثرات منفی مانند افسردگی، اضطراب هیجان‌های منفی و ... می‌شوند که ادبیات و مطالعات قبلی نیز بر این امر اشاره دارند که به عنوان مثال گنزالس و دیگران^۲ (۲۰۱۷) در تحقیقی نشان دادند که بیماران ضعف در خود مراقبتی، دیابتی نوع (۱) و بیماران قلبی تحت عمل باز با مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی رابطه دارند. همچنین در بیماران قلبی که این بیماران به علت ناراحتی قلبی همواره مانند بیماران دیابتی همه‌روژه تحت درمان دارویی و تغییر در سبک زندگی و غذایی خود هستند و عوامل روانی، محیطی و دیگر و ... که می‌تواند بر شدت این بیماری بیافزاید، مانند بیماران دیابتی نوع (۱) می‌بایستی به سبک زندگی، کنشهای روانی، شرایط غذایی، استفاده از دارو و ... توجه ویژه داشته باشد که از این رو هر دو گروه با توجه به شرایط بیماری که دارند در مسائل شناختی و فراشناختی مانند فراهیجان می‌توانند درک و واکنش و پاسخی هم‌سطح داشته باشند که فراهیجان به عنوان زیرمجموعه هیجانات ثانوی درک می‌گردد که در پاسخ به هیجانات دیگر رخ می‌دهد و با فراشناخت که به شناخت در مورد شناخت اشاره می‌کند و به عنوان مجموعه‌ای سازمان یافته از افکار و احساسات درباره هیجانات خود و دیگران می‌باشد. در فراهیجان، تجربه کردن هر هیجانی شامل سطح و میزانی از فراهیجان است. هر زمانی که فرد یک هیجان خاص را تجربه می‌کند این تجربه از احساس، درک و موضع‌گیری در مورد آن هیجان خاص روبرو می‌شود و حالت خاصی در درون او شکل می‌گیرد که در افراد مختلف می‌تواند متفاوت باشد و ممکن است برخی احساس خوشایندی نسبت به هیجان اولیه که ایجاد شده بود داشته باشد و برخی دیگر احساس شرم و برخی آن را یک هیجان طبیعی بپندارند؛ و بر اساس، میتمنسگرابر، بک، هافر و اسکوبلر (۲۰۰۹)، این نوع از هیجان در دو حالت منفی و مثبت در افراد وجود دارد که بستگی به شرایط، باورها، ویژگی شخصیتی، خودپنداره و ... دارد و به هر اندازه فرد دیدگاه منفی به خود و وقایع داشته باشد، او دچار اضطراب، شرم، نشخوار ذهنی، ارزیابی منفی نسبت به خود و فرونشانی خواهد داشت و زمانی که بیماران دیابتی و قلب و عروقی نسبت به بیماری خود دیدگاه منفی داشته باشند، آن‌ها دچار سرزنش خود، اضطراب و عدم نظم جویی شناختی خواهند شد، چرا که تحقیقات در این زمینه نشان داده‌اند که سوء رفتار هیجانی یکی از پیش‌بینی کننده‌های قوی بد تنظیمی هیجانی می‌باشند و موجب عواطف و هیجانات منفی در افراد می‌گردند که از این نظر هر دو گروه تفاوت معنی‌داری با هم از نظر فرا هیجانات نداشتند. پیشنهادی که در این فرضیه جهت تنظیم و کنترل فرا هیجانات ارائه می‌گردد بدین صورت است که چون مهارت کنترل عواطف بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد،

