

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر اضطراب و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری

کرونر قلبی

فربا علیاری خانشان وطن^۱، حسن احدی^۲، مریم کلهرنیا گل کار^۳، مستوره صداقت^۴

چکیده

مقدمه: بیماری قلبی عروقی یکی از شایع‌ترین عوارض قلبی و به‌عنوان یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده شناخته می‌شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر اضطراب و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه همراه با مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی بیمارستان شهید لویسانی تهران در تابستان سال ۱۴۰۰ بود که به روش داوطلبانه ۴۵ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی ساده به دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه اضطراب بک و همکاران و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر بود. یکی از گروه‌های آزمایش مداخله شناختی رفتاری و گروه دیگر مداخله هیجان‌مدار را دریافت کردند. گروه آزمایش اول در ده جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای در ده هفته و گروه آزمایش دوم در ۹ جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای در نه هفته تحت مداخله قرار گرفتند و گروه گواه مداخله معمولی را دریافت نمود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-16 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی در سطح معناداری $\alpha=0/05$ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیجان‌مدار در کاهش اضطراب تفاوت معنادار ندارند و تأثیر یکسانی دارند ($p<0/05$). اما در مؤلفه تحمل پریشانی درمان شناختی رفتاری مؤثرتر است ($p<0/05$).

نتیجه‌گیری: بنابراین نتایج این پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز مداخلاتی برای کمک به بیماران عروق کرونر قلبی شود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، بیماری کرونر قلبی، تحمل پریشانی، درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان‌مدار

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۱۲/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۰

استاد: علیاری خانشان وطن فریبا، احدی حسن، کلهرنیا گل کار مریم، صداقت مستوره. مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر اضطراب و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۳): ۱۴۶-۱۳۰

^۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی. drhahdi5@gmail.com

^۲- استاد مدعو، گروه روان‌شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی. (نویسنده مسئول)

Email: Drhahdi5@gmail.com tell: 09122191202

^۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. maryamgol1986@yahoo.com

^۴- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. mastoorehsedaghat@yahoo.com



مقدمه:

بیماری‌های قلبی - عروقی شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر انسان‌ها در جهان هستند. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱ این بیماری‌ها در سال ۲۰۲۲ موجب مرگ و میر شانزده و نیم میلیون انسان در جهان شده‌اند. تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۲۰ حدود بیست و پنج میلیون انسان به خاطر این بیماری‌ها جان خود را از دست بدهند (۱). در کشور ما نیز بیماری‌های قلبی - عروقی از جمله سندرم حاد کرونری^۲ شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر بوده و حدود ۴۶ درصد مرگ‌ومیرها به دلیل این بیماری‌هاست. با توجه به تأکید انجمن علائم قلب آمریکا، بیماری عروق کرونر شامل درد قفسه سینه در قسمت مرکزی، احساس پری و انتشار درد به بازو، پشت، گردن، فک تحتانی و ناحیه معده، تعریق و سبکی سر است (۲)، اما تحقیق نشان داده که این الگوی درد می‌تواند در زنان و مردان متفاوت باشد به گونه‌ای که در زنان شدت درد قلبی کمتر بوده اما سایر علائم شدیدتر بروز می‌کنند. در کنار این یافته‌ها وجود علائم غیرمعمول مانند ضعف، خستگی، تپش قلب، سرگیجه، سوء هاضمه و سوزش سر دل از جمله عواملی هستند که تأثیر بسزایی در روند درمان بیماران دارند (۳). در ایران نیز اولین علت مرگ، بیماری‌های قلبی عروقی است که عامل ۳۵ درصد موارد مرگ محسوب می‌شود (۴). بیماران قلبی مشکلات متعددی نظیر درد قفسه سینه، عدم تحمل فعالیت، تنگی نفس، سازگاری غیر مؤثر با بیماری و مشکلات روحی روانی را تجربه می‌کنند (۵). این بیماران به علت تغییرات پیش‌آمده در نحوه زندگی، بستری شدن در بیمارستان، عدم آگاهی از روند درمان و بهبودی و لزوم رعایت محدودیت‌هایی در سبک زندگی در معرض انواع مختلف استرس، اضطراب و افسردگی قرار دارند (۶).

نارسایی قلبی به عنوان یک بیماری ناتوان‌کننده همراه با احساس ضعف و افزایش اضطراب شناخته می‌شود (۷). علاوه بر آن، تجربه فشارهای روحی اقتصادی، بستری شدن‌های مکرر و پیش‌آگهی ضعیف این بیماری منجر به ایجاد اضطراب می‌شود (۸). اضطراب نیز به عنوان یک مشکل روان‌شناختی، به عنوان پاسخ‌های مقدماتی یک ارگانیسم به زمینه‌هایی که ممکن است در آن یک رویداد تهدیدکننده رخ دهد تعریف می‌شود (۹). اضطراب یک احساس ناخوشایند، تشویش یا فشار است که در حیطه‌های مختلف زندگی انسان وجود دارد و عاملی بازدارنده، مخرب و کاهنده مقاومت بیماران در برابر روند درمانی است که پیامدهای جدی ناشی از بیماری را افزایش می‌دهد (۱۰)، اضطراب، فعالیت‌های روانی و فیزیولوژیکی بدن از قبیل ضربان قلب، تعداد تنفس و فشارخون را بالا می‌برد (۵)، که این موارد برای بیماران قلبی بسیار مضر می‌باشند. در همین راستا^۳ و همکارانش در پژوهش مروری خود نشان دادند افسردگی و اضطراب عامل خطرزایی برای ایجاد و پیشرفت بیماری عروق کرونری است و با سازوکارهای گوناگون می‌تواند به عنوان عاملی خطرزا، بروز بیماری عروق کرونری را تسریع کند (۱۱).

