رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۱۹، اردیبهشت ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(2), 2026

مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و زندگی درمانی بر پریشانی روانشناختی در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب

Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Life Therapy on Psychological Distress in Coronary Heart Patients with Anxiety Symptoms

مریم صادق پور
گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
بهرام میرزائیان (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
اصغر نوروزی
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

Maryam Sadeghpour
Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.
Bahram Mirzaian *
Assistant Professor, Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.
bahrammirzaian@iau.ac.ir
Asghar Noruzi
Assistant Professor, Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.

چکیده

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و زندگی درمانی بر پریشانی روانشناختی در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران زن مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب شهر بابل در سال ۱۴۰۳ بودند. ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس از بخش قلب بیمارستان مهرگان شهرستان بابل انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب بک (BAI؛ بک و همکاران، ۱۹۹۳) و مقیاس پریشانی روان شناختی کسلر (KPDS؛ کسلر و همکاران، ۲۰۱۰) استفاده شد. درمان هیجان‌مدار و زندگی درمانی در طول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی ارائه شدند. داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، هر دو مداخله نسبت به پیش‌آزمون در پس‌آزمون و پیگیری باعث کاهش پریشانی روانشناختی شده است (P<۰/۰۵)؛ همچنین مقایسه زوجی نشان داد گه بین دو درمان در کاهش پریشانی روانشناختی در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت (P<۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان مدار و زندگی درمانی هر دو بر کاهش پریشانی روانشناختی موثر بوده است؛ اما زندگی درمانی در طول زمان اثر بیشتری داشته است.

واژه‌های کلیدی: *درمان هیجان مدار، زندگی درمانی، پریشانی روانشناختی، اضطراب، بیماران عروق کرونری قلب.*

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and life therapy on psychological distress in coronary heart patients with anxiety syndrome. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population of this study included female patients with coronary artery disease with anxiety syndrome in Babol city in 2024. 45 people were selected by non-random sampling method from the cardiac ward of Mehregan Hospital in Babol city and were randomly assigned to three groups: experimental 1 (15 people), experimental 2 (15 people), and control (15 people). Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1993) and Kessler Psychological Distress Scale (KPDS, Kessler et al., 2010) were used to collect data. Emotion-focused therapy and life therapy were presented in groups during 8 90-minute sessions. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The results showed that compared to the control group, both interventions reduced psychological distress at the post-test and follow-up compared to the pre-test (P<0.05); also, pairwise comparisons showed that there was a significant difference between the two treatments in reducing psychological distress at the post-test and follow-up (P<0.05). Overall, it can be concluded that both emotion-focused therapy and life therapy were effective in reducing psychological distress; however, life therapy had a greater effect over time.

Keywords: *Emotion-Focused Therapy, Life Therapy, Psychological Distress, Anxiety, Coronary Heart Patients.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت: آبان ۱۴۰۴** **پذیرش: آذر ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۵**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.241]

مقدمه

بیماری قلبی و اضطراب، ارتباط دوسویه با هم دارند، به طوری که اضطراب هم در ایجاد و پیشرفت بیماری‌های قلبی نقش دارد و هم در نتیجه تشخیص و بیماری قلبی تشدید می‌شود (سیلورمن[1] و همکاران، ۲۰۱۹). نشانگان اضطراب می‌توانند باعث افزایش ضربان قلب و فشار خون شوند، که ممکن است به شریان‌ها آسیب برساند و بیماری عروق کرونر را بدخیم کند. بیماران مبتلا به بیماری قلبی اغلب علائم اضطرابی قابل توجهی را تجربه می‌کنند که در عملکرد روزانه اختلال ایجاد می‌کند (فرقوهر[2] و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات نشان می‌دهد که اضطراب پس از حمله قلبی، خطر حملات قلبی مکرر و مرگ و میر را افزایش می‌دهد (پنگ[3] و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، اضطراب می‌تواند منجر به رفتارهای ناسالم مانند سیگار کشیدن یا رژیم غذایی نامناسب شود و خطر بیماری قلبی را افزایش دهد. نکته مهم این است که بهبود رفتارهای خودمدیریتی به واسطه اجرای مداخلات روانی می‌تواند تأثیر منفی اضطراب بر بیماری قلبی را تعدیل کند (رضائی و همکاران، ۲۰۲۴)؛ بنابراین، پرداختن به نقش مداخلات روانشناختی در بهبود اضطراب بیماران قلبی از اهمیت بالایی برخوردار است.

مداخلات روانشناختی نقش مهم و مؤثری در کاهش پریشانی روانشناختی، از جمله اضطراب و افسردگی، در بیماران قلبی دارند. مطالعات نشان داده‌اند که این مداخلات سلامت روان را بهبود می‌بخشند و مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی را در افراد مبتلا کاهش می‌دهند (ریچاردز[4] و همکاران، ۲۰۱۸). مداخلات روانشناختی اثرات قابل توجه‌ای در کاهش علائم اضطراب و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی را نشان داده‌اند. اگرچه میزان اندازه اثر هی یک متفاوت است، اما درمان‌های روانشناختی عموماً ایمن هستند و می‌توانند در برنامه‌های توانبخشی قلبی برای حمایت از بهزیستی و بهبود پیامدهای بالینی ادغام شوند (چو[5] و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، مداخلات روانشناختی می‌توانند رفتارهای خودمراقبتی را که برای مدیریت بیماری‌های مزمن قلبی بسیار مهم هستند، ارتقاء دهند (اسکی[6] و همکاران، ۲۰۲۴).

