Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Spring 2022, Volume 8, Issue 3 https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Anxiety and Distress Tolerance of Coronary Heart Disease Patients

Fariba Aliyari Khanshan Vatan [1], Hassan Ahadi[2,3*], Maryam Kalhornia Golkar[4], Mastoreh Sedaghat[5]

1- PhD Student Psychology, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
2- Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
3- Professor, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates
4- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
5- Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

***Corresponding author:** Hassan Ahadi, Professor, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
Email: Drhahadi5@gmail.com

Received: 2021/12/6 Accepted: 2022/02/27

Abstract

Introduction: Anxiety and reduced distress tolerance are problems of coronary heart patients that can cause negative physiological and psychological consequences, so the aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in anxiety and anxiety tolerance of coronary heart patients.

Methods: In a quasi-experimental study with pre-test-post-test design with a control group with follow-up period, from the statistical population that included all patients with coronary artery disease referred to the specialized center of Shahid Lavasani Hospital in Tehran in the summer of 2021, 30 people were eligible. The conditions that volunteered to participate in the study were selected by purposive sampling method and randomly divided into experimental and control groups (15 people in each group). Research instruments included Beck et al.'s (1988) Anxiety Inventory and Simons & Gaher (2005) Anxiety Disorders Questionnaire, which were performed as pre-test, post-test and follow-up on both groups. Alice and Beck cognitive-behavioral therapy was performed in ten 90-minute sessions for the experimental group, but the control group received routine treatment. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance and SPSS software version 16 at a significance level of 0.05.

Results: The results showed that there was a difference between the experimental and control groups in the post-test in anxiety variables ($p < 0.001$) and anxiety tolerance components ($p < 0.001$). Also, the results were stable in the follow-up period ($p < 0.001$).

Conclusions: Based on the results, cognitive-behavioral therapy was effective in reducing anxiety and increasing anxiety tolerance in coronary heart disease patients, so it can be used as a complementary therapy along with medical methods to improve the psychological status (reduce anxiety and increase anxiety tolerance) in patients with coronary heart disease..

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Anxiety, Distress Tolerance, Coronary arteries.

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

بهار ۱۴۰۱، دوره ۸، شماره ۳
https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54

اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اضطراب و تحمل پریشانی بیماران عروق کرونر قلبی

فریبا علیاری خانشان وطن[۱]، حسن احدی [۲،۳*]، مریم کلهرنیا گل کار[۴]، مستوره صداقت[۵]

۱–دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
۲– استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۳– استاد مدعو، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
۴– استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۵– استادیار، گروه روانشناسی، سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

***نویسنده مسئول:** حسن احدی، استاد مدعو، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
ایمیل: Drhahadi5@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۸

چکیده

مقدمه: اضطراب و کاهش تحمل پریشانی از مشکلات بیماران عروق کرونر قلبی هست که می تواند باعث پیامدهای منفی فیزیولوژیکی و روان‌شناختی شود، بنابراین هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اضطراب و تحمل پریشانی بیماران عروق کرونر قلبی بود.

روش کار: در یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه همراه با دوره پیگیری، از جامعه آماری که شامل تمامی بیماران مبتلابه اختلال عروق کرونر مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی بیمارستان شهید لواسانی تهران در تابستان سال ۱۴۰۰ بودند، تعداد۳۰ نفر واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش نامه های اضطراب بک و همکارانش (۱۹۸۸) و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) بودند که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری روی هر دو گروه اجرا شد. درمان شناختی رفتاری الیس و بک در ده جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش انجام شد اما گروه گواه درمان معمول را دریافت نمودند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی و نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معناداری ۰۰۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون در متغیرهای اضطراب ($p<۰۰۰۰۱$) و مؤلفه‌های تحمل پریشانی ($p<۰۰۰۰۱$) تفاوت وجود داشت، همچنین در دوره پیگیری نتایج پایدار بود ($p<۰۰۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب و افزایش تحمل پریشانی بیماران عروق کرونر قلبی مؤثر بود، لذا می‌توان از آن به‌عنوان روش درمانی مکمل در کنار روش‌های پزشکی در راستای ارتقای وضعیت روانشناختی (کاهش اضطراب و افزایش تحمل پریشانی) بیماران عروق کرونر قلبی استفاده نمود.

