



تقویت سبک‌های مقابله‌ای و کاهش هیجانات منفی در بیماران قلبی از طریق شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی

سمیه نقوی: دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

فریبرز درتاج: استاد، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) f_dortaj@yahoo.com

فاطمه قائمی: دانشیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

مجتبی سالاری فر: مرکز قلب تهران، پژوهشکده بیماری‌های قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

بیماری‌های قلبی،

هیجانات منفی،

سبک‌های مقابله‌ای،

شناخت درمانی مبتنی بر

بهبودی،

بهبودی روانی

زمینه و هدف: در تلاش برای بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی که جز بیماری‌های اثرگذار بر وضعیت روانشناختی و جسمانی افراد است، این مطالعه به بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی (Recovery-oriented cognitive-CT-R) بر سبک‌های مقابله‌ای و هیجانات منفی می‌پردازد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بوده و نمونه‌گیری در مرحله اول به صورت در دسترس و در مرحله جایگذاری از تصادفی ساده استفاده شده که در آن ۲۴ بیمار قلبی در گروه آزمایشی و ۳۰ بیمار در گروه کنترل قرار داشتند. مداخله در هشت جلسه به صورت دو جلسه در هفته اجرا شد. از پرسش‌نامه‌های DASS-21 برای سنجش افسردگی-اضطراب-استرس و سبک‌های مقابله‌ای پارکر و اندلر برای سنجش سبک‌های مقابله‌ای بیماران استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه که براساس تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شده است، نشان می‌دهد که CT-R تأثیر مثبت قابل‌توجهی بر بهبود سبک‌های مقابله‌ای در بیماران قلبی دارد ($P=0/001$) و آن‌ها را قادر می‌سازد تا عوامل استرس‌زا و نگرانی‌های مربوط به وضعیت خود را بهتر بررسی کنند. تفاوت معناداری میان دو گروه آزمایشی و کنترل در سبک‌های مقابله‌ای پس از مداخله مشاهده شد. علاوه بر این، این درمان به کاهش قابل توجه هیجانات منفی مانند استرس و افسردگی کمک می‌کند ($P=0/001$) و بهزیستی روانی کلی بیماران را بیشتر می‌کند. گروه آزمایشی و کنترل در پیگیری سه و شش ماهه تفاوت معناداری در تجربه هیجانات منفی نشان دادند.

نتیجه‌گیری: شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی می‌تواند بر کاهش هیجانات منفی و اصلاح سبک مقابله‌ای اثرگذار باشد و در نتیجه اطلاعات مفیدی به مراقبین سلامت ارائه داده و به آن‌ها در پیشبرد اهداف درمانی بیماران قلبی یاری رساند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Naghavi S, Dortaj F, Ghamei F, Salarifar M. Enhancing Coping Styles and Alleviating Negative Emotions in Cardiac Patients through Recovery-Oriented Cognitive Therapy. Razi J Med Sci. 2024(16 Sep);31.109.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Enhancing Coping Styles and Alleviating Negative Emotions in Cardiac Patients through Recovery-Oriented Cognitive Therapy

Somayeh Naghavi: PhD Student, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Fariborz Dortaj: Professor, Department of Educational Psychology, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran (*Corresponding Author) f_dortaj@yahoo.com

Fatemeh Ghaemi: Associate Professor, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Tehran, Iran

Mojtaba Salarifar: Tehran Heart Center, Cardiovascular Diseases Research Institute, Tehran university of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: The psychological health of people with cardiovascular disorders is profoundly impacted, frequently resulting in elevated stress levels and unpleasant emotional experiences (15). Promoting improved outcomes and overall coping patterns in cardiac patients requires improving coping mechanisms and reducing negative feelings (6,8). Applying Recovery-oriented cognitive therapy(CT-R) in this situation has been identified as a promising strategy to deal with these difficulties. CT-R is a therapeutic approach that places an emphasis on the patient's capacity for recovery and places a strong emphasis on improving cognitive and emotional capabilities (24, 25, 26). Patients can develop a more robust and adaptable thinking by learning to challenge and reframe unhelpful beliefs using various strategies, such as cognitive restructuring. The therapy seeks to provide patients with useful coping mechanisms that might be helpful in managing the difficulties related to their life by helping them to adopt a more optimistic and constructive viewpoint. Additionally, in order for patients to properly detect and control their emotions, the therapeutic process also entails encouraging self-awareness and emotional regulation (24, 25) . This factor is especially important when it comes to cardiac patients because elevated negative emotions, such worry and despair, can increase the physical symptoms and perhaps impede the healing process. CT-R helps patients to build emotional resilience through individualized interventions and support, encouraging a sense of control and well-being even in the face of health-related problems (27, 26).

Methods: The goal of this semi-experimental study is to evaluate the efficacy of CT-R in treating cardiac patients. The study used a repeated control and measurement group, as well as a pre-test-post-test strategy. Quantitative data was acquired for the information. Cardiovascular patients who sought cardiac rehabilitation at the Tehran Heart Center hospital in 2022–2023 were included in this study. A convenience selection of 54 patients from the Cardiac Rehabilitation Unit who were qualified to take part in the study was selected, and a straightforward random sampling approach was employed to divide them into experimental (24 participants) and control (30 participants) groups. The sample size was between 15 and 30 in accordance with the standards of experimental research (28). The hospital gave a list of the neighborhood that was the focus of the study after discussing the start time and how cardiovascular patients participated in the treatment sessions with the staff. The next stage began with obtaining consent to participate in therapy, pre-planned interventions, and therapeutic procedures. Prior to the start of the therapy session, patients in both groups were given the questionnaires to complete. Two weekly sessions of intervention lasting an hour and a half each were provided to the experimental group. Following the implementation of the intervention, patients underwent a second evaluation utilizing the questionnaires. Following the intervention, patients were reassessed using questionnaires as part of the assessment procedure during follow-up examinations held at three and six months. 1. The Andler and Parker Coping

Keywords

Cardiovascular Disease,
Negative Emotions,
Coping Styles,
Recovery-Oriented
Cognitive Therapy,
Psychological Well-Being

Received: 27/04/2024

Published: 16/09/2024

Style Questionnaire is a psychometric tool created by psychologists Andler and Parker to evaluate how individuals cope with stress, challenges, and adverse life events. It aims to provide understanding of individuals' typical responses to various stressors and difficulties they face. This questionnaire comprehensively assesses coping strategies, including problem-solving coping, emotion-focused coping, and avoidant coping. This revised questionnaire includes 48 items that are scored based on the Likert scoring system. Each item is scored from 1 (never) to 5 (very much) (endler, parker, 1990). 2. The DASS-21 is a well-known self-report questionnaire that evaluates the severity of common emotional symptoms like depression, anxiety, and stress. It provides valuable insights into an individual's emotional state in the previous week. The DASS-21 is a shorter version of the original DASS, designed by researchers to efficiently and accurately assess these psychological constructs. The questionnaire consists of 21 items, with each subscale containing seven items that specifically measure symptoms of depression, anxiety, and stress. Participants are required to rate the extent to which they have experienced each symptom over the past week using a four-point Likert scale, ranging from "Did not apply to me at all" to "Applied to me very much, or most of the time"(loviband, loviband, 1996).