درمان هیجان‌مدار با کمک به بیماران در پردازش هیجان‌های شدید مانند خشم، شرم و غم مربوط به بیماری، اثرات امیدوارکننده‌ای در کاهش پریشانی روانی در بین افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داده است (بورسما[7] و همکاران، ۲۰۱۹). درمان هیجان‌مدار یک محیط درمانی ایمن فراهم می‌کند که واکنش‌های عاطفی را تأیید و عادی می‌کند، که تنظیم هیجانی بهتر و سازگاری با چالش‌های مزمن سلامتی را تسهیل می‌کند (یارنس[8] و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار نه تنها پریشانی فردی را بهبود می‌بخشد، بلکه عملکرد روابط بین فردی را نیز افزایش می‌دهد، که برای مقابله با بیماری‌های مزمن بسیار مهم است. به عنوان مثال، زوجینی که با بیماری‌های مزمن روبرو هستند، پس از دریافت درمان هیجان‌مدار، بهبودهای ماندگار در رضایت زناشویی و کاهش افسردگی را گزارش کرده‌اند که اثرات آن تا دو سال ادامه داشته است (کلوتیر[9] و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، درمان هیجان‌مدار در پرداختن به مشکلات خلقی و هیجانی مانند اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر بوده‌اند. در حالی که برخی از تأثیرات بر اضطراب ممکن است مدت زمان بیشتری طول بکشد تا آشکار شوند (نورمن نوت[10] و همکاران، ۲۰۲۴).

همچنین زندگی درمانی با کمک به افراد در توسعه استراتژی‌های مقابله‌ای سازگارانه و یافتن معنا با وجود چالش‌های مداوم سلامتی، اثربخشی خود را در کاهش پریشانی روانشناختی در بین افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داده است (اکیرم[11] و همکاران، ۲۰۲۲). این رویکرد درمانی اغلب عناصری مانند پذیرش، خودمهربانی و مهارت‌های مقابله‌ای فعال را در بر می‌گیرد که بیماران را قادر می‌سازد تا پریشانی هیجانی مرتبط با بیماری خود را مدیریت کنند (خلیلی‌نژاد و همکاران، ۲۰۲۵). تحقیقات نشان می‌دهد که مداخلات متمرکز بر انعطاف‌پذیری روانشناختی و تغییر چارچوب تجربیات بیماری می‌تواند سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را بهبود بخشد (لاله زاری و همکاران، ۲۰۲۳). زندگی درمانی همچنین بیماران را تشویق می‌کند تا به طور فعال با واقعیت خود روبرو شوند

1 Silverman
2 Farquhar
3 Peng
4 Richards
5 Chew
6 Ski
7 Boersma
8 Yarns
9 Cloutier
10 Norman-Nott
11 Akyirem

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.241]

و به دنبال حمایت اجتماعی باشند که با سازگاری روانشناختی بهتر مرتبط است. علاوه بر این، با هدایت افراد به زندگی معنادار در کنار بیماری خود، به جای صرفاً هدف قرار دادن از بین بردن علائم، تاب‌آوری را تقویت می‌کند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۵). چنین مداخلاتی در پیگیری‌های طولانی مدت مزایای خود را حفظ کرده‌اند و نقش آنها را در بهزیستی روانشناختی طولانی مدت و کاهش نشخوار و کمال‌گرایی برجسته می‌کنند (شعبانی و قری سعادتی، ۲۰۱۹).

درمان هیجان‌مدار با کمک به مراجعین برای شناسایی، تجربه و تغییر هیجانات خود از طریق تکنیک‌های تجربی و پردازش عاطفی، در کاهش پریشانی روانشناختی مؤثر است. نقاط قوت آن شامل ارتقاء آگاهی هیجانی، تنظیم هیجان و شفقت به خود است که منجر به بهبود نشانگان سلامت روان مانند اضطراب و افسردگی می‌شود (انصاری اصل و همکاران، ۲۰۲۵)؛ در مقابل زندگی درمانی بر پذیرش خود، زندگی در زمان حال و جهت‌دهی رفتاری در چارچوب ارزش‌های شخصی تأکید دارد که به واسطه افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند به بهبود نشانگان روانشناختی منجر شود (خلیلی‌نژاد و همکاران، ۲۰۲۵). در واقع هر دو رویکرد به روش‌ها و راهبردهای متفاوت منجر به کاهش پریشانی روانشناختی می‌شوند. در مقایسه، درمان هیجان‌مدار در پردازش و تحول هیجانی عمیق برتری دارد، اما مستلزم آمادگی مراجع برای تعامل هیجانی است (کارمر[1] و همکاران، ۲۰۲۵)، در حالی که زندگی درمانی رویکردی عمل‌گرایانه‌تر و متمرکز بر زمان حال ارائه می‌دهد که برای افرادی که با مواجهه هیجانی شدید راحت نیستند، مناسب است (رستمی و همکاران، ۱۳۹۵). محدودیت درمان هیجان‌مدار در شدت و مدت زمان طولانی‌تر آن نهفته است، در حالی که زندگی درمانی می‌تواند در دسترس‌تر و کوتاه‌تر باشد، اما ممکن است مسائل هیجانی پیچیده را به طور کامل حل نکند (کارمر و همکاران، ۲۰۲۵)؛ بر اساس مباحث مطرح شده، مقایسه این دو رویکرد از جهت مسیر درمانی متفاوت، محدودیت‌ها و نقاط قوتی که دارند؛ مقایسه آن‌ها می‌تواند نقش موثری در تنظیم برنامه‌های درمانی برای این گروه حساس داشته باشد.