مطالعات نشان داده‌اند که پریشانی روان‌شناختی با افزایش خطر ابتلا به بیماری کرونر قلبی همراه است (۱۲، ۱۳). پریشانی سازه‌ای متداول در پژوهش‌های مربوط به بی‌نظمی عاطفی است که به صورت سازه‌ای فرا هیجانی و به عنوان قابلیت فرد برای تجربه و مقاومت در برابر حالت‌های هیجانی منفی بیان شده است. این سازه که ممکن است در نتیجه فرایندهای شناختی و یا فیزیکی در فرد ایجاد شود، به صورت حالتی هیجانی است که اغلب با تمایلات عملی برای کاهش اثرهای منفی حاصل از تجربه هیجانی مشخص می‌شود. از این رو، تحمل پریشانی به عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده و توانایی فرد برای ادامه درگیر شدن در رفتار هدایت‌شده در مقابل اختلال احساسی، شناختی یا فیزیکی ضروری است (۱۴). هم‌چنین، تحمل پریشانی ماهیتی چندبعدی داشته شامل ابعاد متعددی از جمله (۱) توانایی تحمل (۲) ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی (۳) شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد (۴) مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به وجود

۱. World Health Organization

۲. Coronary Sandrome

۳. Lett

آمدن اختلال در عملکرد، می‌شود (۱۵)، که ماهیتی چندبعدی داشته و شامل ابعاد متعددی از جمله، توانایی تحمل پریشانی‌های هیجانی، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه تنظیم هیجان به‌وسیله فرد و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد می‌شود (۱۶). افراد با سطح پایین تحمل پریشانی، حالت‌های روان‌شناختی منفی را غیرقابل تحمل می‌پندارند، توانایی مدیریت آنها را ندارند، معمولاً آنها را انکار می‌کنند و از وجودشان احساس شرم و آشفتگی می‌نمایند (۱۷). تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان‌های منفی تأثیر می‌گذارد؛ به‌طوری‌که افراد دارای تحمل پریشانی پایین‌تر واکنشی شدیدتر به استرس و اضطراب نشان می‌دهند (۱۸).

پرستاران برای کنترل اضطراب و بهبود شاخص‌های فیزیولوژیک بیماران از روش‌های دارویی و غیردارویی (روان‌درمانی) استفاده می‌کنند (۱۹). یکی از روش‌های درمانی مؤثر در بهبود بسیاری از ویژگی‌های روان‌شناختی، درمان شناختی رفتاری است (۲۰). این شیوه درمانی بر این فرض استوار است که باورهای نادرست و ناامیدکننده، رفتارهای مقابله‌ای نا مؤثر و حالات خلقی منفی در شکل‌گیری و تداوم مشکلات مؤثر هستند (۲۱). درمان شناختی رفتاری بر مدل آموزش رواتی ساخت دار استوار است و بر نقش تکلیف خانگی تأکید می‌کند (۲۲). این درمان دارای ویژگی‌های منحصربه‌فردی است که هم از راهبردهای شناختی شامل کشف تحریف‌های شناختی و افکار اضطراب‌آور، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای مؤثر و هم از راهبردهای رفتاری شامل الگوبرداری، مواجهه‌سازی، ایفای نقش، آرام‌سازی عضلانی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش خودکنترلی و خودکارآمدی استفاده می‌کند (۲۳). پژوهش‌ها از تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر میزان اضطراب مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب (۲۴)، اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب بیماران عروق کرونری (۲۵)، اثربخشی مداخله شناختی رفتاری گروهی کوتاه‌مدت بر اضطراب و تنش بیماران کرونری قلب مزمن (۲۶)، تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش پریشانی بیماران با درد مزمن (۲۸)، تأثیر بهزیستی درمانی بر افزایش تحمل پریشانی بیماران قلبی عروقی (۲۹)، تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تحمل پریشانی زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی (۳۰)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی (۳۱) و اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در بهبود علائم حیاتی در بهزیستی روان‌شناختی بیماران کرونر قلبی (۳۲) تأیید شده است. تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان‌های منفی تأثیرگذار است، به‌گونه‌ای که افرادی که در مقایسه با دیگران تحمل پریشانی کمتری دارند، واکنشی شدیدتر به استرس نشان می‌دهند. افزون بر این، این افراد توانایی‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری در برابر تحمل پریشانی از خود نشان داده و در نتیجه تلاش می‌کنند تا با به‌کارگیری استراتژی‌هایی که هدف آن‌ها کاهش حالت‌های هیجانی منفی است، از این‌گونه هیجان‌ها اجتناب کنند (۳۳). از طرفی نیز یکی از راهبردهای درمانی کوتاه‌مدت برای کمک به بیماران قلبی در کار با آشفتگی‌های هیجانی ارتباطی، درمان هیجان‌مدار است. پرداختن به هیجانات یکی از حرکت‌های اخیر خانواده‌درمانی و در زمره فعالیت‌ها و خدمات روان‌درمانی است. درمان هیجان‌مدار در اوایل دهه ۱۹۸۰ در پاسخ به فقدان مداخلات هیجانی فعال و کارآمد مطرح شد. این فقدان بیشتر در حوزه انسان‌گرایی احساس می‌شد، چراکه آن روزها مداخلات رفتاری عنصر غالب درمانی به شمار می‌رفت. در درمان هیجان‌مدار، هیجان‌ها به‌عنوان تمایلات مربوط به عمل دیده شده و اساس ارتباط اجتماعی را شکل داده و همواره علائمی از ماهیت پیوندهای اجتماعی‌مان به ما می‌دهند (۳۴). هیجان، افراد را در جهت نیازهایشان هدایت کرده، پاسخ‌ها و رفتارهای دلبستگی را سازمان داده، و شناخت‌های اساسی درباره خود، دیگران و ماهیت روابط را فعال می‌کنند. همچنین هیجان یک سیستم

هشداردهنده اولیه در تعاملات مشخص‌کننده رابطه است؛ ابراز عاطفه، طرف مقابل را در جهت پاسخ‌های خاصی سوق می‌دهد و اساس سازمان‌دهی تعاملات است (۳۵). از این جهت رویکرد را هیجان‌مدار نام‌گذاری کردند، که بر نقش کلیدی و اهمیت حیاتی هیجان و محاورات برخاسته از هیجانات، در سازمان‌دهی الگوهای تعاملی تأکید شود. به باور بنیان این رویکرد، سهم هیجانات در ایجاد تجارب مهمی که افراد در روابط صمیمانه دارند به شدت مورد بی‌توجهی قرار گرفته است (۳۶). شناگوی محرر و همکاران (۳۷) در پژوهش خود نشان دادند که درمان هیجان‌مدار بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است. خسروی اصل (۳۸) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که روش درمانی هیجان‌مدار بر اضطراب و افسردگی زنان سرپرست مؤثر بود.

با توجه به افزایش روزافزون تعداد افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و نقش مسائل روانی در بهبود این بیماران و با توجه به گسترش درمان‌های روان‌شناختی مؤثر بر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی عروقی و عدم پژوهشی مستقیم در زمینه تأثیر درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و تحمل پریشانی بیماران کرونر و خط پژوهشی در این زمینه، مطالعه حاضر در راستای هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر اضطراب و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی انجام شد.