Results: To check the normality of the distribution of research variables, we used the Kalmogorov Smirnov test that was greater than 0.05 for variables. Therefore, we used parametric testing to assess the study hypotheses. Box test was used to test the hypothesis of homogeneity of variance-covariance matrices that the results showed that the significance level of the box test is not significant at the 0.05 level. Levine's test was used to check the equality of variance of the groups. Mochli's sphericity test was used to check the equality of covariance assumption. The chi-square value obtained in this test was not significant and therefore the assumption of equality of covariance was confirmed. the results showed that the time variable significantly affects the coping styles and negative emotions at all four levels (pre-test, post-test, follow-up test 1, and follow-up test 2). This shows that there are substantial differences between the scores of cardiac patients at each of these four time points. The findings also demonstrate a significant interaction between time and group in coping styles, and negative emotions that demonstrating the importance of the link between time and group. In conclusion, CT-R significantly increased the coping styles and life expectancy in cardiac patients. Additionally, coping styles and life expectancy the impact of the group (experimental and control) is also significant that demonstrating a significant gap in two groups.

Conclusion: In summary, the introduction of CT-R is a major step forward in enhancing the coping mechanisms and emotional state of cardiac patients. This therapeutic approach helps individuals with cardiovascular conditions by promoting adaptive cognitive and emotional reactions, ultimately leading to a holistic recovery and better quality of life. CT-R can included in the treatment plan for cardiac patients in order to supplement traditional medical therapies and address the psychological effects of the disease. This therapy contributes to a comprehensive care strategy that recognizes the interdependence of physical and mental health by encouraging a proactive approach to emotional well-being.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Naghavi S, Dortaj F, Ghamei F, Salarifar M. Enhancing Coping Styles and Alleviating Negative Emotions in Cardiac Patients through Recovery-Oriented Cognitive Therapy. Razi J Med Sci. 2024(16 Sep);31.109.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ بیماری های قلبی-عروقی اولین علت اصلی مرگ و میر در جهان بوده است (۱) و در ایران نیز سهم عمده ای در مرگ و میر و ناتوانی زودرس انسان ها دارد (۲). در چند دهه اخیر تعداد بیماران قلبی که تحت جراحی قلب قرار می گیرند افزایش یافته است و انتظار بیشتر شدن نیز وجود دارد (۳). مطالعات زیادی در زمینه بازتوانی قلبی انجام شده است. در حال حاضر راهنمای بین المللی، بازتوانی مبتنی بر تمرین را به منظور بهبود سلامت و تعدیل عوامل خطر پس از آنژیوپلاستی و بای پس عروق کرونر پیشنهاد داده است (۴).

در بیماری های قلبی پس از جراحی، نحوه ی برخورد بیماران با مشکلات مربوط به مسائل جسمانی و روان شناختی خود اهمیت فراوانی دارد، زیرا سبکی که افراد برای مقابله با مسائل خود پیش می گیرند، بر وضعیت روان شناختی آن ها و کیفیت زندگی شان تاثیر گذار است. به همین منظور مقابله، فرآیند روان شناختی پیچیده ای است که برای رویارویی با تنش، تصمیم گیری و حل مسئله استفاده می شود (۵).

دو نوع کلی مقابله با فشار روانی را لازاروس و فولکمن مشخص کرده اند: مقابله متمرکز بر مشکل (مسئله مدار) و مقابله متمرکز بر هیجان (هیجان مدار) (۶). اندلر و پارکر سبک های مقابله ای را به سه دسته تقسیم کرده اند: (۱) مسئله مدار؛ (۲) هیجان مدار و (۳) اجتنابی. در سبک مسئله مدار بر حل مسئله تمرکز می شود و به جمع آوری اطلاعات در مورد حادثه فشارزا پرداخته می شود. در سبک هیجانی، فرد هیجانی رفتار می کند و در سبک اجتنابی فرد از رویارویی با موقعیت استرس زا اجتناب می کند (۷).

مطالعات نشان داده اند که مداخلات روان شناختی می توانند بر تقویت سبک های مقابله ای افراد تاثیر گذار باشند (۶، ۸و ۹). کیفیت زندگی سه جنبه دارد که شامل جنبه روانی، فیزیکی و اجتماعی است. این موضوع که هیجان، احساسات و زمینه اجتماعی می توانند علت بیماری قلبی باشند، نظر جدیدی نیست (۱۰). افرادی که مبتلا به بیماری قلبی هستند علائمی را تجربه می کنند که می تواند بر عملکرد آن ها تاثیر بگذارد که از آن جمله می توان به افسردگی،

اضطراب اشاره کرد. در مطالعه ای نشان داده شده است که بیماران قلبی افسردگی و اضطراب بالاتر معناداری را تجربه می کنند (۱۱-۱۴). هیجان منفی همچون افسردگی و اضطراب نیز با خطر انفارکتوس میوکارد (حمله قلبی) همبستگی مثبت دارد (۱۵). بیماران قلبی می توانند علائم بالینی معنادار افسردگی را بدون اینکه اختلال افسردگی اساسی داشته باشند، تجربه کنند (۱۶). وجود علائم افسردگی تاثیر منفی بر هر سه جنبه کیفیت زندگی بیماران قلبی دارد (۱۷). افسردگی منجر به ماندن بیشتر بیماران در بیمارستان شده و همچنین باعث دور ماندن آن ها از عملکرد شغلی، رفتار خود مدیریتی ضعیف و هزینه های زیاد تحمیل شده بر آن ها می شود (۱۸). اضطراب نیز جز علائمی است که در بیماران قلبی قابل مشاهده است و بعضی اوقات مشکلات قلبی با اختلال پانیک که جز اختلالات اضطرابی در DSM-5 دسته بندی شده است، از هم افتراق داده نمی شوند و به همین دلیل نیاز به ارزیابی تشخیصی دقیق دارد (۱۹). بیمارانی که در بیمارستان بستری می شوند، افسردگی و اضطراب بالایی نشان می دهند و هر چقدر عوامل خطر بیشتری را با بیماری قلبی خود به صورت همبند داشته باشند، افسردگی و اضطراب بیشتری نیز دارند (۲۰). بعضی از بزرگسالانی که بیماری قلبی دارند گرایش به نشخوار فکری زیاد درباره اینکه درمانده اند و افسرده اند، دارند. آن ها نگرانی های زیادی در رابطه با آینده خود دارند که تمام این موارد می تواند باعث افزایش افکار ناکارآمد در آن ها شود (۱۲).