کلیدواژه ها: درمان شناختی رفتاری، اضطراب، تحمل پریشانی، عروق کرونر قلبی.

مقدمه

مراقبت بیماری قلبی عروقی یکی از شایع‌ترین عوارض قلبی و به عنوان یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده شناخته می‌شود که در اثر تنگی و گرفتگی عروق کرونری قلب ایجاد می‌شود (۱). در سراسر جهان، ۲۳ میلیون نفر مبتلابه بیماری‌های قلبی عروقی هستند و شیوع این بیماری در ایران ۳۵۰۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر است (۲). بیماری‌های قلبی عروقی علت اصلی مرگ در سطح جهان و عامل ۸۲ درصد موارد مرگ در کشورهای در حال توسعه است (۳). در ایران نیز اولین علت مرگ، بیماری‌های قلبی عروقی است که عامل ۳۵ درصد موارد مرگ محسوب می‌شود (۴). بیماران قلبی مشکلات

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]
[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54]

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 به‌عنوان یک بیماری ناتوان‌کننده‌ی همراه بااحساس 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 به‌عنوان یک مشکل روانشناختی، به عنوان پاسخ‌های مقدماتی یک ارگانسیم به زمینه‌هایی که ممکن است در آن‌یک 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 لِت 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)، ازاین‌رو، 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)، تحمل پریشانی به‌عنوان ظرفیت و توانایی تجربه و ایستادگی در برابر حالات روانشناختی منفی تعریف می‌شود (۱۵)، که ماهیتی چندبعدی داشته و شامل ابعاد متعددی ازجمله، 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؛ به طوری‌که 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 غیر دارویی (روان‌درمانی) استفاده می‌کنند (۱۹). یکی از روش‌های درمانی مؤثر در بهبود بسیاری از ویژگی‌های روانشناختی، درمان شناختی رفتاری هست (۲۰). این شیوه درمانی بر این فرض استوار است که باورهای نادرست و ناامیدکننده، رفتارهای مقابله ای ناموثر و حالات خلقی منفی در شکل‌گیری و تداوم مشکلات مؤثر هستند (۲۱). درمان شناختی رفتاری بر مدل آموزش روانی 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 خودگویی های مقابله‌ای مؤثر و هم از راهبردهای رفتاری شامل الگوبرداری، مواجهه سازی، 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 مبتلابه بیماری عروق کرونر قلب (۲۴)، اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب بیماران عروق کرونری (۲۵)، اثربخشی مداخله‌ی شناختی رفتاری گروهی کوتاه‌مدت بر اضطراب و تنش بیماران کرونری قلب مزمن (۲۶)، تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی (۲۷) حکایت دارند. همچنین در مطالعات تأثیر درمان شناختی -رفتاری بر کاهش پریشانی بیماران با درد مزمن (۲۸)، تأثیر بهزیستی درمانی برافزایش تحمل پریشانی بیماران قلبی عروقی (۲۹)، تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تحمل پریشانی زنان سالمند مبتلابه 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 و بهزیستی روانشناختی بیماران کرونر قلبی (۳۲) تأیید

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54]

شده است.