روش پژوهش:

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه همراه با مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی بیمارستان شهید لوانسانی تهران در تابستان سال ۱۴۰۰ بودند که تنها سابقه گرفتگی عروق کرونری داشتند و بیمارانی که جراحی قلب باز داشتند را شامل نمی‌شد. از جامعه هدف ۴۵ نفر واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند و تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵ و آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ (برای هر گروه ۱۵ نفر به دست آمد)، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی ساده با استفاده از پرتاب سکه به دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل عدم سابقه سکته قلبی، داشتن تحصیلات دیپلم یا بالاتر، سن بین ۴۰ تا ۷۰ سال، عدم سابقه در بافت خدمات روان‌شناختی در سه ماه گذشته و عدم استفاده هم‌زمان از سایر روش‌های درمانی روان‌شناختی بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیشتر از دو جلسه مداخله بودند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های زیر بود:

۱. پرسشنامه اضطراب بک^۱ (BAI): این پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ سؤالی توسط بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ طراحی گردید است که به‌طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات در دامنه ۹ تا ۶۳ قرار می‌گیرند که نمره ۰ تا ۷ هیچ با کمترین اضطراب، نمره ۸ تا ۱۵ اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید را نشان می‌دهد؛ و نمرات بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر هست (۳۹). یک و همکاران روایی محتوایی این آزمون را مطلوب و پایایی به روش ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲ گزارش کردند. همچنین پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ گزارش شد (۳۵). در ایران مطالعه کاویانی و موسوی (۴۰) نشان داد که آزمون مورد نظر دارای روایی ($r=0/72$)، پایایی ($r=0/83$) و ثبات درونی ($\text{Alpha}=0/92$) مناسبی است. در مطالعه حاضر، پایایی بر روی گروه نمونه پژوهش به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۵ به دست آمد.

۲. **مقیاس تحمل پریشانی^۱ (DTS):** مقیاس تحمل پریشانی یک ابزار خود گزارشی ۱۵ سؤالی است که به وسیله سیمونز و گاهر^۲ در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است که چهار مؤلفه تحمل (سؤالات ۱ - ۳ و ۵)، جذب (سؤالات ۲ - ۴ و ۱۵)، ارزیابی (سؤالات ۶ - ۷ - ۹ - ۱۰ - ۱۱ و ۱۲) و تنظیم (سؤالات ۸ - ۱۳ و ۱۴) را بر روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک (کاملاً موافق) تا پنج (کاملاً مخالف) می‌سنجد (۳۷). لذا دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است و نمره بالاتر در این مقیاس، تحمل بالای پریشانی را نشان می‌دهد (۱۳). سیمونز و گاهر ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌آزمون‌های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۷۴ و ۰/۸۷ به دست آوردند. همچنین گزارش کردند که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است و ضریب روایی آن ۰/۶۱ گزارش شده است (۴۱). شمس، عزیزی و میرزایی (۴۲) همبستگی مقیاس تحمل پریشانی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله محور، هیجان محور، کمتر مؤثر و غیر مؤثر به ترتیب ۰/۲۱۳، ۰/۲۷۸، ۰/۳۳۷ و ۰/۱۹۶- به دست آمد. همچنین بین مقیاس تحمل پریشانی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۵۴۳، ۰/۲۳۴، ۰/۶۵۳- به دست آمده است. پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی ۰/۷۹ گزارش کردند و پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۷۷ گزارش کردند (۴۲). در پژوهش حاضر پایایی به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۴، ۰/۷۳ و ۰/۷۷ به دست آمد.

پس از تخصیص گروه‌ها و قرار گرفتن افراد نمونه در گروه‌های آزمایش و گواه، پس از توضیحات مقدماتی درباره پرسشنامه‌ها و هدف از اجرای آزمون، نحوه پاسخگویی آزمودنی‌ها به آزمون‌ها شرح داده شد و پیش‌آزمون در جلسه اول در محل سالن کنفرانس بیمارستان شهید لواسانی تهران بر روی افراد اجرا گردید. گروه آزمایش اول در ده جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای در ده هفته و گروه آزمایش دوم در ۹ جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای در نه هفته تحت مداخله قرار گرفتند و گروه گواه مداخله معمولی را دریافت نمود. مداخله‌ها توسط محقق که متخصص روان‌شناسی سلامت هست، زیر نظر اساتید انجام شد. پس از خاتمه جلسات درمانی هر دو گروه آزمایش، پس‌آزمون در جلسه آخر درمان برای هر دو گروه اجرا شد. دوره پیگیری دو ماه بعد از پایان جلسات آموزشی و پس‌آزمون توسط محقق در یک جلسه برگزار شد. یک ماه بعد از پایان دوره پیگیری، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه درمانی هم برای گروه گواه در مدت دو هفته انجام شد. جلسات درمان شناختی رفتاری برگرفته از نظریه الیس و بک، و جلسات درمان هیجان‌مدار برگرفته از رویکرد هیجان‌مدار جانسون بود، شرح مختصر جلسات درمانی شناختی رفتاری و هیجان‌مدار مطابق جدول ۱ و ۲ بود.

جدول ۱. مداخله شناختی رفتاری

جلسه	محتوی جلسات
۱	توضیح فرآیند آموزشی، درمان و اهداف برای برنامه کرونر قلبی شرکت‌کننده، تصریح انتظارات افراد شرکت‌کننده، غربالگری و گزینش افراد واجد شرایط پیش‌آزمون.
۲	صورت‌بندی مشکلات کلی بیماران در قالب مدل شناختی رفتاری، ادغام مثلث شناختی در استراتژی‌های درمانی، استفاده از تکنیک‌های استاندارد فعال‌سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی و ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد.
۳	ادامه کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد بیماران، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی.

۱. Distress tolerance scale

۲. Simons & Gaher

۴	شناسایی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال شدن آنها در موقعیت‌های خاص، استفاده از فن پیکان رو به پایین، بررسی چند مورد از مسائل آماجی بیماران.
۵	توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی، تقویت خودگویی‌های مثبت، استفاده از فن‌های رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی.
۶	استفاده از فن‌های شناختی رفتاری در مورد جرئت‌ورزی، حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی به بیماران.
۷	شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته‌ای، ضعیف‌سازی باورهای غیرشرطی از طریق زیر سؤال بردن آنها به روش سقراطی و درجه‌بندی باورهای منفی بر روی یک مقیاس ۰ تا ۱۰۰ درجه.
۸	توسعه باورهای مثبت جایگزین از طریق توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، توسعه مهارت‌های حل مسئله و رفتارهای شجاعانه، درجه‌بندی افکار جایگزین، ایجاد آمادگی برای به کار گرفتن روش‌های آموخته‌شده در شرایط زندگی آینده.
۹	آموزش مهارت‌های ارتباطی، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی، در این جلسه به افراد آموزش سبک پاسخ‌دهی کلامی کارآمد و مهارت‌های گوش کردن فعال داده شد سپس از افراد خواسته می‌شود تا به واکنش دیگران به این سبک‌های پاسخ‌دهی کلامی توجه کنند و در انتهای جلسه با بیماران قرارداد وابستگی بسته شد.
۱۰	صورت‌بندی مشکلات کلی بیماران در قالب مدل شناختی رفتاری، پس‌آزمون.