مقایسه درمان هیجان‌مدار و زندگی درمانی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب با علائم اضطراب بسیار ضروری است، زیرا متخصصان بالینی را قادر می‌سازد تا موثرترین مداخله متناسب با نیازهای روانی منحصر به فرد این جمعیت را شناسایی کنند و در نهایت پیامد درمان را بهبود بخشند. از آنجایی که این درمان‌ها مکانیسم‌های مختلفی را هدف قرار می‌دهند؛ درک اثربخشی نسبی آنها به بهینه‌سازی استراتژی‌های مراقبت به‌هنگام و موثر کمک می‌کند. چنین مقایسه‌هایی همچنین می‌تواند کارآمدترین مداخلات را شناسایی و برای این گروه حساس در خط اول درمان قرار دهد. در واقع یافته‌های این پژوهش می‌تواند نقش مهمی در ایجاد و توسعه درمان‌ها کارآمد متناسب با نیازهای این بیماران کمک کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و زندگی درمانی بر پریشانی روانشناختی در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران زن مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب شهر بابل در سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس از بخش قلب بیمارستان مهرگان شهرستان بابل انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. کسب نمره ۷ و بیشتر در پرسشنامه اضطراب بک، اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش، عدم سابقه اختلالات روانشناختی، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته و عدم سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل به عنوان معیارهای پژوهش بود که به روش خوداظهاری ارزیابی شدند. معیارهای خروج هم عبارتند از: شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به صورت همزمان، غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات، نیاز به جراحی و بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، فوت بیمار و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی بود. ملاحظات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. همه افراد قبل از شرکت در پژوهش فرم رضایت آگاهانه را امضاء کردند؛ همچنین به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسم آن‌ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار شد و پرسشنامه‌ها بین شرکت

[1] Kramer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.241]

کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد؛ همچنین پرورپوزال این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با شناسه IR.IAU.SARI.REC.1403.031 تایید شده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه‌های مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت سه ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه اضطراب بک (BAI)[1]: این پرسشنامه توسط بک[2] و همکاران (۱۹۹۳) با ۲۱ سوال جهت سنجش اضطراب طراحی شده است، نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای از هیچ وقت (نمره صفر) الی بسیار زیاد (نمره ۳) انجام می‌شود؛ دامنه نمرات بین صفر الی ۳۶ است و نمرات بیشتر از ۷ نشان دهنده اضطراب است (بک و همکاران، ۱۹۹۳). روایی همگرا با پرسشنامه افسردگی بک (BDI) ۰/۶۶ محاسبه شده است و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۳). در نمونه ایرانی توسط کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) روایی ملاکی بر اساس ارزیابی متخصصان از نشانگان اضطراب را ۰/۷۲ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر (KPDS)[3]: پرسشنامه پریشانی روانشناختی که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسلر[4] و همکاران (۲۰۰۲) به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شد. پاسخ سؤالات، به صورت ۵ گزینه‌ای از تمام اوقات (نمره ۴) الی هیچ وقت (نمره صفر) است که بین ۴-۰ نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲). پایایی به روش همسانی درونی ۰/۷۹ آلفای کرونباخ محاسبه شد و روایی محتوایی بر اساس ۵ نفر از متخصصان روانشناسی این پرسشنامه را بر جامعه آماری سالمندان قابل قبول گزارش کرده‌اند (اندرسون[4] و همکاران، ۲۰۱۳). در ایران نیز در پژوهشی پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. همچنین این پژوهشگران روایی این پرسشنامه را به روش سازه با محاسبه تحلیل عاملی اکتشافی واریانس محاسبه شده را (۰/۶۲) مطلوب گزارش کرده‌اند (عطائی و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

درمان هیجان‌مدار: این درمان در طول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) بر اساس پروتکل گرینبرگ[5] (۲۰۰۶) به‌صورت گروهی ارائه شد؛ همچنین این درمان در ایران توسط حبیبی کیلک و همکاران (۱۴۰۳) در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان اجرا شده است. در جدول ۱ خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار

جلسه	محتوا
اول	اجرای پیش آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات بیماران از درمان.
دوم	تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که بیماران چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی بیماران، آشنایی بیماران با اصول درمان هیجان مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین فردی، باز سازی تعاملات و افزایش انعطافپذیری بیماران
سوم	شکل‌دهی دوباره به مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به بیمار، آگاهی دادن به بیماران در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی.
چهارم	ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه هایی از خود که انکار شده است. جلب توجه بیماران به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش.