درمان های دارویی زیادی برای درمان بیماری های قلبی وجود دارد. طبق آنچه گفته شد اختلالات اضطرابی و افسردگی نیز در این بیماران چشمگیر است و براساس مطالعات پیشین بر کیفیت زندگی این بیماران اثر منفی دارد. به همین دلیل مداخلات روانی زیادی برای مدیریت اضطراب و افسردگی در این بیماران انجام شده است که یکی از آن ها رفتار درمانی شناختی است. رفتار درمانی شناختی تاثیر معناداری بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و همچنین بهبود سبک های مقابله ای نشان داده است (۱۳ و ۲۳-۲۱). رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی توسط دکتر آرون تی بک، پل گرانت مطرح شده است. این رویکرد افراد را در مسیر دستیابی به هدف شان در برابر چالش های موجود در

آن‌ها قرار بگیرند، و همزمان به این افراد یاری کرده تا در ذهنیت سازگار مدت زمان بیشتری بمانند. همچنین می‌توان به بهبود زودتر این بیماران نیز امیدوار بوده و امید به زندگی را در آن‌ها بالا برد و به اصلاح سبک مقابله‌ای و کاهش هیجانات منفی در آن‌ها یاری رساند. بنابراین، این پژوهش در نظر دارد تا به سوال زیر پاسخ دهد: آیا مداخله‌ی شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی بر سبک‌های مقابله‌ای و هیجانات منفی بیماران قلبی تاثیرگذار است؟

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بوده و جامعه‌ی مورد مطالعه در این پژوهش بیماران قلبی بوده‌اند که در سال ۱۴۰۱-۰۲ به بخش بازتوانی مرکز قلب مراجعه کردند. در ابتدا برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده و سپس در جایگذاری افراد در گروه‌های آزمایشی و کنترل از نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. نحوه‌ی نمونه‌گیری براساس اصول نمونه‌گیری در پژوهش‌های آزمایشی بوده است (۲۸). از بیمارستان لیستی از جامعه مورد نظر در پژوهش تحویل گرفته و سپس با بیمارانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، گفتگو شده و بعد از آن در رابطه با زمان شروع و نحوه شرکت بیماران قلبی در جلسات درمانی با کارکنان صحبت شد. در مرحله بعد با گرفتن رضایت نامه شرکت در درمان (۶ نفر از افرادی که به صورت تصادفی در گروه آزمایشی قرار گرفته بودند، عدم تمایل خود برای شرکت در جلسات مداخله اعلام کردند)، برنامه ریزی شده و مداخله درمانی آغاز شد. قبل از اجرای مداخله درمانی پرسش‌نامه‌های مورد نظر برای تکمیل شدن به بیماران هر دو گروه تحویل شد. پس از تکمیل از آن‌ها پس گرفته شده و گروه آزمایشی به صورت دو جلسه در هفته (جلسه‌ای یک ساعت و سی دقیقه) و به مدت یک ماه تحت مداخله قرار گرفته و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اجرای مداخله بیماران دوباره با پرسش‌نامه‌های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. بعد از آن بیماران مجدداً در مرحله پیگیری سه و شش ماه پس از پایان

زندگی توانمند می‌سازد و همچنین به درمانگران می‌آموزد که چگونه افرادی که در شرایط بدی گیر کرده‌اند و باورهای ناکارآمدی دارند، یاری رسانند. رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی، ویژگی‌های متعددی دارد: (۱) بر مثبت‌گرایی تمرکز می‌کند و هدفش افزایش هیجانات، باورها و فعالیت‌های مثبت است؛ (۲) مبتنی بر فعالیت است. فعالیت کردن تنها مشغول بودن نیست بلکه ایجاد تغییر مثبت نیز است؛ (۳) توانمندسازی از طریق باورها. توانمندسازی باعث تقویت باورهای شخصی فرد که مرتبط با خوب بودن، کمک‌کننده بودن، قوی و توانا بودن است، می‌شود؛ (۴) تمرکز بر رویکردها و تکنیک‌های بدیع؛ (۵) به کارگیری برای افرادی که شرایط پیچیده دارند. به عنوان مثال: همبودی بیماری‌های دیگر را نیز دارند؛ (۶) تمرکز بر کل فرد (۲۴-۲۷).

مطالعات پیشین با بررسی اثرگذاری رفتار درمانی شناختی بر هیجانات منفی، کیفیت زندگی و متغیرهای مهم دیگر در بیماران قلبی به پیشبرد اهداف درمانی یاری رسانده‌اند (۲۱-۲۲-۱۳). از آن‌ها می‌توان به پژوهش برسنویت، بنتیس و نویکاس اشاره کرد که آن‌ها در سال ۲۰۲۲ اثرگذاری رفتار درمانی شناختی را بر علائم افسردگی در بیماران قلبی بررسی کردند. نتایج آن‌ها مثبت معنادار بود، اما با توجه به اینکه این رویکرد بر افکار ناکارآمد بیماران نسبت به سبک زندگی، نوع تغذیه و علائم افسردگی و اضطراب در نتیجه‌ی بیماری قلبی می‌پردازد و با توجه به اینکه بیماران قلبی نیز پس از تشخیص ابتلا به بیماری قلبی باورهای ناکارآمدی درباره وضعیت جسمانی، اجتماعی خود می‌یابند، که این باورها می‌توانند بر وضعیت روان شناختی آن‌ها اثر بگذارد. در این شرایط آن‌ها دچار افسردگی، اضطراب شده و در نتیجه بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر منفی می‌گذارند. در نتیجه کاهش کیفیت زندگی میزان مرگ و میر در این افراد افزایش می‌یابد. با اجرای رویکرد درمانی که بتواند در کنار کاهش باورهای ناکارآمد، آرزوهایی که این افراد فکر می‌کنند به دلیل ابتلا به بیماری قلبی دیگر توان دستیابی به آن‌ها را ندارند، را شناسایی کرده و کمک کند تا در مسیر دستیابی به