جدول ۲. مداخله هیجان‌مدار

گام‌های درمان	شماره جلسه	هدف	موارد مطرح‌شده	تکلیف
گام اول	اول	آشنایی کلی - معرفی درمانگر - بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در دوره - ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان‌مدار	بررسی نظرات افراد در مورد مفاهیم موردنظر - کشف تعاملات مشکل‌دار - ارزیابی شیوه برخورد آنها با مشکلات - کشف موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی.	توجه به (نشاط، لذت، سرحالی، خوشحالی و....) و حالات ناخوشایند (خشم، تنفر، غمگینی، حسادت و اضطراب)
گام دوم	دوم	تعیین الگوهای تعامل	کشف نایمنی دلبستگی و ترس‌های هرکدام از افراد - کمک به بازتر بودن و خودافشایی - ادامه پیوستگی درمان	شناسایی دقیق هیجان، عواطف و احساسات خالص
گام سوم	سوم	بازسازی پیوند	روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی - گسترش تجربه هیجانی هرکدام از افراد در رابطه و پدیداری عناصر جدید در تجربه - هماهنگ کردن تشخیص درمانگر با مراجع - پذیرش چرخه منفی - بررسی و تجدیدنظر کردن روابط	ابراز هیجانات و عواطف خالص (بدون حاشیه)

چهارم	عمق بخشیدن به درگیری عاطفی بر مبنای دلبستگی	افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی - عمق بخشیدن ارتباط شخصی با تجربه هیجانی - بهبود وضعیت تعاملی	ابراز هیجانات و عواطف خالص (بدون حاشیه)
پنجم	گسترده کردن خود در ارتباط با دیگران	تعیین تناسب چارچوب بندی درمانگر با تجربه افراد - عمق بخشیدن با درگیری - پذیرش بیشتر افراد از تجربه خود - ارتقاء روش های جدید تعامل تمرکز روی خود نه دیگری	تعیین ترس های زیربنایی و خواسته و آرزوها
ششم	فعال سازی	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها - درگیری بیشتر افراد با یکدیگر - روشن سازی خواسته ها و آرزوها	مشخص کردن نقاط ضعف و قوت تمرین روابط
گام سوم تثبیت	یافتن راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی	بازسازی تعاملات، تغییر رفتار آسیب رسان - ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و نیز رابطه - تغییر تعاملات غلبه بر موانع واکنش مثبت	کشف راه حل های جدید برای بحث ها و مشکلات قدیمی
هفتم	استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه	درگیری صمیمانه - ماندن بر خط درمان و خارج نشدن از آن - هماهنگی وضعیت های جدیدی که بیماری ایجاد کرده است - شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی - ایجاد دلبستگی ایمن - ساختن یک داستان شاد از رابطه	اجرای تکنیک ها در محیط روزمره
نهم	جمع بندی و اجرای پس آزمون	حفظ تغییر تعاملات در آینده - تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون - حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه قوی کردن پیوند بین آنها - اجرای پس آزمون ها	

تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-16 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بین گروهی در سطح معناداری $\alpha=0/05$ انجام شد.

یافته ها:

در جدول زیر جنسیت و سن شرکت کنندگان به تفکیک سه گروه آورده شده است.

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد شرکت کنندگان در سه گروه

متغیر	فراوانی گروه	درصد	فراوانی گروه	درصد	فراوانی گروه	درصد
	شناختی رفتاری		هیجان مدار		گواه	
سن	۲	۱۳/۳	۲	۳/۱۳	۳	۲۰
	۴۰ تا ۵۰ سال					
	۷	۴۶/۷	۸	۵۳/۳	۶	۴۰
	۶۰ تا ۵۱					

سال					
۶۱ تا ۷۰					
۴۰	۶	۳۳/۳	۵	۴۰	۶
سال					

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
درمان شناختی رفتاری	اضطراب	میانگین	۱۹/۳۳	۱۵/۳۳	۱۶/۰۰
		انحراف معیار	۲/۳۵	۲/۲۹	۱/۶۵
درمان هیجان‌مدار	اضطراب	میانگین	۱۹/۵۳	۱۶/۴۷	۱۶/۸۰
		انحراف معیار	۲/۱۷	۲/۵۳	۲/۴۶
کنترل	اضطراب	میانگین	۱۹/۶۰	۱۹/۳۳	۱۹/۴۷
		انحراف معیار	۱/۸۸	۱/۹۵	۲/۳۳
درمان شناختی رفتاری	تحمل پریشانی	میانگین	۴۲/۸۷	۵۷/۱۳	۵۶/۶۷
		انحراف معیار	۵/۹۰	۵/۲۱	۵/۶۸
درمان هیجان‌مدار	تحمل پریشانی	میانگین	۴۱/۶۷	۵۰/۸۰	۵۱/۴۷
		انحراف معیار	۵/۶۴	۴/۲۱	۴/۳۷
کنترل	تحمل پریشانی	میانگین	۴۱/۶۰	۳۹/۴۰	۴۱/۱۳
		انحراف معیار	۴/۲۴	۶/۹۷	۶/۳۲

بر اساس جدول ۴، می‌توان اینگونه بیان کرد که روش‌های درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری باعث کاهش اضطراب زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی شده است. همچنین روش‌های درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری باعث افزایش تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی شده است.