با توجه به افزایش روزافزون تعداد افراد مبتلابه بیماری‌های قلبی عروقی و نقش مسائل روانی در بهبود این بیماران و با توجه به گسترش درمان‌های روان‌شناختی مؤثر بر بیماری‌های مزمن ازجمله بیماری‌های قلبی عروقی و عدم پژوهشی مستقیم در زمینه تأثیر درمان شناختی رفتاری در اضطراب و تحمل پریشانی بیماران عروق کرونر قلب و خلأ پژوهشی در این زمینه، مطالعه حاضر در راستای هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اضطراب و تحمل پریشانی بیماران عروق کرونر قلب انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه گواه همراه با مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلابه اختلال عروق کرونر مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی بیمارستان شهید لواسانی 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 ۳۰ نفر واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند (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 به طور تصادفی ساده با استفاده از پرتاب سکه به دو گروه آزمون (۱۵ 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 دریافت 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 جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های زیر بودند: پرسش‌نامه اضطراب بک: این پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ سؤالی توسط بک و همکارانش در ۱۹۸۸ طراحی گردید است که به طور 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 یا 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. بک 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 باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ گزارش شد (۳۳). در ایران مطالعه کاویانی و موسوی نشان داد که آزمون مورد نظر دارای روایی (r=۰/۷۲)، پایایی (r=۰/۸۳) و ثبات درونی (Alpha=۰/۹۲) مناسبی است (۳۴). در مطالعه حاضر، پایایی بر روی گروه نمونه پژوهش به روش همسانی درونی (الفای کرونباخ) ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی: مقیاس تحمل پریشانی یک ابزار خود گزارشی ۱۵ سؤالی است که به‌وسیله سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته‌شده 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 پنج‌درجه‌ای از یک (کاملاً موافق) تا پنج (کاملاً مخالف) می‌سنجد. 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 خرده آزمون‌های 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 ۶۱/ گزارش شده است (۳۵). شمس، عزیزی و میرزایی، همبستگی مقیاس تحمل پریشانی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله محور، هیجان محور، کمتر مؤثر و غیر مؤثر به ترتیب ۰/۲۱۳، ۰/۲۷۸، ۰/۳۳۷، 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 باز آزمایی ۰/۷۹ گزارش کردند و پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۷۷ گزارش کردند (۳۶). در پژوهش حاضر پایایی به روش همسانی درونی(آلفای کرونباخ) برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب۰/۷۶، ۰/۷۴، ۰/۷۳ و ۰/۷۷ به دست آمد.

پس از تخصیص گروه‌ها و قرار گرفتن افراد نمونه در گروه 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 کنفراس بیمارستان شهید لواسانی

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54]

تهران بر روی افراد اجرا گردید. گروه آزمایش در ده جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای در مدت ده هفته تحت مداخله قرار گرفت و گروه گواه مداخله معمولی را دریافت نمود. مداخله توسط محقق که متخصص روان‌شناسی سلامت هست، زیر نظر اساتید انجام شد. پس از خاتمه جلسات درمانی، 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 پس از پایان دوره پیگیری، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه‌ی درمانی هم برای گروه گواه در مدت دو هفته انجام شد. جلسات درمان شناختی رفتاری برگرفته از نظریه الیس و بک، بود، شرح مختصر جلسات درمانی مطابق (جدول۱) 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 خود آیند منفی و ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد.
۳	ادامه کار با افکار خود آیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد بیماران، چالش با افکار خود آیند به روش سقراطی
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 خود گویی های مثبت، استفاده از فن‌های رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به‌جای افکار منفی.
۶	استفاده از فن‌های شناختی رفتاری در مورد جرات ورزی، حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی به بیماران
۷	شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته‌ای، ضعیف سازی باورهای غیرشرطی از طریق زیرسوال 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.

تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی در سطح معناداری α=۰/۰۵ انجام شد. مطالعه حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.BA.REC.1400.011 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس هست. ضمناً در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است.

یافته ها

در (جدول۲) یافته های جمعیت شناختی افراد گروه های مورد مطالعه گزارش شده است.

جدول ۲. یافته های جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

	متغیر	فراوانی گروه آزمایش	درصد	فراوانی گروه گواه	درصد
سن	۴۰-۵۰ سال	۲	۱۳.۳	۳	۲۰
	۵۱-۶۰ سال	۷	۴۶.۷	۶	۴۰
	۶۱-۷۰ سال	۶	۴۰	۶	۴۰
تحصیلات	دیپلم و فوق دیپلم	۸	۵۳.۳	۷	۴۶.۷
	لیسانس	۶	۴۰	۶	۴۰
	فوق لیسانس و بالاتر	۱	۶.۷	۲	۱۳.۳

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54]