1 Beck Anxiety Inventory (BAI)
2 Beck
3 Kessler Psychological Distress Scale (KPDS)
4 Anderson
5 Greenberg

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.241]

پنجم	آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکار سازی جایگاه هر بیمار در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات و بیماران و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها.
ششم	آسان‌سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی های جدید با پیوندی ایمن بین بیماران.
هفتم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین بیماران و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی.
هشتم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است. برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است. شکل‌گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن به گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه حل‌های آسیبی به آن‌ها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس آزمون.

زندگی درمانی: این درمان در طول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) بر اساس پروتکل حسن‌زاده (۱۴۰۰) به‌صورت گروهی ارائه شد. در جدول ۲ خلاصه جلسات زندگی درمانی ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات زندگی درمانی

جلسات	محتوا
اول	اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه لازم است، ارایه کلی مطالب آموزشی پیرامون زندگی و نتایج آن.
دوم	طرح سوالاتی پیرامون مفهوم و معنای زندگی، هدف زندگی، الفبای زندگی و اهداف زندگی، ایجاد امید و انتظار درمان و نقش آن در کاهش چالش‌ها و موانع زندگی، و ارایه تکلیف در زمینه تدوین قطب‌نمای یا حوزه‌های زندگی و مشکلات آن و رویکرد حل مسئله (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
سوم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه، بحث پیرامون شیوه تدوین اهداف رفتاری (جزیی) و غیررفتاری (کلی) و اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت، آموزش جدول یا ماتریس آیزنهاور، ارایه تکلیف در زمینه تدوین فرم تصمیم‌گیری و اهداف زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
چهارم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم اشتیاق برای زندگی، بیان ویژگی‌های افراد مشتاق به زندگی، بحث پیرامون نقش اشتیاق برای زندگی در سلامت روانی افراد، بحث وگفتگو در مورد الفبای زندگی، ارایه تکلیف در زمینه شیوه‌های ایجاد شوق به زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
پنجم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، بحث وگفتگو در مورد مفهوم امید و ناامیدی، بیان نقش امید در زندگی، ویژگی‌های افراد امیدوار، ارایه تکلیف در زمینه شیوه‌های ایجاد امید به زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
ششم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگی، بحث پیرامون نقش مفهوم گردونه عافیت در زندگی، ارایه تکلیف در زمینه تدوین نمودار چرخ زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
هفتم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفاهیم رضایت از زندگی و مثبت اندیشی وفضا سازی در زندگی، بحث و گفتگو در مورد مفهوم دایره زندگی، ارایه تکلیف در زمینه تدوین دایره زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
هشتم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، جمع‌بندی مطالب جلسات قبلی، ارایه بازخورد به اعضای گروه و قدردانی از حضورشان، و اجرای پس آزمون

یافته ها

در پژوهش حاضر ۴۵ زن در سه گروه ۱۵ نفری مشارکت داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان هیجان‌مدار (۶۶/۹±۳۳/۲۷)، زندگی درمانی (۷۱/۶۷±۷/۸۷) و کنترل (۶۷/۷۷±۶/۳۲) بود. از نظر تحصیلات در گروه گروه درمان هیجان‌مدار ۹ نفر (۶۰ درصد) دارای دیپلم یا کمتر از دیپلم و ۶ نفر (۴۰ درصد) کارشناسی بودند؛ در گروه زندگی درمانی ۱۲ نفر (۸۰ درصد) دیپلم یا کمتر از دیپلم و و ۳ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی بودند، در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳/۳۰ درصد) دارای دیپلم یا کمتر از دیپلم و ۱۰ نفر (۶۶/۷۰ درصد) کارشناسی بودند. از نظر وضعیت اشتغال در گروه درمان هیجان‌مدار ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) شاغل و ۷ نفر (۴۶/۷۰ درصد)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.241]

بازنشسته/غیرشاغل بودند. در گروه زندگی درمانی ۹ نفر (۶۰ درصد) شاغل و ۶ نفر (۴۰ درصد) بازنشسته/غیرشاغل بودند. در گروه کنترل ۱۰ نفر (۶۶/۷۰ درصد) شاغل و ۵ نفر (۳۳/۳۰ درصد) بازنشسته/غیرشاغل بودند. در جدول ۳ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیر پریشانی روانشناختی و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر پریشانی روانشناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
پریشانی روانشناختی	پیش آزمون	زندگی درمانی	۳۰/۳۴	۵/۲۶	۰/۹۹	۰/۹۹
		درمان هیجان‌مدار	۳۱/۰۳	۶/۹۶	۰/۹۶	۰/۶۴
		کنترل	۳۱/۰۷	۵/۵۵	۰/۹۲	۰/۱۹
	پس آزمون	زندگی درمانی	۲۰/۲۰	۴/۳۵	۰/۹۱	۰/۱۲
		درمان هیجان‌مدار	۲۳/۵۷	۳/۳۶	۰/۹۳	۰/۲۷
		کنترل	۳۰/۷۴	۵/۷۳	۰/۸۹	۰/۰۷
	پیگیری	زندگی درمانی	۱۹/۷۷	۳/۲۳	۰/۹۰	۰/۱۲
		درمان هیجان‌مدار	۲۳/۵۳	۴/۰۴	۰/۹۴	۰/۴۴
		کنترل	۳۰/۳۱	۶/۰۴	۰/۸۹	۰/۰۶