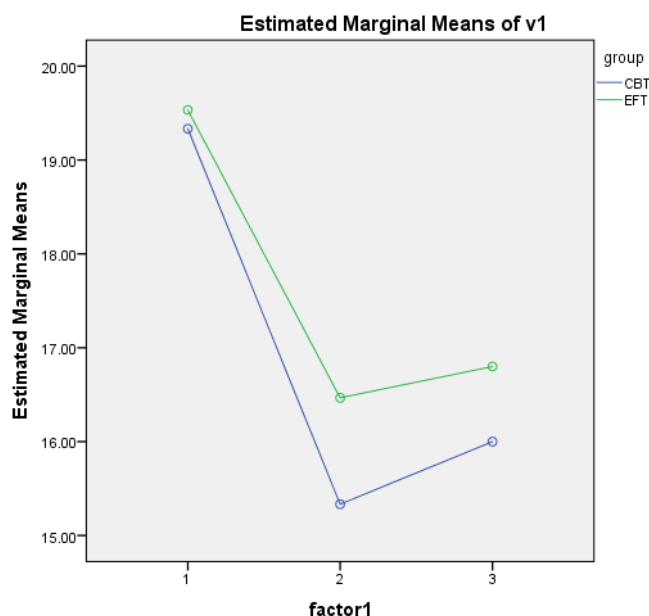
قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین‌گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک انجام شد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. اگر معنی‌داری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به‌طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه‌کارانه گرینه‌هاوس - گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. در این پژوهش نتایج آزمون ماچلی متغیرهای پژوهش برقرار نبود ($p > 0.05$). بنابراین نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در متغیرهای اضطراب و تحمل پریشانی در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری بر اساس اصلاح گرینه‌هاوس - گیسر در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات اضطراب و تحمل پریشانی با معیار گرینه‌هاوس - گیسر

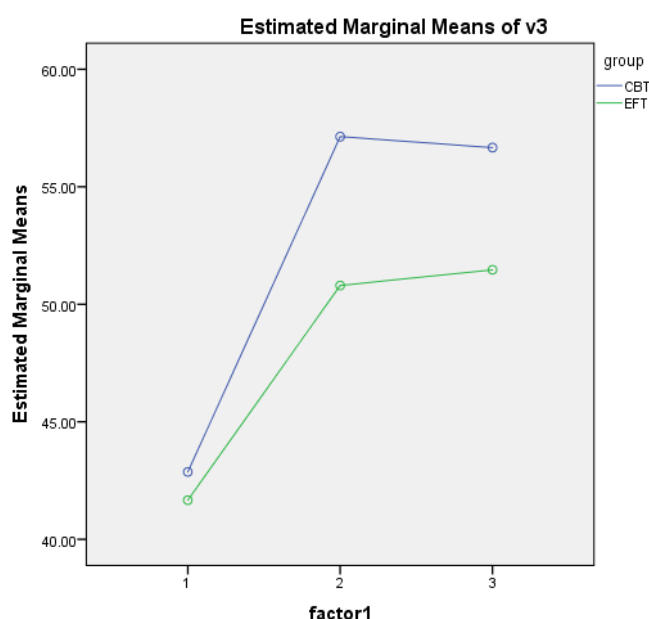
متغیر	شاخص آماری	SS	df	MS	F	Sig	ضریب
-------	------------	----	----	----	---	-----	------

عوامل	ایتا					
درون آزمودنی	۲۱۹/۳۶	۱/۶۹	۱۲۹/۶۸	۵۹/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸
تعامل درون آزمودنی*	۳/۳۶	۱/۶۹	۱/۹۸	۰/۹۱	۰/۴۰	۰/۰۳
گروه						
بین گروهی	۱۱/۳۸	۱/۰۰	۱۱/۳۸	۰/۹۸	۰/۳۳	۰/۰۳
درون آزمودنی	۲۷۶۱/۴۰	۱/۲۸	۲۱۵۷/۱۶	۹۲/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷
تعامل درون آزمودنی*	۱۰۹/۰۹	۱/۲۸	۸۵/۲۲	۳/۹۵	۰/۰۳	۰/۱۷
گروه						
بین گروهی	۴۰۵/۳۴	۱/۰۰	۴۰۵/۳۴	۷/۸۶	۰/۰۱	۰/۲۲

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ برای همه مؤلفه‌ها معنادار است ($P < ۰/۰۵$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات اضطراب و تحمل پریشانی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات اضطراب، تحمل پریشانی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین نمرات اضطراب و تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، به‌طوری‌که نمرات اضطراب و تحمل پریشانی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی‌دار نداشته است. با توجه به نتایج جدول ۵ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار در سطح ۰/۰۵ برای نمرات تحمل پریشانی معنادار است ($P < ۰/۰۵$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات تحمل پریشانی در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. نمودار تعاملی میانگین‌های تعدیل شده نمرات اضطراب و تحمل پریشانی در دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار در مراحل مختلف پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در نمودار نمایش داده شده است.



نمودار ۱. میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات اضطراب در دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



نمودار ۲. میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات تحمل پریشانی در دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

با توجه به نتایج جدول ۵ برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه‌شده در سطح 0.05 برای تحمل پریشانی معنادار است. ($P < 0.05$). در نتیجه بین میانگین کلی نمرات تحمل پریشانی در دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار تفاوت معنادار وجود دارد. به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که روش درمان شناختی رفتاری بر نمرات تحمل پریشانی تأثیر بیشتری نسبت به روش درمان هیجان‌مدار داشته است و این بین دو درمان در کاهش اضطراب تفاوت معنادار وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری:

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر اضطراب و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی انجام شد. پژوهشی برای مقایسه همسویی و ناهمسوئی این نتیجه پژوهش در مورد فرضیه حاضر یافت نگردید. اما نتایج پژوهش حاضر با بخش هایی از پژوهش های (۳۲-۲۵) همسو و همخوان است.

در تبیین یافته به دست آمده می توان گفت تکنیک های شناختی به مراجعان یاد می دهد که افکار اضطرابی خود را شناسایی کنند و آنها را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند. درمانگر سعی می کند که بیمار را با اطلاعات جدیدی روبرو کند که قبلاً آنها را نادیده گرفته است. این تکنیک ها به مراجعان کمک می کند که تفسیرها و برداشت های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه های جدیدی را ایجاد کنند. مراجعان یاد می گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی اکثر موقعیت های زندگی است، بنابراین یاد می گیرند که این ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند و از لحاظ شناختی انعطاف پذیری بیشتری داشته باشند. در نهایت مراجعان این دیدگاه های شناختی جدید را به عنوان پاسخ مقابله ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب را به کار می برند (۴۳). تکنیک هایی که مؤلفه رفتاری اضطراب را هدف قرار می دهند عبارت اند از: شناسایی رفتارهای ایمنی نگرانی، شناسایی و حذف رفتارهای اجتنابی فعال و منفعل، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله، تغییر رفتار سبک زندگی و شناسایی رفتارهای نادیده گرفته شده، این تکنیک ها رفتارهای ایمنی نگرانی و اجتناب فعال و منفعل را از طریق مواجهه و تکالیف بازدارنده پاسخ را به تدریج حذف می کنند (۴۴). در تبیینی دیگر می توان گفت شرکت در جلسات درمانی شناختی رفتاری به بیماران کمک می کند تا افکار منفی خود را شناسایی کنند و آنها را مورد بررسی قرار دهند. این مهارت هسته اصلی رویکرد شناختی رفتاری است که عمده تاً بر اساس خودیاری استوار است و هدف درمانگر کمک به مراجع است تا بتواند مهارت های لازم را نه تنها برای حل مسائل جاری، بلکه مسائل مشابه در آینده رشد دهد. در نتیجه کسب این مهارت و کارآمد قلمداد کردن راه حل ها به بیماران کمک می کند تا موقعیت های نامعین یا مبهم را کمتر فشارآور و آشفته کننده درک کرده، بنابراین در پاسخ به چنین موقعیت هایی می توانند عکس العمل مناسبی نشان دهند و کمتر دچار اضطراب شوند.