نتایج (جدول ۲) نشان می دهد که در گروه آزمایش ۲ نفر ۴۰ تا ۵۰ سال (۱۳/۳ درصد)، ۷ نفر ۵۱ تا ۶۰ سال (۴۶/۷ درصد) و ۶ نفر ۶۱ تا ۷۰ سال (۴۰ درصد) داشتند، اما در گروه گواه ۳ نفر ۴۰ تا ۵۰ سال (۲۰ درصد)، ۶ نفر ۵۱ تا ۶۰ سال (۴۰ درصد) و ۶ نفر ۶۱ تا ۷۰ سال (۴۰ درصد) بودند. در (جدول۳). یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

بر اساس نتایج در گروه آزمایش ۲ نفر ۴۰ تا ۵۰ سال (۱۳/۳ درصد)، ۷ نفر ۵۱ تا ۶۰ سال (۴۶/۷ درصد) و ۶ نفر ۶۱ تا ۷۰ سال (۴۰ درصد) داشتند، اما در گروه گواه ۳ نفر ۴۰ تا ۵۰ سال (۲۰ درصد)، ۶ نفر ۵۱ تا ۶۰ سال (۴۰ درصد) و ۶ نفر ۶۱ تا ۷۰ سال (۴۰ درصد) بودند. در (جدول۳) یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب و تحمل پریشانی در گروه‌های پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گواه	اضطراب	۱۹.۶۰	۱.۸۸	۱۹.۳۳	۱.۹۵	۱۹.۴۷	۲.۳۳
	تحمل	۱۰.۵۳	۱.۵۵	۱۰.۴۰	۱.۴۵	۱۰.۲۷	۱.۱۰
	جذب	۱۰.۸۷	۲.۵۰	۱۰.۶۷	۳.۷۰	۱۱.۵۳	۳.۷۶
	ارزیابی	۱۱.۰۰	۲.۲۴	۱۰.۲۷	۳.۵۱	۱۰.۴۷	۲.۸۳
	تنظیم	۹.۲۰	۱.۵۷	۸.۰۷	۲.۴۹	۸.۸۷	۲.۷۷
درمان شناختی رفتاری	اضطراب	۱۹.۳۳	۲.۳۵	۱۵.۳۳	۲.۲۹	۱۶.۰۰	۱.۶۵
	تحمل	۱۰.۳۳	۲.۳۵	۱۳.۵۳	۱.۷۷	۱۳.۹۳	۱.۵۳
	جذب	۱۰.۳۳	۲.۲۳	۱۵.۱۳	۲.۵۶	۱۴.۵۳	۲.۶۱
	ارزیابی	۱۱.۸۷	۲.۳۹	۱۳.۸۰	۲.۱۱	۱۳.۸۰	۲.۵۷
	تنظیم	۱۰.۳۳	۲.۴۴	۱۴.۶۷	۲.۱۹	۱۴.۴۰	۱.۶۸

بر اساس نتایج (جدول ۳) نمرات میانگین نمرات متغیرهای اضطراب و تحمل پریشانی در گروه درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییریافته است.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی، 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 به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم‌تأیید از آزمون محافظه‌کارانه گرینهاوس-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 براساس اصلاح گرینهاوس-گیسر در (جدول۴) گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری با اصلاح گرین هاوس گیزر جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای اضطراب و تحمل پریشانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
اضطراب	مراحل	۷۷.۱۶	۱.۷۳	۴۴.۶۵	۴۲.۹۰	۰.۰۰۱	۰.۶۱
	مراحل * گروه	۶۱.۱۶	۱.۷۳	۳۵.۳۹	۳۴.۰۱	۰.۰۰۱	۰.۵۵
	گروه‌ها	۱۴۹.۵۱	۱.۰۰	۱۴۹.۵۱	۱۳.۲۱	۰.۰۰۱	۰.۳۲

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54]