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر پریشانی روانشناختی داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه‌های مداخله کاهشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال است (P>۰/۰۵)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در متغیر پریشانی روانشناختی به تفکیک مراحل سنجش (P=۰/۳۹، F=۰/۸۷) همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر پریشانی روانشناختی (P=۰/۱۶، W=۰/۹۱) معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله‌ها در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر پریشانی روانشناختی

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۴۶	۱۸/۰۲	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۴۷	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۵۳	۱۸/۰۲	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۴۷	۱
	اثر هتلینگ	۰/۸۷	۱۸/۰۲	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۴۷	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۰/۸۷	۱۸/۰۲	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۴۷	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۱۸/۰۲، اثرپیلایی=۰/۴۶) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.241]

اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از گروه‌ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای پریشانی روانشناختی در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پریشانی	زمان	۱۱۲۸/۱۴	۲	۵۶۴/۰۷	۲۳/۳۷	۰/۰۱	۰/۳۶	۱
روانشناختی	زمان*گروه	۵۱۰/۶۳	۴	۱۲۷/۶۶	۵/۲۸	۰/۰۱	۰/۲۰	۱
	خطا	۲۰۲۷/۸۵	۸۴	۲۴/۱۴				
	بین گروهی	۱۲۲۲/۸۶	۲	۶۱۰/۴۳	۲۰/۶۳	۰/۰۱	۰/۵۰	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر پریشانی روانشناختی (P=۰/۰۱، F=۲۰/۶۳، η=۰/۵۰) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی و بین‌گروهی متغیر پریشانی روانشناختی

مراحل سنجش		زندگی درمانی		درمان هیجان‌مدار		گروه کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۰/۱۴	۰/۰۱	۷/۴۶	۰/۰۱	۰/۳۲	۱/۰۰
پیش‌آزمون	پیگیری	۱۰/۵۷	۰/۰۱	۷/۵۰	۰/۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰
پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۳	۱/۰۰	۰/۰۴	۱/۰۰	۰/۴۳	۱/۰۰
		زندگی درمانی * هیجان‌مدار		زندگی درمانی * کنترل		هیجان‌مدار * کنترل	
مقایسه گروهی		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
		۲/۶۱	۰/۰۴	۷/۲۷	۰/۰۱	۴/۶۶	۰/۰۱

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان می‌دهد که در گروه زندگی درمانی تغییرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P=۰/۰۱) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۱) در پریشانی روانشناختی تفاوت وجود دارد؛ همچنین نتایج نشان داد در گروه درمان هیجان‌مدار بین پیش‌آزمون و پس آزمون (P=۰/۰۱) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۱) در متغیر پریشانی روانشناختی تفاوت وجود دارد. اما در گروه‌های درمانی بین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغیرات در متغیر وابسته در هر دو گروه مداخله است. نتایج حاصل در مراحل سنجش گروه کنترل نشان داد که بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج آزمون بن‌فرونی جهت مقیاسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های مداخله (P=۰/۰۴) تفاوت معناداری وجود دارد؛ در واقع زندگی درمانی نسبت به درمان هیجان‌مدار تاثیر بیشتر در کاهش پریشانی روانشناختی در بیماران داشته است؛ همچنین نتایج نشان داد که تغیرات دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل معنادار بود (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و زندگی درمانی بر پریشانی روانشناختی در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان هیجان مدار تاثیر پایداری بر کاهش پریشانی روانشناختی داشته است؛ این یافته با پژوهش‌های بورسما و همکاران (۲۰۱۹)، یارنز و همکاران (۲۰۲۴)، کلوتیر و همکاران (۲۰۲۴) و نورمن-نوت و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان استنباط نمود که درمان هیجان مدار با کمک به بیماران قلبی در تشخیص، پردازش و تنظیم هیجان‌های

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.241]