همچنین می توان گفت که روش شناختی رفتاری فرد را به این آگاهی می رساند که اگرچه نمی تواند حوادث قطعی زندگی اش را تغییر دهد، می تواند یاد بگیرد روش مقابله با آنها را تغییر دهد. مداخله شناختی رفتاری با آموزش تکنیک های رفتاری مانند آرام سازی به بیماران کمک می کند با به کارگیری این فنون تنش های روانی را در خود کاهش دهند. علاوه بر این، بیماران با فراگیری مهارت های ارتباطی، روابط و فعالیت های اجتماعی خود را بهبود می بخشند و گسترش می دهند. این روابط به افزایش تحمل پریشانی بیماران کمک می کند (۴۵).

همچنین در تبیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر اضطراب و تحمل پریشانی می توان گفت که درمان هیجان مدار فرایندهای هیجانی سازمان دهنده ترین عنصر برای تمیز روابط کارآمد از ناکارآمدند. بی تردید شناخت، رفتار و هیجان همواره به شیوه های پیچیده با یکدیگر در تعامل هستند ولی در این میان هیجانات جرقه آغازین هستند؛ جرقه ای که رفتارهای پس آیند را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد. در درمان هیجان محور، هیجان تعیین کننده ترین عامل در شکل دهی به درام های آشفته ساز ارتباطی قلمداد می شود. اما آنچه مایه خرسندی است آن است که همین عامل از مزیت پادزهر شدن نیز برخوردار است و پتانسیل بهبود این آشفتگی ها را نیز در خود دارد. این هیجان است که رفتارهای دلبسته گونه را سامان می دهد. در حقیقت در درمان هیجان مدار، هیجانات و نقش آنها را بازشناسی و سپس توسعه می دهند. در این رویکرد تجربه و سپس ابراز هیجانات مثبت و منفی، آماج درمان و مهم ترین تسهیل کننده تغییر شناخته می شوند، امری که در سایر مدل های غیر تجربی به دیده اغماض نگریسته شده است (۴۶).

بیماران شرکت‌کننده در پژوهش با خود مقداری امید به همراه می‌آورند. آنها راه‌هایی را برای کمک شناسایی می‌کنند و برای رسیدن به اهداف تجدیدقوا می‌کنند. درمانگران می‌توانند با کمک به بیماران امید آنها را برای تغییر و بهبودی افزایش دهند تا امیدی را که از قبل داشته‌اند و قبلاً در زندگی‌شان، نشان داده‌اند، پیدا کنند. در رویکرد هیجان‌مدار بیماران دیدگاه‌های مثبت‌تری را درباره سلامت آتی دریافت می‌کنند. با توجه به باورها و طرح‌واره‌های سنتی که در فرهنگ نظام‌های شناختی در کشور ما در بین افراد و خانواده‌ها وجود دارد، اعم از این باورها که خودداری از ابراز احساسات و هیجانات چه مثبت و چه منفی، امری مثبت تلقی می‌شود و ابراز هیجانات نشان‌دهنده ضعف و ناتوانی برای آنها می‌باشد (سرکوبی عواطف و احساسات یک ارزش تلقی می‌گردد). با استفاده از مداخلات به کار گرفته‌شده در رویکرد هیجان‌محور بیماران قادر می‌گردند که از هیجانات خود آگاه شوند، آنها را لمس کرده و نقش آنها را در ایجاد چرخه‌های معیوب و مثبت ارتباطی کشف کرده و هیجانات خود را از نو قاب‌گیری نمایند؛ در نتیجه موجب کاهش اضطراب و تحمل پریشانی در آنان می‌شود.

در تبیین اثربخش‌تر بودن درمان شناختی رفتاری نسبت به درمان هیجان‌مدار می‌توان گفت که به‌عبارتی دیگر درمان شناختی رفتاری به زنان مبتلا به عروق کرونر قلبی یاد داد که از تفکرات اغراق‌آمیز و فاجعه‌بار پرهیز کنند و آن را با تفکراتی مثبتی جایگزین کنند، مبارزه و به چالش کشیدن باورهای تحریف‌شده باعث می‌شود که آنها روحیه سرسختی را در خود پرورش دهند و برای بهبودی خود و به چالش کشیدن بیماری مصمم‌تر شوند و در نتیجه توانایی تحمل آنان در برابر حوادث و حالات روان‌شناختی منفی بیشتر می‌شود (۴۷). در تبیینی دیگر می‌توان گفت که در جلسات درمانی شناختی رفتاری از فنون شناختی رفتاری مانند توقف فکر، مهارت‌های مقابله بین فردی، مهارت حل مسئله و خودگویی‌های مثبت استفاده می‌شود. بعد از چندین جلسه درمانی از یک طرف افکار خودآیند منفی درمان‌جو به افکار هدفمندی که با واقعیت عینی سازگاری بیشتری دارد، تبدیل می‌شود و پردازش شناختی آنها منطقی‌تر می‌گردد و قطعیت فرآیندهای شناختی معیوب کم‌رنگ‌تر می‌گردد و سامانه واقعیت‌سنجی فرد جان و انرژی تازه‌ای می‌گیرد و از طرف دیگر درمان‌جو مسلح به کسب مهارت‌های مقابله‌ای مانند مهارت‌های حل مسئله، مدیریت رفتار، جرئت‌آموزی، ابراز وجود و مهارت‌های بین‌فردی می‌گردد (۴۸). در چنین فضایی درمان جویان به شایستگی شناختی و کفایت رفتاری دست می‌یابند و متناسب با شرایط محیطی رفتارهای منطقی از خود نشان می‌دهند. به‌عبارت دیگر، تحمل پریشانی آنها در مقابل مشکلات افزایش می‌یابد.