	مراحل	۵۱.۴۷	۱.۲۷	۴۰.۴۲	۳۷.۹۲	۰.۰۰۱	۰.۵۸
تحمل	مراحل * گروه	۶۵.۸۷	۱.۲۷	۵۱.۷۳	۴۸.۵۳	۰.۰۰۱	۰.۶۳
	گروه‌ها	۱۰۸.۹۰	۱.۰۰	۱۰۸.۹۰	۱۵.۵۴	۰.۰۰۱	۰.۳۶
	مراحل	۱۱۲.۲۹	۱.۱۳	۹۹.۰۳	۲۰.۵۱	۰.۰۰۱	۰.۴۲
جذب	مراحل * گروه	۹۹.۰۹	۱.۱۳	۸۷.۳۹	۱۸.۱۰	۰.۰۰۱	۰.۳۹
	گروه‌ها	۱۲۰.۱۸	۱.۰۰	۱۲۰.۱۸	۵.۸۰	۰.۰۲	۰.۱۷
	مراحل	۸۸.۶۰	۱.۴۸	۵۹.۸۶	۱۰.۰۷	۰.۰۰۱	۰.۰۷
ارزیابی	مراحل * گروه	۳۳.۰۹	۱.۴۸	۲۲.۳۰	۷.۹۷	۰.۰۰۱	۰.۲۲
	گروه‌ها	۱۴۹.۵۱	۱.۰۰	۱۴۹.۵۱	۸.۸۵	۰.۰۱	۰.۲۴
	مراحل	۶۱.۱۶	۱.۴۳	۴۲.۹۳	۱۱.۰۶	۰.۰۰۱	۰.۲۸
تنظیم	مراحل * گروه	۱۲۵.۹۶	۱.۴۳	۸۸.۴۲	۲۲.۷۷	۰.۰۰۱	۰.۴۵
	گروه‌ها	۴۴۰.۰۱	۱.۰۰	۴۴۰.۰۱	۴۶.۵۹	۰.۰۰۱	۰.۶۳

بر اساس نتایج (جدول ۴) تفاوت بین نمرات متغیرهای اضطراب ($P<۰/۰۱$) و مؤلفه های تحمل پریشانی ($P<۰/۰۱$) در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است. همچنین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار به‌دست‌آمده است ($P<۰/۰۵$). نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به ۳۲، ۳۶، ۱۷،۲۴ و ۶۳ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای اضطراب، تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار است ($P<۰/۰۱$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری در تغییر اضطراب و تحمل پریشانی بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر مؤثر بوده است. در (جدول۵) نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی گزارش شده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های درمان شناختی رفتاری و گواه در سه مرحله پژوهش در متغیرهای اضطراب و تحمل پریشانی

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰.۲۷	۰.۱۸	۰.۴۹
	اضطراب	پیش‌آزمون-پیگیری	۰.۱۳	۰.۳۵	۱.۰۰
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰.۱۳	۰.۳۴	۱.۰۰
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰.۱۳	۰.۲۴	۱.۰۰
	تحمل	پیش‌آزمون-پیگیری	۰.۲۷	۰.۲۸	۱.۰۰
		پس‌آزمون-پیگیری	۰.۱۳	۰.۱۹	۱.۰۰
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰.۲۰	۰.۳۷	۱.۰۰
گواه	جذب	پیش‌آزمون-پیگیری	- ۰.۶۷	۰.۴۲	۰.۴۱
		پس‌آزمون-پیگیری	- ۰.۸۷	۰.۳۶	۰.۱۱
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰.۷۳	۰.۳۸	۰.۲۳
	ارزیابی	پیش‌آزمون-پیگیری	۰.۵۳	۰.۳۶	۰.۴۹
		پس‌آزمون-پیگیری	- ۰.۲۰	۰.۳۴	۱.۰۰
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱.۱۳	۰.۵۶	۰.۰۷
	تنظیم	پیش‌آزمون-پیگیری	۰.۳۳	۰.۴۴	۱.۰۰
		پس‌آزمون-پیگیری	- ۰.۸۰	۰.۳۱	۰.۰۷

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54]