¹ - Rashmi² - Gonzalez

تعاملات بین فردی، بهداشت روانی و سلامت فیزیکی و جسمی تأثیر دارد، جهت کنترل فراهیجان و تغییر آن به فراهیجانات مثبت بهتر است بیمارانی که به علت بیماری نگرشی منفی به مسائل دارند و به علت فشارهای ناشی از بیماری سبک زندگی و بهداشت روانی آنها متأثر شده است از راهبردهای تنظیم شناختی مثبت، ذهن آگاهی، شفقت به خود بهره ببرند که این راهبردها می‌تواند به تاب‌آوری فرد از نظر روانی کمک کند و سرسختی روان‌شناختی فرد بیمار را افزایش دهد و بیمار با سازگاری خود و پذیرش آن نسبت به درمان بیماری بیندیشند و قابل ذکر است که این امر می‌بایستی از سوی روان‌شناسان بالینی صورت گیرد. همچنین، برای کاهش فراهیجانات منفی بیماران دیابتی می‌توان از راهبردهای شناختی مانند ذهن آگاهی، شفقت به خود، تنظیم شناختی هیجان، درمان فرا تشخیصی و ... استفاده کرد تا عوامل درونی و بیرونی که منجر به فشار روحی در این بیماران می‌گردد، کاسته شود و با اتکا به منبع کنترل درونی با این بیماری سازگاری پیدا کنند و کیفیت زندگی آنها بهتر گردد و کمتر عوامل فراهیجانات منفی مانند (فرا خشم، فرا تحقیر / شرم، رفتارهای تکانشی) در آنها بروز دهد.

همچنین در بررسی تفاوت سیستمهای مغزی - رفتاری در بین دو گروه از بیماران قلبی عروقی و بیماران دیابتی تحت درمان با تزریق انسولین نتیجه حاکی از عدم معنی دار بودن فرضیه بین دو گروه بیماران قلبی و عروقی و دیابتی بود. نتایج همسو با نتیجه تحقیق حاضر عبارت‌اند از تحقیق وطن‌خواه امجد، شمس و رشتیانی (۱۴۰۰)، عبائیان؛ اسد زاده و نصرالهی (۱۴۰۰)، کشت کار، هجری و شیرپور (۱۴۰۰)، عبدی و جعفری (۱۳۹۸)، امیری، قاسمی و قره ویسی (۱۳۹۶) و مجتبابی و صالح (۱۳۹۵) که این تحقیقات که به روش همبستگی انجام شده بودند که نتیجه حاکی از همبستگی مثبت و یا منفی سیستمهای مغزی و رفتاری با دشواری در تنظیم هیجان با علائم افسردگی، بد تنظیمی هیجان بود و در آن دسته از تحقیقاتی که به روش علی و مقایسه‌ای انجام شده بود نتیجه نشان داده که سیستم فعال‌ساز رفتاری بیماران قلبی بیشتر از افراد عادی بود و در تحقیق کشت کار (۱۴۰۰) نیز مشخص شد که؛ در بیماران قلبی آنهایی که داوطلب عمل جراحی قلب باز هستند نسبت به بیمارانی که جراحی شده‌اند و نمرات بالاتری در مقیاس فعال‌سازی رفتاری کسب کردند؛ و همچنین، بیمارانی که عمل جراحی انجام داده‌اند، نمرات کمتری در اجتناب فعال داشتند و افرادی که عمل جراحی قلب باز شده‌اند نسبت به بیمارانی که داوطلب جراحی هستند از این نظر همسویی دارند و با توجه به جنبه نوآوری در دو گروه از بیماران دیابتی و قلبی قبلاً تحقیقی صورت نگرفته بود.

در تبیین نتیجه به‌دست آمده بیان می‌شود که سیستمهای مغزی - رفتاری اشاره به الگویی زیستی از شخصیت دارد که شامل دو سیستم مغزی - رفتاری و اساس تفاوت‌های فردی است. فعالیت هریک از آنها به فراخوانی واکنش‌های هیجانی متفاوت، نظیر زود انگیزش، اضطراب و ترس می‌انجامد. سیستمهای مغزی رفتاری که دو سیستم مغزی - رفتاری (فعال‌سازی و بازداری رفتاری) وجود دارد و اساس تفاوت‌های فردی است که فعالیت هریک از آنها به فراخوانی واکنش‌های هیجانی در افراد متفاوت می‌باشد که این واکنش‌ها می‌تواند علاوه بر شرایط روانی افراد به شرایط دیگری مانند بیماری که نوع رفتار، تصمیم‌گیری، سبک زندگی، پاسخ و ... فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد بستگی داشته باشد. در "سیستم فعال‌سازی رفتاری" به لحاظ ساختاری شامل چندین مسیر دوپامینرژیک و مدارهای کورتیکو- استریو-پالیدو- تالامیک در مغز است. نورو آناتومی این سیستم، کورتکس پیشانی، توسط محرک‌های خوشایند مرتبط با پاداش یا حذف تنبیه فعال می‌شود و با فعالیت این سیستم در مغز، فرد به سمت