جدول ۱- چکیده ی بسته ی شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی

جلسات	عنوان جلسه	اهداف جلسه	شرح جلسه
اول	معرفی	برقراری ارتباط و ایجاد تعهد	برقراری ارتباط میان اعضا گروه با یکدیگر و با درمانگر، توضیح در رابطه با بیماری قلبی، مفهوم سازی شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی و اجرای پیش آزمون
دوم	دسترسی و فعال سازی ذهنیت سازگار	یافتن پیش زمینه ی مشترک و فراهم کننده ی انرژی	درمانگر با همکاری اعضا به یافتن علایق اعضای گروه می پردازد، برای ایجاد همبستگی بیشتر اجرای بازی مشترک میان اعضا و درمانگر، وارد ساختن افراد به ذهنیت سازگار
سوم و چهارم	استخراج کردن	شناسایی آرزوها	درباره آرزوها و معانی خاص آن آرزوها برای مشارکت کنندگان گفتگو کرده و به اشتراک گذاشته می شود، گفتگو درباره آرزوهای یکدیگر
پنجم و ششم	بسط دادن چالش ها	عملی ساختن آرزوها	تبدیل آرزوها به گام های کوچک به منظور دستیابی، برنامه ریزی فعالیت ها برای بین جلسات درمان
هفتم		حل مسئله	آموزش حل مسئله به مشارکت کنندگان برای زمانی که آن ها در حین فعالیت مورد دلخواه با چالشی مواجه می شوند، گرفتن کمک از اعضای دیگر به منظور حل مسئله یکی از اعضا
هشتم	پایان دادن به جلسات	مرور فعالیت ها	مرور و تمرین مهارت ها و فعالیت های انجام شده، اخذ تعهد از اعضای گروه جهت ادامه دادن به فعالیت ها و مهارت های کسب شده، ارائه بازخورد به اعضای گروه و گرفتن بازخورد از آن ها، اجرای پس آزمون

منبع: کتاب شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی برای بیماران با اختلالات روانی شدید، بک و همکاران، ۲۰۲۱؛ ترجمه ی فریبرز درتاج، سمیه نقوی، ۱۴۰۲

نمره گذاری لیکرت امتیازدهی می شود. به هر گویه از ۱ (هرگز) تا ۵ (خیلی زیاد) نمره داده می شود. در این پرسش نامه به سه دسته پرسش در زمینه سبک های مقابله ای پاسخ داده می شود. هر سبک مقابله ای ۱۶ گویه را به خود اختصاص داده است. مقیاس روش مقابله اجتناب مدار دارای دو خرده مقیاس می باشد: روی آوردن به اجتماع و روی آوردن به فعالیت ها. روش مقابله ای مسئله مدار: مجموعه روش هایی است که فرد برای کنترل، حذف یا کاهش محرک ناخوشایند بیرونی یا درونی به کار می گیرد. این روش ها بر خود مسئله یا محرک ناخوشایند تمرکز دارد. روش مقابله ای هیجان مدار: این روش عبارت است از فرار و دور شدن (فیزیکی) فرد از عامل استرس. سازندگان این پرسش نامه اعتبار همسانی درونی پرسش نامه را از ۰/۹۲ گزارش کرده اند. ضریب همسانی درونی برای دو گروه پسران و دختران برای مقابله مسئله مدار

مداخله با پرسش نامه های مورد نظر مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. سپس نتایج به دست آمده مورد تحلیل قرار گرفتند. در ادامه چکیده ای از مراحل اجرای مداخله در قالب جدول ۱ آمده است.

ملاک های ورود به پژوهش شامل ابتلای به بیماری قلبی تشخیص داده شده، مراجعه به بخش بازتوانی قلبی، دامنه سنی ۷۰-۴۰ سال و عدم ابتلا به بیماری های دیگری که در مداخله تداخل ایجاد خواهند کرد از جمله آلزایمر، عدم دریافت مداخلات روانی دیگر همزمان با اجرای پژوهش. ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه از جلسات درمانی، عدم تمایل، مخدوش بودن و عدم تکمیل پرسش نامه های ارزیابی بود.

در این پژوهش از پرسش نامه سبک های مقابله ای اندلر و پارکر استفاده شد که این پرسش نامه ی تجدید نظر شده شامل ۴۸ گویه می باشد که براساس شیوه

همگنی واریانس‌ها آزمون باکس، برای بررسی مفروضه‌های همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس و کرویت-موجلی و به منظور بررسی پیش فرض تساوی کوواریانس، مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است که پردازش‌های آماری در این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS21 انجام شده است.

یافته‌ها

در این پژوهش در گروه آزمایشی ۹ بیمار زن و ۱۵ بیمار مرد حضور داشتند و در گروه کنترل ۱۲ زن و ۱۸ مرد بودند. دو گروه بیماران که تحت جراحی بای پس عروق کرونر و آنژیوپلاستی قرار گرفته بودند در این پژوهش شرکت کردند که از گروه بای پس عروق کرونر ۱۴ نفر در گروه آزمایشی و ۱۶ نفر در گروه کنترل حضور داشتند و از گروه آنژیوپلاستی ۱۰ نفر در گروه آزمایشی و ۱۴ نفر در گروه کنترل بودند. میانگین سنی گروه آزمایشی ۵۸/۲۰ و گروه کنترل ۵۸/۵۶ بود.

جدول ۲، نشان دهنده‌ی شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار هیجانات منفی و جدول ۳ سبک‌های مقابله‌ای و مولفه‌های آن‌ها به تفکیک می‌باشد. نتایج هر دو جدول نشان می‌دهد که بین نمرات پیش آزمون در گروه‌های پژوهش تفاوت چندانی وجود ندارد، اما بین میانگین نمرات پس آزمون، پیگیری ۱ و پیگیری ۲ تفاوت مشاهده می‌شود.

بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش که برای آن از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد، نتیجه نشان داد که سطح معناداری در متغیرها بیش از

به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ به دست آورده‌اند. برای مقابله هیجان مدار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۲ و برای مقابله اجتنابی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ را عنوان کرده‌اند. قریب‌تراد با بررسی اعتبار این پرسش‌نامه، اعتبار کلی آن را ۰/۸۳ و برای زیر مقیاس‌های مسئله مدار، هیجان مدار، اجتنابی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۶۸ و ۰/۸۳ را گزارش داده است. پرسش‌نامه‌ی بعدی که برای ارزیابی هیجانات منفی بیماران مورد استفاده قرار گرفت، پرسش‌نامه DASS-21 بود. این

پرسش‌نامه برای اولین بار توسط لایباند و لایباند در سال ۱۹۹۵ ارائه شد، فرم اولیه این پرسش‌نامه دارای ۴۲ سوال است، اما در این پژوهش از فرم ۲۱ تایی آن استفاده می‌شود که دارای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد است. سالاری (۲۹)، در پژوهش خود که به منظور اعتباریابی پرسش‌نامه DASS-21 بوده است، در جمعیت ۷۱۷ نفری نشان دادند که زیر مقیاس افسردگی ۰/۸۱، زیر مقیاس اضطراب ۰/۷۳ و زیر مقیاس استرس ۰/۸۱ همسانی درونی دارند.

برای تحلیل آماری پژوهش در بخش توصیفی با استفاده از شاخص‌های گرایش مرکزی که شامل میانگین و پراکندگی آن با انحراف استاندارد، ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد. در بخش استنباطی پژوهش، داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل اندازه‌گیری مکرر با طرح مختلط با رعایت پیش فرض‌های آماری که شامل بررسی داده‌ها با آزمون‌های کالموگروف-اسمیرنوف، برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها لوین، به منظور بررسی

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی هیجانات منفی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری ۱		پیگیری ۲	
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین
افسردگی	آزمایش	۲/۷۵	۱۶/۷۹	۲/۶۴	۱۱/۵۸	۱/۳۵	۱۰/۳۵	۱/۶۶	۱۰/۳۵
	کنترل	۲/۹۰	۲۹/۲۳	۲/۸۸	۲۴/۲۷	۳/۷۰	۲۴/۲۶	۳/۲۱	۲۴/۲۶
اضطراب	آزمایش	۳/۲۲	۱۲/۱۷	۱/۹۳	۹/۲۹	۱/۰۴	۹/۲۰	۲/۱۴	۹/۲۰
	کنترل	۳/۳۹	۲۴/۶۳	۴/۲۷	۲۰	۳/۵۲	۱۸/۲۲	۲/۳۰	۱۸/۲۲
استرس	آزمایش	۲/۶۴	۲۱/۷۱	۲/۴۶	۱۷/۰۸	۱/۸۲	۱۴/۷۰	۲/۰۵	۱۴/۷۰
	کنترل	۲/۰۲	۳۱/۰۳	۳/۰۶	۲۷/۸۰	۳/۵۲	۲۶/۵۲	۳/۵۵	۲۶/۵۲

جدول ۳- شاخص های توصیفی سبک های مقابله ای

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری ۱		پیگیری ۲	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
اجتنابی	آزمایش	۶۲/۶۲	۵/۴۵	۵۵/۰۸	۵/۸۱	۵۵/۰۴	۵/۸۶	۵۸/۷۵	۶/۰۲
	کنترل	۶۴/۵۳	۴/۸۰	۶۲/۷۳	۴/۷۴	۶۱/۸۳	۵/۱۷	۶۲/۲۶	۴/۷۳
مساله مدار	آزمایش	۴۱/۷۹	۳/۵۰	۶۰/۳۹	۵/۲۴	۶۲/۶۲	۴/۶۲	۶۱/۸۵	۴/۴۰
	کنترل	۴۲/۴۳	۴/۳۰	۴۲/۶۰	۵/۰۸	۴۳/۴۷	۴/۹۷	۴۳/۹۱	۴/۴۲
هیجان مدار	آزمایش	۴۶/۸۷	۹/۷۶	۵۵/۷۹	۹/۶۳	۵۹/۱۲	۸/۷۲	۵۹/۹۰	۷/۶۱
	کنترل	۵۴/۶۷	۷/۵۹	۵۶/۷۰	۷/۶۴	۵۶/۷۳	۷/۸۴	۶۰	۶/۶۳

جدول ۴- اثرات درون آزمودنی هیجان منفی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig	مجزور اتا
افسردگی	اثر زمان	۵۱۴۰/۴۴	۱	۵۱۴۰/۴۴	۶۳۱/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۳۹
	اثر گروه	۴۲۰۵/۶۲	۱	۴۳۰۵/۶۲	۴۲۵/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱۴
اضطراب	اثر زمان * گروه	۹۶۴/۶۵	۱	۹۶۴/۶۵	۱۱۸/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳
	واریانس خطا	۳۳۳/۵۸	۴۱	۸/۱۴	۲۸۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷۶
استرس	اثر زمان	۳۴۰۹/۳۲	۱	۳۴۰۹/۳۲	۶۵۰۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۹۹۴
	اثر گروه	۲۹۶۳/۷۰	۱	۲۹۶۳/۷۰	۲۵/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸۲
	اثر زمان * گروه	۲۹۹/۵۰	۱	۲۹۹/۵۰	۶/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۹۲۰
	واریانس خطا	۴۸۴/۲۷	۴۱	۴۰۹۵/۴۱	۲۳۹/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۴۸
	اثر زمان	۴۰۹۵/۴۱	۱	۴۰۹۵/۴۱	۹۹/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰۹
	اثر گروه	۲۵۵۶/۰۸	۱	۲۵۵۶/۰۸	۸۶۴/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۰۹
	اثر زمان * گروه	۸۶۴/۳۰	۱	۸۶۴/۳۰	۴/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۰۹
	واریانس خطا	۳۵۴/۸۹	۴۱	۴/۴۶			

مقدار ملاک ۰/۰۵ می باشد. در نتیجه می توان گفت که توزیع متغیرهای مورد برر سی در نمونه آماری دارای توزیع نرمال می باشد و می توان از آزمون های پارامتریک استفاده کرد.

به منظور آزمون مفروضه همسانی ماتریس های واریانس-کوواریانس، از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن نشان داد که میزان معنی داری آزمون باکس در سطح ۰/۰۵ معنی دار نیست. به عبارت دیگر ماتریس واریانس-کوواریانس همگن بوده و مفروضه موردنظر برقرار است. نتایج آزمون برر سی همگنی واریانس گروه ها با توجه به متغیرهای وابسته که از آزمون لوین استفاده شد. رد فرضیه صفر ($p < 0.05$) نشان دهنده تخطی از پیش فرض نابرابری پراکندگی واریانس است که نتایج آن نشان داد که چون سطح معناداری به دست

آمده در هر چهار موقعیت، بزرگ تر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین دو گروه از نظر واریانس تفاوت معناداری ندارند. نتایج آزمون کرویت-موچلی نشان داد که مقدار خی-دو محاسبه شده معنی دار نیست. بنابراین پیش فرض تساوی کوواریانس مورد تأیید قرار می گیرد.