		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۴.۰۰	۰.۳۷	۰.۰۰۱
	اضطراب	پیش‌آزمون-پیگیری	۳.۳۳	۰.۴۵	۰.۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰.۶۷	۰.۳۳	۰.۲۰
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۳.۲۰	۰.۳۸	۰.۰۰۱
	تحمل	پیش‌آزمون-پیگیری	-۳.۶۰	۰.۴۶	۰.۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	-۰.۴۰	۰.۱۳	۰.۰۳
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۴.۸۰	۰.۹۵	۰.۰۰۱
درمان شناختی رفتاری	جذب	پیش‌آزمون-پیگیری	-۴.۲۰	۰.۹۴	۰.۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰.۶۰	۰.۱۶	۰.۰۱
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱.۹۶	۰.۷۳	۰.۰۲
	ارزیابی	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱.۹۳	۰.۷۹	۰.۰۴
		پس‌آزمون-پیگیری	۰.۰۳	۰.۳۴	۰.۹۰
		پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۴.۳۳	۰.۹۴	۰.۰۰۱
	تنظیم	پیش‌آزمون-پیگیری	-۴.۰۷	۰.۸۵	۰.۰۰۱
		پس‌آزمون-پیگیری	۰.۲۷	۰.۴۲	۰.۹۸

نتایج (جدول۵) نشان می‌دهد که تفاوت مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان شناختی رفتاری معنی‌دار به‌دست‌آمده است ($p<۰/۰۱$) اما در گروه گواه تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($p>۰/۰۵$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اضطراب و تحمل پریشانی بیماران عروق کرونر قلب انجام شد. اولین یافته پژوهش نشان داد که بین نمرات متغیر اضطراب دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحله از پژوهش یعنی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد و با توجه به پایین بودن میانگین نمرات اضطراب گروه آزمایش در مقایسه با نمرات گروه گواه، می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب بیماران مبتلابه اختلال عروق کرونر مؤثر بوده است. یافته به دست آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه وکیلی و همکاران (۲۴)، سلیمانی و همکاران (۲۵)، بیاضی (۲۶)، تأثیر گروه خدایی و همکاران (۲۷) همسو است. نتایج به دست آمده از مطالعه سلیمانی و همکاران، نشان داد درمان شناختی – رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران عروق کرونری اثربخش بود (۲۵). نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان داد که مداخله‌ی شناختی رفتاری گروهی کوتاه مدت بر کاهش افسردگی، اضطراب و تنش بیماران کرونری قلب مزمن تأثیرگذار بود (۲۶). در همین راستا در پژوهشی نشان داده شد که مداخلات شناختی رفتاری به‌صورت گروهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلابه سکته قلبی مؤثر است (۲۷). همچنین مطالعه Norlund و همکاران، بر روی ۲۳۹ بیمار مبتلابه سکته قلبی نشان داد مداخله اینترنتی شناختی – رفتاری توانست، اضطراب در گروه مداخله را به میزان ۳/۵ واحد کاهش‌یافته، اما معنی‌دار نبوده است (۳۷). در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت تکنیک‌های شناختی به مراجعان یاد می‌دهد که افکار اضطرابی خود را شناسایی کنند و آن‌ها را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند. درمانگر سعی می‌کند که بیمار را با اطلاعات جدیدی روبرو کند، که قبلاً آن‌ها را نادیده گرفته است. این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند. مراجعان یاد می‌گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی اکثر موقعیت‌های زندگی است، بنابراین یاد می‌گیرند که این ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند و از لحاظ شناختی انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند. در نهایت مراجعان این دیدگاه‌های شناختی جدید را به عنوان پاسخ مقابله‌ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب زا بکار می‌برند (۳۸)،

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54]

تکنیک‌هایی که مؤلفه رفتاری اضطراب را هدف قرار می‌دهند عبارت‌اند 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 گرفته‌شده. این تکنیک‌ها رفتارهای ایمنی نگرانی و اجتناب فعال و منفعل را از طریق مواجهه و تکالیف بازداری پاسخ، را به تدریج حذف می‌کنند (۳۹). در تبیینی دیگر می‌توان گفت شرکت در جلسات درمانی شناختی رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا افکار منفی خود را شناسایی کنند و آن‌ها را مورد بررسی قرار دهند. این مهارت هسته اصلی رویکرد شناختی رفتاری است که عمدتاً بر اساس خودیاری استوار است و هدف درمانگر کمک به مراجع است تا بتواند مهارت‌های لازم را نه‌تنها برای حل مسائل جاری، بلکه مسائل مشابه در آینده رشد دهد، درنتیجه کسب این مهارت و کارآمد قلمداد کردن راه‌حل‌ها به بیماران کمک می‌کند تا موقعیت‌های نامعین یا مبهم را کمتر فشار آور و آشفته کننده درک کرده، بنابراین در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی می‌توانند عکس‌العمل مناسبی نشان دهند و کمتر دچار اضطراب می‌شوند.