پیشنهادهای پژوهش:

به‌طور کلی نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب و افزایش تحمل پریشانی بیماران عروق کرونر قلبی مؤثر بود. نتایج این پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز مداخلاتی برای کمک به بیماران عروق کرونر قلبی شود. پیشنهاد می‌شود که پزشکان و روان‌درمانگران از مداخله درمان شناختی رفتاری در بهبود آشفته‌گی‌های بیماران عروق کرونر قلبی بهره ببرند تا شاهد بهبود وضعیت روان‌شناختی این بیماران باشیم. درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند از نتایج این پژوهش به‌عنوان چشم‌اندازی جدید در جهت ارتقای ویژگی‌هایی مانند کاهش اضطراب و افزایش تحمل پریشانی بیماران عروق کرونر قلبی و حتی سایر گروه‌های آسیب‌پذیر استفاده نمایند. در نتیجه، استفاده از روش درمان شناختی رفتاری در سیاست‌گذاری‌های پیشگیرانه، بهداشتی و درمانی مربوط به گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله بیماران عروق کرونر قلبی می‌تواند نقش مهمی در بهبود ویژگی‌های آنان به‌ویژه کاهش اضطراب و ارتقای تحمل پریشانی داشته باشد.

محدودیت‌های پژوهش:

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر کوتاه بودن دوره پیگیری و استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی بود. همچنین عدم توانایی کنترل بر متغیرهای مداخله‌گری از جمله متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، جنس، وضعیت اقتصادی، سطح رفاه اجتماعی و ... می‌تواند به‌عنوان یکی از محدودیت‌های عمده این پژوهش به شمار رود. پیشنهاد می‌شود در بیمارستان‌ها

جلسات گروهی درمان شناختی رفتاری برای بیماران عروق کرونر قلبی برگزار شود و این برنامه و تکنیک‌های مرتبط با آن برای کمک به وضعیت روانی بیماران، به پرستارها و کادر درمان در قالب کارگاه‌های دانش‌افزایی، آموزش داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با دیگر رویکردهای درمانی از جمله درمان های موج سوم مثل تعهد و پذیرش و پرداخته شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده جهت تعمیم‌پذیری نتایج به انجام پژوهش در بیماران عروق کرونر سایر شهرها و دیگر بیماران مزمن پرداخته شود.

ملاحظات اخلاقی:

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات است و دارای کل اخلاق به شماره IR.IAU.BA.REC.1400.011 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس می‌باشد. ضمناً در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است.

تضاد منافع:

نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

سپاسگزاری

از تمامی بانوان شرکت‌کننده در این پژوهش و اساتید محترم راهنما و مشاور تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع:

1. Einarson TR, Acs A, Ludwig C, Panton UH. Prevalence of cardiovascular disease in type 2 diabetes: a systematic literature review of scientific evidence from across the world in 2007–2017. Cardiovascular diabetology. 2018; 17(1): 1-19. <https://doi.org/10.1186/s12933-018-0728-6>
2. Ranjbaran R, Aliakbari Dehkordi M, Saffarinia M, Alipour A. Effect of health promoting lifestyle training on vitality, psychological well-being and blood pressure of women with cardiovascular disease. Cardiovascular Nursing Journal. 2019; 8(1): 98-109. (Persian) <http://journal.icns.org.ir/article-1-620-en.html>.
3. Azimian J, Soleimany Ma, Pahlevan Sharif S, Banihashemi H. The Effect of Spiritual Care Program on Death Anxiety of Cardiac Patients: A Randomized Clinical Trial. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2019; 27(1): 1-10. (Persian) <https://doi.org/10.30699/ajnm.27.1.1>
4. Babamohamadi H, Kadkhodaei-Elyaderani H, Ebrahimian A, Ghorbani R. The effect of spiritual care based on the sound heart model on the spiritual health of patients with acute myocardial infarction. Journal of religion and health. 2020; 59(5): 2638-53. (Persian) <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01003-w>
5. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Wolters kluwer India Pvt Ltd, 2018.
6. Malekpour Golsefidi Z, Nasrollahi B, Darandegan K. The Relationship between Anxiety and Depression with Cardiovascular Disease after Open Heart Surgery. Iranian Journal of Surgery. 2017; 25(2): 54-61. (Persian)

7. Tully PJ, Harrison NJ, Cheung P, Cosh S. Anxiety and cardiovascular disease risk: a review. *Current cardiology reports*. 2016; 18(12): 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11886-016-0800-3>
8. Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the art review: depression, stress, anxiety, and cardiovascular disease. *American journal of hypertension*. 2015; 28(11): 1295-302. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv047>
9. Zi J, Yi oF, Dong C, Zhao Y, Li D, Tan Q. Anxiety administrated by Dexmedetomidine to prevent new-onset of postoperative atrial fibrillation in patients undergoing off-pump coronary artery bypass graft. *International heart journal*. 2020; 61(2): 263-72. <https://doi.org/10.1536/ihj.19-132>
10. Ezadi tame A, Sadeghi R, Safari M, Esmaeili-douki Z. Effect of Verbal and audio methods of training on presurgery anxiety of patients. *Journal of Inflammatory Disease*. 2011; 15(1): 21-25.
11. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C, et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosomatic medicine*. 2004; 66(3): 305-15. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000126207.43307.c0>
12. Pimple P, Lima BB, Hammadah M, Wilmot K, Ramadan R, Levantsevych O, et al. Psychological distress and subsequent cardiovascular events in individuals with coronary artery disease. *Journal of the American Heart Association*. 2019; 8(9): e011866. <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.011866>
13. Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. *International journal of epidemiology*. 2002; 31(1): 248-55. <https://doi.org/10.1093/ije/31.1.248>
14. Daughters SB, Ross TJ, Bell RP, Yi JY, Ryan J, Stein EA. Distress tolerance among substance users is associated with functional connectivity between prefrontal regions during a distress tolerance task. *Addiction biology*. 2017; 22(5): 1378-90. <https://doi.org/10.1111/adb.12396>
15. Manning K, Rogers AH, Bakhshaie J, Hogan JB, Buckner JD, Ditre JW, et al. The association between perceived distress tolerance and cannabis use problems, cannabis withdrawal symptoms, and self-efficacy for quitting cannabis: The explanatory role of pain-related affective distress. *Addictive behaviors*. 2018; 85: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.05.009>
16. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*. 2010; 136(4): 576. <https://doi.org/10.1037/a0019712>
17. Gallego A, McHugh L, Villatte M, Lappalainen R. Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020; 16: 128-33. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.003>
18. Veilleux JC. The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical psychology review*. 2019; 71: 78-89. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.003>