جدول ۴ نشان دهنده اثرات درون آزمودنی متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس است. بر اساس نتایج به دست آمده، از آنجا که اثر زمان متغیر افسردگی، اضطراب و استرس در چهار سطح پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری ۱ و ۲ افسردگی، اضطراب و استرس معنی دار می باشد؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که نمرات افسردگی، اضطراب و استرس بیماران قلبی در چهار سطح با یکدیگر اختلاف معنی داری دارند. همچنین از آنجا که در اثر متقابل بین زمان

جدول ۵- اثرات درون آزمودنی سبک‌های مقابله‌ای

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتا
اجتنابی	اثر زمان	۲۰۸/۳۲	۱	۲۰۸/۳۲	۱۸/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰۶
	اثر گروه	۹۵۷/۵۳	۱	۹۵۷/۵۳	۱۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۳۰
	اثر زمان * گروه	۲۵/۲۱	۱	۲۵/۲۱	۲/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵۱
مسئله‌مدار	واریانس خطا	۴۷۱/۹۹	۴۱	۱۱/۵۱			
	اثر زمان	۲۳۰۹/۸۹	۱	۲۳۰۹/۸۹	۳۲۶/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸۸
	اثر گروه	۷۸۲۳/۱۱	۱	۷۸۲۳/۱۱	۹۰/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸
هیجان‌مدار	اثر زمان * گروه	۱۷۱۲/۶۱	۱	۱۷۱۲/۶۱	۲۴۱/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵۵
	واریانس خطا	۲۹۰/۲۱	۴۱	۷/۰۸			
	اثر زمان	۱۹۹۲/۰۱	۱	۱۹۹۲/۰۱	۱۱۸/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴۴
	اثر گروه	۹۴۰/۸۸	۱	۹۴۰/۸۸	۵/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۰۹
	اثر زمان * گروه	۸۲۹/۲۳	۱	۸۲۹/۲۳	۴۹/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷
	واریانس خطا	۶۸۶/۳۲	۴۱	۱۶/۷۴			

بحث

یافته‌های این مطالعه اطلاعات زیادی را در مورد تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی بر سبک‌های مقابله و هیجانات منفی در بیماران قلبی ارائه می‌دهد. در بخش بحث و نتیجه‌گیری در نظر داریم تا به مفاهیم این یافته‌ها، ارتباط آنها با ادبیات موجود، مکانیسم‌های بالقوه پشت تغییرات مشاهده‌شده، و پیامدهای گسترده‌تر برای حوزه مراقبت‌های قلبی بپردازیم. بیماران قلبی پس از جراحی نیاز به مداخلات جسمانی و روانی دارند تا بتوانند کیفیت زندگی خود را بهبود ببخشند. در حال حاضر، مداخلات روان‌شناختی وجود دارند که برای بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران قلبی اجرا می‌شوند که می‌توان به رفتار درمانی شناختی و مصاحبه‌ی انگیزشی اشاره کرد. با توجه به عدم مطالعه در زمینه‌ی اثرگذاری رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی بر وضعیت روان‌شناختی بیماران قلبی، این مطالعه در صدد بررسی اثرگذاری این رویکرد برآمده است.

یکی از متغیرهای مورد بررسی سبک‌های مقابله‌ای بود که نتایج این مطالعه تأیید می‌کند که بهبود سبک‌های مقابله‌ای توسط شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی در بیماران قلبی بر مدیریت شرایط بیماران اثرگذار است. این با نتایج مطالعه‌ی چنگ، ایندر و چنگ که بر

و گروه نیز نتایج برای افسردگی، برای اضطراب و برای استرس معنی‌دار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثر متقابل بین زمان و گروه، معنی‌دار است. در مجموع می‌توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در زندگی بیماران قلبی اثرگذار است.

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۵، از آنجا که اثر زمان متغیر سبک مقابله‌ی اجتنابی، مسئله‌مدار و هیجان‌مدار در چهار سطح پیش-آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری ۱ و ۲ سبک اجتنابی، سبک مسئله‌مدار و سبک هیجان‌مدار معنی‌دار می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که نمرات سبک مقابله‌ی اجتنابی، مسئله‌مدار و هیجان‌مدار بیماران قلبی در چهار سطح با یکدیگر اختلاف معنی‌داری دارند. همچنین از آنجا که در اثر متقابل بین زمان و گروه نیز نتایج سبک مقابله‌ی اجتنابی، مسئله‌مدار و هیجان‌مدار معنی‌دار می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که اثر متقابل بین زمان و گروه، معنی‌دار است. در مجموع می‌توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی بر کاهش سبک مقابله‌ی اجتنابی و افزایش سبک مقابله‌ی مسئله‌مدار و تعدیل سبک مقابله‌ی هیجان‌مدار به زندگی بیماران قلبی اثرگذار است.

بر کیفیت زندگی که جنبه ی روانی یکی از جنبه های مورد سنجش در کیفیت زندگی است، تاثیر معنادار و مثبتی در امید به زندگی بیماران قلبی دارد (۳۳).

با توجه به نتایج به دست آمده می توان بیان کرد که این رویکرد با ارائه چارچوبی برای مدیریت و قالب بندی مجدد هیجانات منفی و سبک های مقابله ای به حالت هیجانی متعادل تری کمک می کند که برای سلامت کلی و بهبودی بسیار مهم است. ادغام این رویکرد که به جنبه های مثبت زندگی بیماران قلبی پرداخته و بر توانمندی آن ها در مدیریت اهداف خود در زندگی شان تاکید دارد، یک راه امیدوارکننده برای مدیریت جامع بیمار است. متخصصان مراقبت های بهداشتی در زمینه قلب و عروق باید ارزش پرداختن به جنبه های فیزیکی و روانی بیماری های قلبی را تشخیص دهند. CT-R، همان طور که در این مطالعه نشان داده شد، می تواند مکمل درمان های پزشکی سنتی باشد و منجر به مراقبت جامع تر و بیمار محور شود.