دشوار مانند اضطراب و افسردگی که در این جمعیت رایج است، به طور مؤثر پریشانی روانشناختی را در آنها کاهش می‌دهد (پیری و همکاران، ۲۰۲۳). درمان هیجان مدار بر ایجاد دلبستگی ایمن و بهبود الگوهای ارتباطی تأکید دارد و در نتیجه احساس انزوا و آشفتگی هیجانی را که باعث تشدید پریشانی می‌شود، کاهش می‌دهد (یارنز و همکاران، ۲۰۲۴). رویکرد ساختاریافته و گام به گام این درمان به بیماران کمک می‌کند تا چرخه‌های هیجانی منفی را شناسایی و تغییر دهند و آگاهی هیجانی و مقابله سازگارانه را افزایش دهند (رفیع‌پور و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، درمان هیجان مدار حس کنترل و مسئولیت بیماران را در قبال سلامت هیجانی خود افزایش می‌دهد که از خودمراقبتی و پایبندی به درمان بهتر پشتیبانی می‌کند (سالاری راد و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته دوم نشان داد که زندگی درمانی تاثیر پایداری بر کاهش پریشانی روانشناختی داشته است؛ این یافته با پژوهش‌های اکیرم و همکاران (۲۰۲۲)، خلیلی‌نژاد و همکاران (۲۰۲۵) و لاله زاری و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان استنباط نمود که زندگی درمانی در کاهش پریشانی روانشناختی در بیماران قلبی مؤثر بوده است، زیرا عمدتاً بر کمک به افراد برای یافتن معنا و هدف علیرغم بیماری مزمن تمرکز دارد. زندگی درمانی با تشویق بیماران به مشارکت فعال در استراتژی‌های مقابله‌ای سازگارانه و تغییرات سبک زندگی، انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری روانشناختی را ارتقا می‌دهد که برای مدیریت بار عاطفی بیماری عروق کرونر قلب بسیار مهم هستند (خلیلی نژاد و همکاران، ۲۰۲۵). تحقیقات نشان می‌دهد که زندگی درمانی نقش موثری بر کاهش اضطراب و پایبندی به درمان دارد و رفتارهای مراقبت از خود را در بیماران قلبی را افزایش می‌دهند (شعبانی و قری سعادتی، ۲۰۱۹). این پیشرفت‌ها به پایبندی بهتر به درمان‌های پزشکی و عادات سبک زندگی سالم‌تر، مانند رژیم غذایی و ورزش، کمک می‌کنند که به نوبه خود علائم قلبی را کاهش داده و عملکرد کلی را بهبود می‌بخشند (خلیلی نژاد و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، تأکید زندگی درمانی بر پذیرش و معناسازی به بیماران کمک می‌کند تا با دیدگاهی مثبت‌تر با بیماری خود مقابله کنند و احساس درماندگی و پریشانی را کاهش دهند. مطالعات همچنین نشان می‌دهند که چنین درمان‌هایی در طول زمان مزایای پایداری دارند و از سلامت روانی بلندمدت حمایت می‌کنند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲).

یافته سوم نشان داد که زندگی درمانی نسبت به درمان هیجان مدار تاثیر بیشتری بر کاهش پریشانی روانشناختی بیماران قلبی داشته است؛ با مرور پیشینه پژوهشی یافت نشد که این دو مداخله را بر پریشانی روانشناختی و حتی سایر متغیرهای مشابه مورد آزمون قرار داده باشد؛ بنابراین امکان مقایسه این یافته با پیشینه پژوهشی میسر نمی‌باشد. در تبیین می‌توان بیان نمود که زندگی درمانی در کاهش پریشانی روانی در بیماران قلبی، در درجه اول به این دلیل مؤثرتر از درمان هیجان مدار بوده است که بر معناسازی، پذیرش و راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه تأکید دارد که مستقیماً به چالش‌های مزمن و وجودی ناشی از بیماری قلبی می‌پردازند (اکیرم و همکاران، ۲۰۲۲). برخلاف درمان هیجان مدار که عمدتاً بر پردازش هیجانی و دلبستگی تمرکز دارد، زندگی درمانی بیماران را تشویق می‌کند تا به طور فعال با تجربه بیماری خود درگیر شوند و در طول زمان تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی را تقویت کنند. این رویکرد به بیماران کمک می‌کند تا هدف را پیدا کنند و انگیزه خود را برای رفتارهای مراقبت از خود که برای مدیریت بیماری آنها حیاتی است، حفظ کنند، که می‌تواند منجر به کاهش پایدار پریشانی شود (شعبانی و قری سعادتی، ۲۰۱۹). مطالعات نشان می‌دهد که تمرکز زندگی درمانی بر سازگاری بلندمدت و تغییرات سبک زندگی منجر به بهبود بیشتر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران می‌شود (گاتر و الهادروی[1]، ۲۰۲۸). علاوه بر این، جهت‌گیری عملی زندگی درمانی به سمت پذیرش و زندگی معنادار علیرغم بیماری، ممکن است در مقایسه با تمرکز بیشتر درمان هیجان مدار، از بهزیستی مداوم بهتر پشتیبانی کند (گرینمن و جانسون[2]، ۲۰۲۲). در حالی که درمان هیجان مدار به طور مؤثر اضطراب را کاهش می‌دهد و تنظیم هیجانی را بهبود می‌بخشد (گیلی[3] و همکاران، ۲۰۲۱)، به نظر می‌رسد دامنه وسیع‌تر زندگی درمانی مزایای پایدارتری در کاهش پریشانی روانی ایجاد می‌کند. این تفاوت به ویژه برای بیماری‌های مزمن مانند بیماری عروق کرونری قلب، که در آن سازگاری مداوم ضروری است، مهم است. بنابراین، چارچوب جهان‌بینی جامع زندگی درمانی احتمالاً دلیل اثربخشی برتر آن در بیماران قلبی است که دچار پریشانی روانی هستند.

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان مدار و زندگی درمانی هر دو بر کاهش پریشانی روانشناختی موثر بوده است؛ اما زندگی درمانی در طول زمان اثر بیشتری داشته است. در نتیجه، اگرچه هم درمان هیجان مدار و هم زندگی‌درمانی به طور مؤثر پریشانی روانی را کاهش می‌دهند، زندگی‌درمانی مزایای پایدارتری را در طول زمان نشان می‌دهد، که نشان می‌دهد ممکن است مداخله‌ای سودمندتر برای مدیریت سلامت روان بلندمدت در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی باشد.