دیگر یافته پژوهش نشان داد که بین نمرات مؤلفه‌های متغیر تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم) در دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحله از پژوهش یعنی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد و با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات مؤلفه‌های تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم) گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری در افزایش مؤلفه‌های تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم) بیماران مبتلابه اختلال عروق کرونر مؤثر بوده است. در زمینه نتیجه به دست آمده با نتایج مطالعات پیشین تا آنجا که محقق بررسی نموده است، مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام نشده است؛ اما با نتایج مطالعات مشابه و مرتبط کولیوند و همکاران (۲۸)، برات پور و دشت بزرگی (۲۹)، ضرابی و همکاران (۳۱)، علیپور و همکاران (۳۲)، همسو است. به‌طور مثال در مطالعه‌ای نشان داده شد که درمان شناختی –رفتاری بر کاهش پریشانی بیماران با درد مزمن اثربخش بوده است (۲۸)، همچنین نتایج مطالعه برات پور و دشت بزرگی، نشان‌دهنده تأثیر بهزیستی‌درمانی برافزایش امیدواری و تحمل پریشانی بیماران قلبی عروقی بود (۲۹)، همچنین مطالعه شرالی و دشت بزرگی، نشان‌دهنده تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب وجودی و فرانگرانی و افزایش تحمل پریشانی زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بود. در همین راستا در مطالعه‌ای دیگر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی زنان مبتلابه اختلال پرخوری عصبی (۳۱) و اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در بهبود علائم حیاتی و بهزیستی روانشناختی بیماران کرونر قلبی (۳۲) تأیید شده است. در به دست آمدن نتیجه فوق می‌توان گفت که روش‌شناختی – رفتاری فرد را به این آگاهی می‌رساند که اگرچه نمی‌تواند حوادث قطعی زندگی‌اش را تغییر دهد، می‌تواند یاد بگیرد روش مقابله با آن‌ها را تغییر دهد. مداخلهٔ شناختی – رفتاری با آموزش تکنیک‌های رفتاری مانند آرام‌سازی به بیماران کمک می‌کند با به‌کارگیری این فنون تنش‌های روانی را در خود کاهش دهند. علاوه بر این، بیماران با فراگیری مهارت‌های ارتباطی، روابط و فعالیت‌های اجتماعی خود را بهبود می‌بخشند و گسترش می‌دهند. این روابط به افزایش تحمل پریشانی بیماران کمک می‌کند (۴۰). به عبارتی دیگر درمان شناختی رفتاری به بیماران مبتلابه 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 تحریف شده 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 (۴۱). 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 خودگویی های مثبت استفاده می‌شود، بعد از چندین جلسه درمانی ازیک‌طرف افکار خود آیند 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 واقعیت سنجی فرد جان و انرژی تازه‌ای می‌گیرد و از طرف دیگر درمان‌جو مسلح به کسب مهارت‌های مقابله‌ای مانند مهارت‌های حل مسئله، مدیریت رفتار، جرأت آموزی، ابراز وجود و

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54]

مهارت‌هـای بیـن فـردی می‌گـردد (۴۲). در چنیـن فضایـی درمان‌جویـان بـه شایسـتگی شـناختی و کفایـت رفتـاری دسـت می‌یابنـد و متناسـب بـا شـرایط محیطـی رفتارهـای منطقـی از خـود نشـان می‌دهنـد، بـه عبـارت دیگـر، تحمـل پریشـانی آن‌هـا در مقابـل مشـکلات افزایـش می‌یابـد.