فعالیت‌هایی که محرک‌های خوشایند را در پی دارد و موجب آرامش و هیجان مثبت که منطبق با منطق و عقلانیت می‌باشد، سوق داده می‌شود که از این‌رو، فرد اگر از نظر وضعیت روانی و جسمانی در شرایط ایده آل و مطلوب باشد و به هیجان‌های مثبت و شادی خود را سوق می‌دهد؛ اما در سیستم مغزی بازداری، فعالیت مسیرهای آوران، نوروآدرنرژیک و سرتونرژیک وجود دارند که نورو آناتومی آن در سیستم جداری- هیپو کامپی ساقه مغز، مدار پایز و کرتکس پیشانی قرار دارد که این ساختارها موجب افزایش برانگیختگی و سطوح توجه و تجربه‌ی عواطف و هیجانات منفی می‌شود با نظام‌های اضطراب همپوشانی دارد که با نگرانی و نشخوار فکری در افراد مطابقت دارد و زمانی که فرد از نظر سلامتی در حد مطلوب نباشد و این امر به یک چالش در فرد تبدیل گردد، می‌تواند هیجانات مثبت فرد را به هیجانات منفی تبدیل کند و زیر بار فشار روانی قرار گیرد که با توجه به چالش‌هایی که هر دو گروه از بیماران با آن مواجه بودند از نظر سیستم مغزی و رفتاری تفاوت معنی‌داری ندارد. در کل می‌توان گفت که جهت اینکه فرد در سیستم‌های مغزی و رفتاری بتواند درست رفتار کند باید تحت فشار روانی، بیماری، چالش‌های زندگی و عوامل فشارزای دیگر نباشد تا بتواند از آن بهره‌برد و شرایط دو گروه مطالعه و سبک زندگی آن‌ها همواره با چالش مشکل جسمانی مواجه می‌باشند که این چالش جسمانی در نهایت روان و پایه‌های شناختی و فراشناختی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. جهت پیشنهاد نسبت به نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که سیستم مغزی - رفتاری شامل دو بُعد (فعال‌سازی و بازداری رفتاری) می‌باشد و اساس تفاوت‌های فردی است که فعالیت هریک از آن‌ها به فراخوانی واکنش‌های هیجانی در افراد متفاوت می‌باشد و همچنین، شرایط و چالش‌های زندگی نیز می‌تواند در آن تأثیرگذار باشد؛ پیشنهاد به بیماران بیشتر به بهره‌گیری از سیستم فعال‌ساز رفتاری افراد می‌گردد که در آن؛ فرد در جهت نوعی مقابله و تلاش در رفع موانع و جستجوی اهداف خوشایند نیز سوق پیدا می‌کند. همچنین با توجه به اینکه سیستم‌های مغزی - رفتاری اشاره به الگویی زیستی از شخصیت گفت که هر دو گروه از نظر جسمانی به علت نوع بیماری دچار فشار هستند ولی جهت کنار آمدن با این مشکل به هراندازه فرد از نظر الگوی زیستی دارای شخصیت تاب آور، برونگرا، سرسخت باشد می‌تواند در مواجهه با این بیماری عملکرد بهتری داشته باشد.