1 Gatie & Al-Hadrawi
2 Greenman & Johnson
3 Gili

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.241]

این پژوهش از چند محدودیت برخوردار است؛ نمونه آماری شامل زنان از یک شهر و بیمارستان انتخاب شدند. همچنین استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، سوگیری انتخاب بالقوه‌ای را ایجاد می‌کند که می‌تواند بر اعتبار نتیجه تأثیر بگذارد. اتکا به ابزار خودگزارشی جهت سنجش اضطراب، بدون معیارهای عینی فیزیولوژیکی یا رفتاری، عدم وجود پیشینه پژوهشی دقیق جهت مقایسه با یافته‌های حاضر، خطر سوگیری پاسخ را به همراه دارد. دوره پیگیری ۳ ماهه ممکن است اثرات درمان طولانی‌مدت یا الگوهای عود بالقوه را ثبت نکند. در این راستا پیشنهاداتی برای پژوهشگران آتی وجود دارد؛ انجام کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده با نمونه‌های متعادل جنسیتی در چندین مرکز بالینی برای افزایش اعتبار بیرونی؛ گنجاندن ردیابی تغییرپذیری ضربان قلب و نتایج ارزیابی‌شده توسط پزشک در کنار نتایج ابزارهای خودگزارشی برای ارزیابی جامع؛ و در نهایت افزایش دوره‌های پیگیری تا ۱۲ ماه یا بیشتر برای ارزیابی دوام اثرات درمانی و نتایج قلبی عروقی؛ می‌بایست در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرد.

در زمینه کاربردی ادغام زندگی‌درمانی در برنامه‌های حمایت روانی برای بیماران قلبی، به ویژه برای کسانی که پریشانی قابل توجهی را تجربه می‌کنند پیشنهاد می‌شود؛ در عین حال ارائه درمان هیجان‌مدار به عنوان یک گزینه جایگزین یا مکمل بسته به ترجیح بیمار می‌تواند پیشنهاد شود.

منابع

حبیبی کیلک، الف.، خدابخش، م. ر.، و باقرزاده گلمکانی، ز. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار بر سوگ در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان. *رویش روان شناسی، ۱۳* (۱۰)، ۱۹۱-۲۰۰. http://frooyesh.ir/article-1-5677-fa.html

حسن زاده، ر. (۱۴۰۰). *روان شناسی زندگی (زندگی درمانی)*. تهران: انتشارات ویرایش.

رستمی، م.، ابولقاسمی، ع.، و نریمانی، م. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در کیفیت زندگی زوجین ناسازگار. *مجله علمی پژوهان، ۱۵* (۱)، ۱۹-۲۷.http://psj.umsha.ac.ir/article-1-191-fa.html

کاویانی، ح.، و موسوی، الف. الف. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، ۶۶* (۲)، ۱۲۶-۱۴۰. https://www.sid.ir/paper/38866/fa

Akyirem, S., Forbes, A., Wad, J. L., & Due-Christensen, M. (2022). Psychosocial interventions for adults with newly diagnosed chronic disease: a systematic review. *Journal of Health Psychology*, *27*(7), 1753-1782. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33586486/

Anderson, T. M., Sunderland, M., Andrews, G., Titov, N., Dear, B. F., & Sachdev, P. S. (2013). The 10-item Kessler psychological distress scale (K10) as a screening instrument in older individuals. *The American journal of geriatric psychiatry*, *21*(7), 596-606. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.009

Ansari Asl, M., Bozorgi, Z. D., Asgari, P., & Safarzadeh, S. (2025). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Schema Therapy on Physical Appearance Perfectionism in Women with Obesity. *Journal of Health Reports and Technology*, *11*(11), e166154. https://doi.org/10.5812/jhrt-163975

Ataei, J., Morteza-Shamshirgaran, S., Iranparvar, M., Safaeian, A., & Malek, A. (2015). Reliability and validity of the Persian version of the Kessler psychological distress scale among patients with type 2 diabetes. *Journal of Research in Clinical Medicine*, *3*(2), 99-106. https://doi.org/10.15171/jarcm.2015.015

Greenberg, L. (2006). Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *36*(2), 87-93. https://doi.org/10.1007/s10879-006-9011-3

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1993). Beck Anxiety Inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, *12* (2), 23-29. https://doi.org/10.1037/t02025-000

Boersma, K., Södermark, M., Hesser, H., Flink, I. K., Gerdle, B., & Linton, S. J. (2019). Efficacy of a transdiagnostic emotion–focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Pain*, *160*(8), 1708-1718. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001575

Chew, T. R., Yeo, T. M., Teo, J. Y. C., Seah, C. W. A., Soh, C. S. Q., Meng, J., & Wang, W. (2025). Effectiveness of psychological interventions in reducing post-traumatic stress among post-myocardial infarction patients: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *24*(3), 375-386. https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvae179

Cloutier, P. F., Manion, I. G., Walker, J. G., & Johnson, S. M. (2024). Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A 2-year follow-up. *Journal of marital and family therapy*, *28*(4), 391-398. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb00364.x

Farquhar, J. M., Stonerock, G. L., & Blumenthal, J. A. (2018). Treatment of anxiety in patients with coronary heart disease: a systematic review. *Psychosomatics*, *59*(4), 318-332. https://doi.org/10.1016/j.psym.2018.03.008