اذعان به محدودیت های این مطالعه ضروری است. طرح تحقیق ممکن است دارای برخی سوگیری های ذاتی باشد و حجم نمونه ممکن است نماینده همه بیماران قلبی نباشد. تحقیقات آتی می تواند اثرات بلندمدت یک ساله یا بیشتر CT-R را بررسی کند و به مکانیسم های خاصی که زیربنای موفقیت آن است، عمیق تر بپردازد. علاوه بر این، کاربرد مطالعه برای جمعیت های مختلف بیماران و زمینه های فرهنگی باید مورد بررسی قرار گیرد تا از قابلیت تعمیم یافته ها اطمینان حاصل شود. در نتیجه، تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی بر سبک های مقابله ای و هیجانات منفی بیماران قلبی قابل توجه است. این رویکرد درمانی اثربخشی خود را در تقویت سبک های مقابله و کاهش هیجانات منفی نشان داده است و در نتیجه به رفاه کلی افراد مبتلا به بیماری های قلبی-عروقی کمک می کند.

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه بر اهمیت یک رویکرد کلی نگر به مراقبت قلبی تاکید می کند، جایی که هر دو جنبه فیزیکی و روانی در نظر گرفته می شوند. این رویکرد می

اهمیت راهبردهای مقابله ای مؤثر در مدیریت بیماری های مزمن تأکید داشتند، مطابقت دارد (۶). در مطالعه ی دیگر، زانگ و پروویولوتیس، نیز اثرگذاری شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی را در بیماران اسکیزوفرنیک تأیید کرده اند که نتایج آن ها با نتایج این مطالعه همسو می باشد (۲۶). این رویکرد درمانی با توانمندسازی بیماران برای شناسایی و اصلاح الگوهای فکری منفی خود در رابطه با آرزوها و اهدافشان، آن ها را با ابزارهای ارزشمندی برای مقابله با عوامل استرس زا و چالش های مرتبط با آن ها مجهز می کند (۲۴-۲۷ و ۳۰). این یافته بر سودمندی درمانی مداخلات شناختی مبتنی بر بهبودی در مراقبت های قلبی تاکید می کند و پتانسیل پذیرش گسترده تر در عمل بالینی را برجسته می کند.

یکی دیگر از نتایج قابل توجه کاهش هیجانات منفی، از جمله استرس و افسردگی، در میان بیماران قلبی است که تحت Recovery-oriented cognitive therapy CT-R قرار می گیرند. بیماری های قلبی-عروقی اغلب باعث ایجاد طیف وسیعی از پاسخ های عاطفی منفی می شود که می تواند علائم جسمی را تشدید کند و مانع از بهبودی شود (۱۲، ۱۵ و ۱۸). کاهش مشاهده شده در هیجانات منفی نشان دهنده اثربخشی درمانی رویکرد رفتار درمانی شناختی که شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی از این رویکرد برگرفته شده است. در رسیدگی به بهزیستی روانی این بیماران است که با یافته های مطالعه ی ما و همکاران که یافته های فراتحلیلی آن ها نشان داده است که رویکرد رفتار درمانی شناختی بر هیجانات منفی بیماران قلبی اثرگذار است، با نتایج این مطالعه همسو است (۱۱). در مطالعه ی دیگر، سارنهلوم و همکارانش نشان دادند که رویکرد رفتار درمانی شناختی بر وضعیت جسمانی و روانی بیماران قلبی اثرگذار است که با نتایج این مطالعه همسو می باشد (۳۱). سارنهلوم و همکارانش در مطالعه ی دیگری نیز نشان دادند که رفتار درمانی شناختی بر کیفیت زندگی که یکی از مولفه های آن هیجانات منفی است، اثرگذاری مثبت معنادار دارد (۳۲). در مطالعه ی دیگری که توسط نقوی و همکارانش انجام شد، نتایج نشان داد که رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر بهبودی

References

1. WHO. The Top 10 Cause of Death 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
2. Ministry of Health and Medical Education. (2015). Cardiovascular Diseases. <https://behdasht.gov.ir/>
3. Saada M, Kobo O, Kauer F, Sakhov O, Laanmets P, Abhaichand R, et al. Prognosis of PCI in the Older Adult Population: Outcomes From the Multicenter Prospective e-ULTIMASTER Registry. *J Soc Cardiovasc Angiography Interv.* 2022;1(5):100442.
4. Shi YJ, Liu Y, Jiang TT, Zhang HR, Shi TY. Effects of multidisciplinary exercise management on patients after percutaneous coronary intervention: A randomized controlled study. *Int J Nurs Sci.* 2022;9(3):286-94.
5. Rabani Z. Comparison of Coping Styles, Distress Tolerance and Religious Adherence in Mothers of Children with Physical-Motor Disabled and Normal. *IJRN.* 2020;6(4):10-18.
6. Cheng C, Inder K, Chan SWC. Coping with multiple chronic conditions: An integrative review. *Nurs Health Sci.* 2020;22(3):486-97.
7. Ghafoori E, Hejazi M, Sheikhi M R. The Relationship of Coping Strategies with Academic Stress in Nursing Students. *IJPN.* 2019;7(3):41-47
8. Finkelstein-Fox L, Park CL. Control-coping goodness-of-fit and chronic illness: a systematic review of the literature. *Health Psychol Rev.* 2019;13(2):137-62.
9. Suman S, Biswas A, Kohaf N, Singh C, Johns R, Jakkula P, et al. The Diabetes-Heart Disease Connection: Recent Discoveries and Implications. *Curr Problems Cardiol.* 2023:101923.
10. Palo pharm KED. Psychological Disorders in Heart Failure. *Cardiol Clin.* 2022;40(2):269-276.
11. Ma RC, Yin YY, Wang YQ, Liu X, Xie J. Effectiveness of cognitive behavioural therapy for chronic obstructive pulmonary disease patients: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract.* 2020;38:101071.
12. Moon JR, Huh J, Song J, Kang IS, Park SW, Chang SA, et al. The effects of rational emotive behavior therapy for depressive symptoms in adults with congenital heart disease. *Heart Lung.* 2021;50(6):906-13.
13. Nejati M, Sharifinia A, Maleki M, Bayazi MH. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral group intervention for coronary heart disease and cognitive therapy in groups on type D personality and psychological distress on coronary heart patients-a randomized clinical trial. *Curr Psychol.* 2022;41(6):4001-11.
14. Sargent L, Flattery M, Shah K, Price ET, Tirado

تواند در برنامه مداخلاتی بیماران قلبی در بخش بازتوانی قلبی قرار گیرد که بر نیاز به همکاری بین رشته‌ای بین روان‌شناختی و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی قلب تاکید می‌کند. همان‌طور که به جلو می‌رویم، تحقیقات بیشتری برای بررسی اثرات بلندمدت، مکانیسم‌های عمل، و کاربرد فرهنگی CT-R مورد نیاز است.