از جملـه محدودیت‌هـای پژوهـش حاضـر کوتـاه بـودن دوره پیگیـری و اسـتفاده از پرسشـنامه‌های خـود گزارشـی بـود، همچنیـن عـدم توانایـی کنتـرل بـر متغیرهـای مداخله‌گـری ازجملـه متغیرهـای جمعیـت شـناختی مانند سـن، جنـس، وضعیت اقتصـادی، سـطح رفـاه اجتماعـی و ... می‌توانـد به‌عنـوان یکـی از محدودیت‌هـای عمـده ایـن پژوهـش بـه شـمار رود. پیشـنهاد می‌شـود در بیمارسـتان‌ها جلسـات گروهـی درمـان شـناختی رفتـاری بـرای بیمـاران عـروق کرونـر قلبـی برگـزار شـود و ایـن برنامـه و تکنیـک هـای مرتبـط بـا آن بـرای کمـک بـه وضعیـت روانـی بیمـاران، بـه پرسـتارها و کادر درمـان در قالـب کارگاه‌هـای دانش‌افزایـی، آمـوزش داده شـود. همچنیـن پیشـنهاد می‌شـود کـه در مطالعـات آینـده بـه مقایسـه اثربخشـی درمـان شـناختی رفتـاری بـا دیگـر رویکردهـای درمانـی از جملـه درمان‌هـای مـوج سـوم مثـل تعهـد و پذیـرش و ... پرداختـه شـود. در نهایـت پیشـنهاد می‌شـود کـه در مطالعـات آینـده جهـت تعمیم‌پذیـری نتایـج بـه انجـام پژوهـش در بیمـاران عـروق کرونر سـایر شـهرها و دیگـر بیمـاران مزمـن پرداختـه شـود.

نتیجه گیری

بـه طورکلـی نتایـج نشـان داد کـه درمـان شـناختی رفتـاری در کاهـش اضطـراب و افزایـش تحمـل پریشـانی بیمـاران عـروق کرونـر قلبـی مؤثـر بـود. نتایـج ایـن پژوهـش می‌توانـد زمینه‌سـاز مداخلاتـی بـرای کمـک بـه بیمـاران عـروق کرونـر قلبـی شـود، پیشـنهاد می‌شـود کـه پزشـکان و روان‌درمانگـران از مداخلـه درمـان شـناختی رفتـاری در بهبـود آشـفتگی‌های بیمـاران عـروق کرونـر قلبـی بهـره ببرنـد تـا شـاهد بهبـود وضعیـت روانشـناختی ایـن بیمـاران باشـیم.

سپاسگزاری

بدین‌وسـیله از تمامـی بیمارانـی کـه مـا را در اجـرای ایـن پژوهـش کمـک کرده‌انـد، تشـکر و قدردانـی می‌شـود.

تعارض منافع

نویسـندگان هیچگونـه تعـارض منافعـی در انتشـار ایـن مطالعـه ندارنـد.

References

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/ajnmc.27.1.1 https://doi.org/10.30699/ajnmc.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

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54]

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. Sadeghi R, Safari M, Esmaeili-douki Z. Effect of Verbal and audio methods of training on pre-surgery anxiety of patients. Journal of Inflammatory Disease. 2011;15(1):21-5. [Persian].
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. 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]. https://doi.org/10.1111/jocn.12595
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;272:485-95. 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].
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-

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54]

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].
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. [Persian]. https://doi.org/10.18869/acadpub.shefa.3.3.63
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].
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. Beck AT, Steer R. Beck anxiety inventory (BAI). ÜberblicküberReliabilitäts-undValiditätsbefunde von klinischen und außerklinischen Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren. 1988;7-8. https://doi.org/10.1037/t02025-000
34. 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].
35. 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
36. 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].
37. Norlund F, Wallin E, Olsson EMG, Wallert J, Burell G, von Essen L, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for symptoms of depression and anxiety among patients with a recent myocardial infarction: the U-CARE heart randomized controlled trial. Journal of medical Internet research. 2018;20(3):e9710. https://doi.org/10.2196/jmir.9710
38. Hazlett-Stevens H. Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment: Springer Science & Business Media; 2008. https://doi.org/10.1007/978-0-387-76870-0
39. 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].
40. 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].
41. 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].
42. Evyatar A, Stern M, Schem-Tov M, Groswasser Z. Hypothesis forming and computerized cognitive therapy. Cognitive Rehabilitation in Perspective: Routledge; 2018. p. 147-63. https://doi.org/10.4324/9780429490088-11

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54]