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.241]

Gatie, B. K., & Al-Hadrawi, H. H. (2025). Effectiveness of emotional-focused coping on heart-focused anxiety in patients prior to cardiac catheterization. *Current problems in cardiology*, *50*(7), 102917. https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2024.102917

Gili, S., Sadeghi Zavareh, V., Haghayegh, S. A., Alizadeh Ghavidel, A., & Rezayi Jamalloi, H. (2021). The Comparison of Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Transcranial Direct Current Stmulation on Anxiety and Depression of Patients with Coronary Artery Disease. *Health Psychology*, *9*(36), 45-62. https://doi.org/10.30473/hpj.2021.53189.4834

Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2022). Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current opinion in psychology*, *43*, 146-150. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.015

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. T., Walters, E. E & ,.Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, *32*(6), 959–976 .https://doi.org/10.1017/s0033291702006074

Khalilnejad, N., Asgari, P., Ahmadian, H., & Shahrbabaki, H. E. (2025). Enhancing Self-Care and General Health in Women with Breast Cancer: The Impact of Quality-of-Life Therapy. *Journal of Community Health Research*, *21*, 54-63. https://doi.org/10.18502/jchr.v14i17.18855

Kramer, U., Sutter, M., Rubel, J., Machinea, J. B., Woldarsky, C., Auszra, L., ... & Holtforth, M. G. (2025). Effectiveness of emotion-focused therapy: Main results of a practice–research network study. *Psychotherapy Research*, *18*, 1-9. https://doi.org/10.1080/10503307.2025.2454455

Lavarzaei, S., Rezaee, N., & Navidian, A. (2023). The Efficacy of Quality-of-Life Therapy Training on the Psychological Burden of Mothers of Children with Cancer: A Quasi-Experimental Study. *Medical-Surgical Nursing Journal*, *12*(4), e156980. https://doi.org/10.5812/msnj-156980.

Norman-Nott, N., Hesam-Shariati, N., Cashin, A. G., Wewege, M. A., Rizzo, R. R., Wilks, C. R., ... & Gustin, S. M. (2022). Evaluation of emotion-centric psychological interventions for chronic pain: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, *12*(11), e063102. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063102

Peng, B., Meng, H., Guo, L., Zhu, J., Kong, B., Qu, Z., ... & Huang, H. (2024). Anxiety disorder and cardiovascular disease: a two-sample Mendelian randomization study. *ESC Heart Failure*, *11*(2), 1174-1181. https://doi.org/10.1002/ehf2.14676

Piri, T., Zadeh Hassan, J., Sadati, S. Z., Sheikhzadeh Kermani, K., & Moghadam, P. (2023). Studying the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Reducing Fear of Negative Evaluation and Psychological Distress in Women with Social Anxiety Disorder. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, *13*, 36-36. https://jdisabilstud.org/article-1-2216-en.html

Rafiepoor, A., Darvish, G., Parivar, M., Rostami, H., & Nikoozadeh, E. K. (2025). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Self-Conscious Affect, Illness Perception, and Mental Rumination in Breast Cancer Patients. *International Journal of Body, Mind & Culture*, *12*(1), 12-19. https://doi.org/10.61838/ijbmc.v12i1.731

Rezaee, M., Darroudi, H., Etemad, L., Shad, A. N., Zardast, Z., Kohansal, H., ... & Ferns, G. A. (2024). Anxiety, a significant risk factor for coronary artery disease: what is the best index. *BMC psychiatry*, *24*(1), 443. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05798-w

Richards, S. H., Anderson, L., Jenkinson, C. E., Whalley, B., Rees, K., Davies, P., ... & Taylor, R. S. (2018). Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *European journal of preventive cardiology*, *25*(3), 247-259. https://doi.org/10.1177/2047487317739978

Salarrad, Z., Leilabadi, L., Nafissi, N., & Kraskian Mujembari, A. (2022). Effectiveness of emotion-focused therapy on anxiety and quality of life in women with breast cancer. *Iranian journal of health psychology*, *5*(3), 35-46. https://doi.org/10.30473/ijohp.2022.60436.1205

Shabani, M., & Ghari Saadati, L. (2019). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and quality of life therapy on perfectionism and rumination in patients with migraine. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, *6*(1), 1-10. http://ajnpp.umsha.ac.ir/article-1-131-en.html

Silverman, A. L., Herzog, A. A., & Silverman, D. I. (2019). Hearts and minds: stress, anxiety, and depression: unsung risk factors for cardiovascular disease. *Cardiology in review*, *27*(4), 202-207. https://doi.org/10.1097/CRD.0000000000000228

Ski, C. F., Taylor, R. S., McGuigan, K., Long, L., Lambert, J. D., Richards, S. H., & Thompson, D. R. (2024). Psychological interventions for depression and anxiety in patients with coronary heart disease, heart failure or atrial fibrillation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*, 22-28. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013508.pub3

Yarns, B. C., Jackson, N. J., Alas, A., Melrose, R. J., Lumley, M. A., & Sultzer, D. L. (2024). Emotional awareness and expression therapy vs cognitive behavioral therapy for chronic pain in older veterans: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, *7*(6), e2415842-e2415842. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.15842

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.241]