تقدیر و تشکر

در ابتدا از مشارکت کنندگان در این مطالعه تشکر می‌کنیم که حضور آن‌ها باعث پیشبرد بهتر مسیر مطالعه بود. از مدیریت بخش بازتوانی مرکز قلب خانم دکتر حاتمی تشکر خود را به خاطر همکاری در جمع‌آوری داده‌ها اذعان می‌داریم. از خانم جعفری سرپرستار بخش بازتوانی به دلیل همکاری در زمینه‌ی مهیاسازی مکان و زمان جلسات تشکر فراوان خود را اعلام می‌داریم.

ملاحظات اخلاقی

مقاله‌ی حاضر برگرفته از رساله‌ی دکتری می‌باشد. واحد علوم و تحقیقات تهران، گروه روانشناسی، هیأت بازرنگری اخلاقی نهادی دانشگاه آزاد همگی تایید خود را برای انجام این مطالعه با شماره‌ی IR.IAU.SRB.REC.1402.089 اعلام داشته‌اند. موضوع پژوهش در صد و شصت و دومین جلسه‌ی شورای پژوهشی مرکز قلب نیز مطرح شده و تأیید گرفته است. قبل از شرکت در مطالعه، شرکت کنندگان پس از آگاهی از ماهیت داوطلبانه مشارکت و محرمانه بودن داده‌های خود رضایت آگاهانه دادند. نام مستعار در تمام اسناد و مجلات برای حفظ موافقت شرکت کنندگان استفاده خواهد شد.

مشارکت نویسندگان

سمیه نقوی: مقدمه، چکیده، روش تحقیق، منابع، تجزیه و تحلیل داده؛ فریبرز در تاج: نتایج و ویرایش؛ فاطمه قائمی: بحث و نتیجه‌گیری؛ مجتبی سالاری فر: ویراستاری تمام بخش‌ها و بخش نتایج.

- C, Oliveira T, et al. Influence of physiological and psychological factors on cognitive dysfunction in heart failure patients. *Appl Nurs Res*. 2020;56:151375.
15. Sadlonova M, Kermani MB, Huffman JC, Nikrahan GR, Sadeghi M, Celano CM. Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of a Positive Psychology Intervention in Patients With Coronary Heart Disease: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*. 2022;63(6):557-66.
16. Nielsen SJ, Dellborg M, Waern M, Mandalenakis Z, Giang KW. Risk for first onset depression in adults with congenital heart disease. *Int J Cardiol Cong Heart Dis*. 2022;9:100410.
17. Lyu S, Wang H, Wei Q, Cui M, Li Y, Chen Z, et al. Effects of tai chi cardiac rehabilitation program on anxiety and depression in patients with coronary heart disease: A randomized controlled clinical trial. *Eur J Integr Med*. 2022;53:102147.
18. Vlachou E, Ntikoudi A, Owens DA, Nikolakopoulou M, Chalimourdas T, Cauli O. Effectiveness of cognitive behavioral therapy-based interventions on psychological symptoms in adults with type 2 diabetes mellitus: An update review of randomized controlled trials. *J Diabetes Compl*. 2022;36(5):108185.
19. Morrison J. *DSM-5 Made Easy The Clinician's Guide to Diagnosis*. Shamloo, F., Niloufari, A, Jalali, P. Arjmand Publication. Third Edition, 2022.
20. Hamatani Y, Iguchi M, Ikeyama Y, Kunugida A, Ogawa M, Yasuda N, et al. Prevalence, temporal change, and determinants of anxiety and depression in hospitalized patients with heart failure. *J Cardiac Fail*. 2022;28(2):181-90.
21. Beresnevaitė M, Benetis R, Navickas R, editors. Changes in heart rate variability during cognitive behavior therapy in depressed post-cardiac surgery patients: randomized controlled study. *Journal of psychosomatic research: Abstracts scientific conference of the European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM): June 8-11, 2022, Hofburg Vienna, Austria Oxford: Pergamon-Elsevier Science*. 2022;157.
22. Li Z, Liu Y, Wang J, Zhang C, Liu Y. Effectiveness of cognitive behavioral therapy on mood symptoms in patients with implantable cardioverter defibrillator: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2022;47:101570.
23. Lin TK, Yu PT, Lin LY, Liu PY, Li YD, Hsu CT, et al. A pilot-study to assess the feasibility and acceptability of an Internet-based cognitive-behavior group therapy using video conference for patients with coronary artery heart disease. *PloS One*. 2018;13(11):e0207931.
24. Grant PM, Bredemeier K, Beck AT. Six-month follow-up of recovery-oriented cognitive therapy for low-functioning individuals with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2017;68(10):997-1002.
25. Grant PM, Reisweber J, Luther L, Brinen AP, Beck AT. Successfully breaking a 20-year cycle of hospitalizations with recovery-oriented cognitive therapy for schizophrenia. *Psychol Serv*. 2014;11(2):125.
26. Zhang W, Perivoliotis D. Promoting recovery among persons with schizophrenia using Recovery-Oriented Cognitive Therapy (CT-R). *Schizophrenia Research*. 2022;250:125-6.
27. Beck AT, Grant P, Inverso E, Brinen PA, Perivoliotis D. *Recovery Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health Conditions*. Dortaj, F., Naghavi, S, Iran University Press, First Edition, 1403.
28. Delavar, A. *Research Methodology in Psychology and Educational Sciences*. Virayesh. 1399.
29. Sahebi A, Asghari MJ, Salari R. Validation of Depression, anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. 2007;4(312): 299-312.
30. Grant P, Perivoliotis D, Luther L, Bredemeier K, Beck A. Rapid improvement in beliefs, mood, and performance following an experimental success experience in an analogue test of recovery-oriented cognitive therapy. *Psychological medicine*. 2018;48(2):261-8.
31. Särholm J, Axelsson E, Bonnert M, Skuladottir H, Bragesjö M, Rück CH, et al. The role of cardiac anxiety in symptomatic paroxysmal atrial fibrillation: insights from a randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy. *J Am College Cardiol*. 2024;83(13):49.
32. Särholm J, Skúladóttir H, Rück C, Axelsson E, Bonnert M, Bragesjö M, et al. Cognitive behavioral therapy improves quality of life in patients with symptomatic paroxysmal atrial fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*, 2023;82(1):46–56.
33. Naghavi S, Dortaj F, Ghaemi F, Mojtaba SF. The impact of Recovery-Oriented Cognitive therapy on Psychological Well-Being, Quality of Life, and Life Expectancy in cardiovascular patients. 2024. <http://hehp.modares.ac.ir/article-5-72421-en.html>