در بررسی تفاوت میزان کنترل عواطف در بین دو گروه از بیماران قلبی و عروقی و بیماران دیابتی تحت درمان با تزریق انسولین " نتیجه حاکی از وجود تفاوت بین دو گروه از بیماران قلبی و عروقی و دیابتی بود. با توجه به جنبه نوآوری تحقیق تحقیقات همسو نسبت به متغیر کنترل عواطف در بیماران که به صورت تطبیقی باشد مشاهده نشد. در تبیین نتیجه به دست آمده بیان می‌شود که عواطف، واکنش احساسی پیچیده‌ای است مرکب از یک عده تغییرات فیزیولوژیک که در تغییرات بدنی که مقدمه‌ی اعمال آشکارند، ظاهر می‌شود. پس می‌توان گفت که هیجان یا عاطفه نوعی واکنش فیزیولوژیکی و شناختی است؛ یعنی نوعی رفتار و جنبه‌ی احساسی دارد یعنی ناشی از یک حس و ادراک آن است. از آنجاکه احساس در انسان‌ها دارای جنبه‌های خوشایند یا ناخوشایند است. پس عواطف و هیجان‌ها که رفتارهای ناشی از احساس‌های انسان است. عواطف به شکل‌ها و حالت‌های مختلفی مانند حالت‌های غم، شادی، خشم، عصبانیت، ترس، اضطراب، افسردگی همگی حالت‌های عاطفی یا هیجانی می‌تواند در افراد مختلف بروز دهند که جنبه‌های خوشایند یا ناخوشایند دارند و برای کنترل آن‌ها همه یکسان عمل نمی‌کنند که زیستی، ارثی، تعاملات بین فردی، بهداشت روانی و سلامت فیزیکی و جسمی فرد دارد. بر آن‌ها اثر می‌گذارد. رفتارهای عاطفی بیشتر متأثر از

الگوهای محیطی است و زمانی که فرد از نظر جسمانی دچار ضعف، بیماری و غیره باشد که کیفیت زندگی او را متأثر کند، از نظر کنترل عواطف به علت عدم توانایی در تنظیم شناختی هیجان و ضعف شناختی به علت درگیری ذهنی و افسردگی ناشی از شدت بیماری، فرد از نظر سلامت روانی در سطح پایینی قرار می‌گیرد و علی‌الخصوص در بیماران دیابتی نوع (۱) که با مشکلاتی جسمانی مانند (اختلالات بینایی مانند تاری دید، تکرر ادرار، گرسنگی شدید، کاهش وزن بی‌دلیل، شب‌ادراری در کودکان، تحریک‌پذیری، تغییرات خلقی، ضعف و خستگی، احساس تشنگی بیش‌ازحد) و اختلالات روانی مانند (اضطراب، افسردگی، ناامید و ناکامی) مواجه می‌شوند، از این رو این افراد بیشتر از بیماران قلبی در کنترل عواطف خود با مشکل مواجه هستند که نظر نمونه آماری مؤید این امر باشد. در پیشنهاد در این فرضیه، بیان می‌شود که برای فرضیه سوم با توجه به نتیجه به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود که بیماران دیابتی جهت کنترل عواطف خود از راهبردهای شناختی بیشتر بهره ببرند که در این میان، پیشنهاد به ذهن آگاهی و آگاهی از احساسات خود، آگاهی از افکار خود، آگاهی از چگونگی پردازش رویدادها، آگاهی یافتن از خواسته‌ها و انتظارات خود، تنظیم شناختی هیجان می‌گردد که بر این اساس فرد با تقویت جنبه‌های شناختی خود می‌تواند روند درمان خود را بهبود بخشد.