19. Mohammadpour A, Mohammadian B, Basiri Moghadam M, Nematollahi MR. The effects of topical heat therapy on chest pain in patients with acute coronary syndrome: a randomised double-blind placebo-controlled clinical trial. *Journal of clinical nursing*. 2014; 23(23-24): 3460-7. (Persian)
20. Shortis E, Warrington D, Whittaker P. The efficacy of cognitive behavioral therapy for the treatment of antenatal depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2020; 272:4 85-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.067>
21. McFarlane FA, Allcott-Watson H, Hadji-Michael M, McAllister E, Stark D, Reilly C, et al. Cognitive-behavioural treatment of functional neurological symptoms (conversion disorder) in children and adolescents: a case series. *European Journal of Paediatric Neurology*. 2019; 23(2): 317-28. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2018.12.002>
22. Lorenzo-Luaces L, Keefe JR, DeRubeis RJ. Cognitive-Behavioral Therapy: Nature and relation to non-cognitive behavioral therapy. *Behavior Therapy*. 2016; 47(6):785-803. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.012>
23. Peters L, Romano M, Byrow Y, Gregory B, McLellan LF, Brockveld K, et al. Motivational interviewing prior to cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: A randomised controlled trial. *Journal of affective disorders*. 2019; 256: 70-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.042>
24. Vakili M, Ahmadian H, Hadizadeh N. The Effect of Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Anxiety, Depression, and Resilience Level in Male with Coronary Artery Disease. *Community Health Journal*. 2021; 15(1): 40-9. (Persian) <https://doi.org/10.22123/chj.2021.246459.1570>
25. Soleymany Kahreh Z, Hosseini SS, Afsharinia K. The Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy, Music Therapy and Relaxation Therapy on Reducing Anxiety and Depression in Coronary Artery Disease Patients. *Scientific magazine yafte*. 2019; 21(3): 129-43. (Persian) <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-2851-en.html>
26. Bayazi M. The effectiveness of a short cognitive behavioral group intervention on depression, anxiety and stress in patients with chronic coronary heart disease: A randomized controlled trail. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2012; 14(54): 21-110. (Persian) <https://doi.org/10.22038/jfmh.2012.981>
27. Khodai S, Khazai K, Kazemi T, Ali Abadi Z. The Effect of Cognitive- Behavioral Group Therapy on Depression and anxiety in Patients with myocardial infarction. *Modern Care Journal*. 2013; 9(4): 364-70. (Persian)
28. Kolivand P, Nazari Mahin A, Jafari R. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Decrease of the Distress in Patients with Chronic Pain. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2015; 3(3): 63-9. doi.org/10.18869/acadpub.shefa.3.3.63 (Persian)
29. Baratpour S, Dasht Bozorgi Z. The effect of well-being therapy on hope, distress tolerance and death anxiety in people with cardiovascular disease after getting a coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Cardiovascular Nursing Journal*. 2020; 9(1):90-9. (Persian) <http://journal.icns.org.ir/article-1-645-en.html>
30. Shirali S, DashtBozorgi Z. Effect of Acceptance and Commitment-based Group Therapy on Existential Anxiety, Distress Tolerance, and Meta-worry in Elderly Women with

- Cardiovascular Disease in Mehr Hospital of Ahvaz City in 2018. *Community Health Journal*. 2019; 13(4): 1-11. (Persian) <https://doi.org/10.22123/chj.2020.196985.1334>
31. Zarabi S, Tabatabaei Nejad FS, Latifi Z. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Self-Healing Therapy on the Distress Tolerance of Women with Bulimia Nervosa. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2021; 19(2): 369-80. (Persian) <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1055-en.html>
 32. Alipour A, Rezai A, Hashemi T, yousefpour N. The effectiveness of cognitive behavioral therapy focused on lifestyle modification to increase monitoring vital signs and coronary heart disease and psychological well-being. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2017; 5(20): 125-36. (Persian)
 33. Zahrabnia E, Sanaie B, Kiyamanesh A, Zahra Kar K. Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on Emotional Regulation and Psychological Well-Being of Divorced Women. *Journal of Family and Health*. 2021; 11(2): 44-76. http://journal.astara.ir/article_245480.html (Persian)
 34. Asvadi M, Bakhshipoor A, Razavitaadegan B. Comparison the effectiveness of emotional focused couple therapy and cognitive-behavioral couple therapy on marital intimacy of women affected by infidelity. *Journal of Family and Health*. 2021; 11(2): 11-27. http://journal.astara.ir/article_245397.html (Persian)
 35. Johnson S, Zuccarini D. Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *J Marital Fam Ther*. 2010; 36(4): 431-45. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00155.x>
 36. Denton WH, Wittenborn AK, Golden RN. Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: a randomized pilot study. *J Marital Fam Ther*. 2012; 1(1): 23-38. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x>
 37. Sanagavi Moharrar Gh, Shirazi M, Mohammadi R, Maghsoodloo F. Effectiveness of Emotional Therapy on Reducing Anxiety and Depression in Patients with Multiple Sclerosis. *MUMS*. 2019; 61(1): 190-200. mjms.mums.ac.ir/article_14605.html?lang=fa (Persian)
 38. Khosravi Asl M, Nasirian M, Bakhshayesh A. The Impact of Emotion-focused Therapy on Anxiety and Depression among Female-Headed Households in Imam Khomeini Relief Committee. *JCHR*. 2018; 7(3): 173-182. <http://jhr.ssu.ac.ir/article-1-396-fa.html> (Persian)
 39. Beck AT, Steer R. Beck anxiety inventory (BAI). Überblick über Reliabilitäts-und Validitätsbefunde von klinischen und außerklinischen Selbst-und Fremdbeurteilungsverfahren. 1988: 7-8.
 40. Kaviani H, Mousavi A S. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*. 2008; 66(2): 136-140. (Persian)
 41. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*. 2005; 29(2): 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>

42. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation with Students Smoking Dependence. Hakim Health Systems research journal. 2010; 13(1):11-8. (Persian)
43. Hazlett-Stevens H. Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment: Springer Science & Business Media; 2008.
44. Dehshiri G-R. The Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy on Anxiety and Worry of People with Generalized Anxiety Disorder. Journal of Clinical Psychology. 2012; 4(2): 19-28. (Persian)
45. Emami M, Askarizade G, Faziltpour M. Effectiveness of Cognitive – Behavioral Stress Management Group Therapy on Resilience and Hope in Women with Breast Cancer. Positive Psychology Research. 2018; 3(4): 1-14. (Persian)
<https://doi.org/10.22108/ppls.2018.106094.1217>
46. Johnson SM. The practice of emotionally focused coupled therapy (2nd ed.). New York: Brunner-Routledge, 2004.
47. Taghipour R, siahpoosh S, kazemi dalivand F, Sadeghi P, Farjadtehrani T. Comparison of the Effect of Cognitive-Behavioral Therapy and Narrative Therapy in Improving Death Related Distress and Psychological Hardiness in Female Patients with Breast Cancer. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2019; 62(4): 1-1. (Persian) <https://doi.org/10.22038/mjms.2019.17677>
48. Evyatar A, Stern M, Schem-Tov M, Groswasser Z. Hypothesis forming and computerized cognitive therapy. Cognitive Rehabilitation in Perspective. Routledge, 2018.