منابع

- زارع شاه‌آبادی، ا.، و ابراهیمی صدرآبادی، ف. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر عوامل شناختی بر درمان بیماری دیابت نوع دو در یزد. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۳(۴)، ۳۷-۲۵.
- عبائیان، ل.، اسدزاده، ح.، و نصرالهی، ب. (۱۴۰۰). سیستم‌های مغزی/رفتاری در بیماران وسواس فکری اجباری، قلبی و عروقی و افراد عادی. فصلنامه علوم پزشکی مشهد، ۴۴(۱)، ۲۴۸-۲۶۰.
- علمردانی صومعه، س.، نوریان اقدم، ج.، و یوسفی، م. (۱۳۹۸). مقایسه‌ی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و فراهیجان در افراد شاغل و غیرشاغل. فصلنامه رویش روان‌شناسی، ۸(۲)، ۱۹-۳۵.
- کشت‌کار، م.، هجری، م.، شیرپور، ا.، حجازی‌فر، س.، نیکدل، ز.، و اکبری، م. (۱۴۰۰). مقایسه سیستم‌های مغزی-رفتاری در بیماران قبل و بعد از جراحی قلب باز. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۸(۶)، ۸۵۰-۸۶۱.
- محزونی، م.، مظاهری، م.، و نیکوفر، م. (۱۳۹۸). کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت کنترل عواطف در بیماران دیابتی نوع دو. فصلنامه پرستاری دیابت، ۷(۳)، ۸۷۷-۸۸۶.
- مولادوست، ع.، جبل‌عاملی، ش.، سجادی‌خواجویی، ا.، و فرضی، ص. (۱۴۰۱). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر خودمراقبتی در بیماران قلبی-عروقی: بررسی نقش میانجی شفقت به خود. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۴۰(۶۹۶)، ۹۵۷-۹۶۵.
- میراحمدی، ب.، آریاوند، ر.، و کاظمی رضایی، س. ا. (۱۳۹۸). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، سیستم‌های مغزی رفتاری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت و افراد بهنجار. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۶(۲)، ۳۴-۴۰.
- وطن‌خواه امجد، ف.، شمس، س.، رشتیانی، ف.، و محمدی، س. (۱۴۰۰). رابطه بین سیستم‌های مغزی رفتاری و دشواری در تنظیم هیجان با علائم افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو: نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی. رویش روان‌شناسی، ۱۰(۱۱)، ۲۴۱-۲۵۶.

- وکیلی، س.، ریاضی، ز.، صفرپور، د.، دهکردی، س.، و ثناگوی محرر، غ. (۱۳۹۹). نقش فراهیجانات مثبت و منفی، باورهای مذهبی و تاب‌آوری در پیش‌بینی اضطراب کرونا مبتلایان به بیماری دیابت نوع دو. *نشریه پژوهش پرستاری/ایران*، ۱۵(۴)، ۸۳-۹۷.
- ولیخانی، ا.، و یارمحمدی، و. (۱۳۹۶). رابطه سبک‌های دلبستگی با اضطراب مرگ در بیماران قلبی عروقی. *مجله علوم پزشکی کرمان*، ۲۱(۴)، ۲۵۵-۲۶۷.

- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2019). *Depression: Causes and treatment physical health: A paradigm of flexibility. Psychosomatic Medicine*, 67(1), 47-53.
- Corr, P. J. (2013). Anxiety: Splitting the phenomenological atom. *Personality and Individual Differences*, 50, 889-897.
- Davis, E. L., & Levine, L. J. (2016). Emotion regulation strategies that promote learning: Reappraisal enhances children's memory for educational information. *Child Development*, 84, 361-374.
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2000). *Neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2018). Emotion regulation in everyday life. In *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13-35).
- Hommel, B. (2019). Affect and control: A conceptual clarification. *International Journal of Psychophysiology*, 12(6), 1-16.
- Honeycutt, J. M. (2020). On the correspondence between meta-emotions, cardiovascular arousal, and imagined interaction discrepancy. *Evolutionary Psychological Science*, 6(11), 82-91.
- Jaško, K., & Czernatowicz-Kukuczka, A. (2015). Individual differences in response to uncertainty and decision making: The role of behavioral inhibition system and need for closure. *Motivation and Emotion*.
- Johnson, S. L., Turner, R. J., & Iwata, N. (2013). BIS/BAS levels and psychiatric disorder: An epidemiological study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25(1), 25-33.
- Kokkinos, C. M., & Voulgaridou, I. (2017). Links between relational aggression, parenting and personality among adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 14(3), 249-264.
- Lee, G., & Kim, S. (2020). An integrative review on the contents and effectiveness of emotion coaching interventions for parents. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(1), 64-70.
- Rozanski, A., & Kubzansky, L. D. (2005). *Psychologic functioning and health*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Rashmi, R., Seema, R., Dipti, P., & Arun, K. (2017). Positive meta-cognitions and meta-emotions facilitate marital adjustment. *Department of Psychology, Mahatma Gandhi Kashi Vidyapith, Varanasi*, 8(11), 36-49.
- Scherer, N., Verhey, I., & Kuper, H. (2019). Depression and anxiety in parents of children with intellectual and developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 14(7), 88-102.