رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۹، شماره پیاپی ۹۰، آذر ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(9), 2023

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی

Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotion-oriented therapy on physical self-concept and distress tolerance of women with coronary heart disease

فریبا علیاری خانشان وطن
دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
دکتر حسن احدی (نویسنده مسئول)
استاد مدعو، گروه روان‌شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
دکتر مریم کلهرنیا گل کار
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
دکتر مستوره صداقت
استادیار و عضو هیات علمی گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Fariba Aliyari Khanshan Vatan
Ph.D. student in Psychology, Department of Psychology, Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates
Dr. Hasan Ahadi*
Professor, Department of Psychology, Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates. drhahadi5@gmail.com
Dr. Maryam Kalhornia Golkar
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Dr. Mastooreh Sedaghat
Assistant professor and faculty member of Psychology Department, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

چکیده
هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی بود. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری تمامی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی بیمارستان شهید لواسانی تهران در تابستان سال ۱۴۰۰ بودند که به روش داوطلبانه ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی دردو گروه آزمایش و گواه جایگذاری شدند. از پرسشنامه های خودپنداره بدنی مارش و همکاران (PSDQ،۱۹۹۴) و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS، ۲۰۰۵) استفاده شد. گروه آزمایش اول در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه آزمایش دوم در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه‌ها در پس آزمون و پیگیری خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد (p>۰/۰۵). نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی اثربخش تر بود و بین دو درمان در خودپنداره بدنی تفاوت معنادار مشاهده نشد (p>۰/۰۵). در نتیجه به دلیل تأثیر بیشتری که درمان شناختی رفتاری برتحمل پریشانی دارد می‌تواند به تنهایی و یا با درمان مکمل در تحمل پریشانی در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: *کرونر قلبی، تحمل پریشانی، خودپنداره بدنی، درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان‌مدار.*

Abstract
The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotion-oriented therapy on physical self-concept and distress tolerance of women with coronary heart disease. The present study was an experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population was all women with coronary heart disease who were referred to the specialized center of Shahid Lavasani Hospital in Tehran in the summer of 1400. 45 people were selected voluntarily and randomly assigned to two experimental and control groups. Body self-concept questionnaires of Marsh et al. (PSDQ, 1994) and Distress Tolerance of Simmons and Gaher (DTS, 2005) were used. The first experimental group underwent intervention in ten 90-minute sessions and the second experimental group underwent intervention in nine 90-minute sessions. Repeated measurement analysis of variance test was used to analyze the data. The results showed that there is a significant difference between the groups in the post-test and follow-up of physical self-concept and distress tolerance (p>0.05). The results showed that cognitive behavioral therapy was more effective in distress tolerance and no significant difference was observed between the two treatments in body self-concept (p>0.05). As a result due to the greater effect that cognitive behavioral therapy has on distress tolerance, it can be effective alone or with complementary treatment in distress tolerance in women with coronary artery disease.

Keywords: *Coronary Heart, Distress Tolerance, Body Self-Concept, Cognitive Behavioral Therapy, Emotion-Oriented Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۲** **پذیرش: مرداد ۱۴۰۲** **ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر انسان‌ها در جهان هستند. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی[1] این بیماری‌ها در سال ۲۰۲۲ موجب مرگ‌ومیر شانزده و نیم میلیون انسان در جهان شده‌اند. تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۳۰ حدود بیست‌وسه میلیون انسان به خاطر این بیماری‌ها جان خود را از دست بدهند (امینی و همکاران، ۲۰۲۱). 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، خودپنداره بدنی و افسردگی قرار دارند (شهابی و همکاران، ۱۳۹۹).

نارسایی قلبی به‌عنوان یک بیماری ناتوان‌کننده همراه با احساس ضعف نسبت به بدن شناخته می‌شود و این ضعف بر میزان خودپنداره بدنی و نوع نگرش به بدن تأثیر می‌گذارد (تالی[2] و همکاران، ۲۰۲۲). نتایج پژوهش گودرزیان و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که خودپنداره بدنی منفی در بیماران دارای نارسایی قلب موجب کاهش کیفیت خواب درآنان میشود. خودپنداره بدنی[3] یا جسمانی سلسله مراتبی است، به این ترتیب که قاعده آن درک رفتار فردی و استنباط راجع به خود در حوزه‌های مختلف نظیر قابلیت بدنی، توانایی جسمانی، ظاهر بدنی و رأس آن خودپنداره بدنی عمومی می‌باشد. خودپنداره واقعی و در رأس ثابت است ولی تاحد زیادی به موقعیت‌های آن بستگی داشته و با رسیدن به مراتب پایین‌تر از ثبات آن کاسته می‌شود. این تعبیر دیدگاه‌ها به‌طور معمول با تغییر احساس‌ها و افکار همراه است و حتی در موقعیت‌های مشخص به تغییر رفتار می‌انجامد (شرکا و همکاران، ۲۰۱۹). خودپنداره بدنی نیز به‌عنوان یک مشکل روان‌شناختی، به‌عنوان پاسخ‌های مقدمانی یک ارگانیسم به زمینه‌هایی که ممکن است در آن یک رویداد تهدیدکننده رخ دهد تعریف می‌شود (زی[4] و همکاران، ۲۰۲۰). خودپنداره بدنی 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. خودپنداره بدنی، فعالیت‌های روانی و فیزیولوژیکی بدن از قبیل ضربان قلب، تعداد تنفس و فشارخون را بالا می‌برد (آموزشی و همکاران، ۲۰۲۰)، که این موارد برای بیماران قلبی بسیار مضر می‌باشند.

از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که پریشانی روان‌شناختی با افزایش خطر ابتلا به بیماری کرونر قلبی همراه است (پیمپل[5] و همکاران، ۲۰۱۹).پریشانی سازه‌ای متداول در پژوهش‌های مربوط به بی‌نظمی عاطفی است که به‌صورت سازه‌ای فرا هیجانی و به‌عنوان قابلیت فرد برای تجربه و مقاومت در برابر حالت‌های هیجانی منفی بیان‌شده است. این سازه که ممکن است درنتیجه فرایندهای شناختی و یا فیزیکی در فرد ایجاد شود، به‌صورت حالتی هیجانی است که اغلب با تمایلات عملی برای کاهش اثرهای منفی حاصل از تجربه هیجانی مشخص می‌شود. ازاین‌رو، تحمل پریشانی به‌عنوان 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 (زائورسکا[6] و همکاران، ۲۰۲۳). یکی دیگر از مسائل روانشناختی بیماران قلبی ضعف در تحمل پریشانی است (لوبرتو[7] و همکاران، ۲۰۲۱). هم‌چنین، تحمل پریشانی ماهیتی چندبعدی داشته شامل ابعاد متعددی ازجمله:توانایی تحمل پریشانی‌های هیجانی، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه تنظیم هیجان به‌وسیله فرد، مقدار جذب توجه به‌وسیله هیجان‌های منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد، می‌شود (کانوی[8] و همکاران، ۲۰۲۱).بیماران با سطح پایین تحمل پریشانی، حالت‌های روان‌شناختی منفی را غیرقابل‌تحمل می‌پندارند، توانایی مدیریت آنها را ندارند، معمولاً آنها را انکار می‌کنند و از وجودشان احساس شرم و آشفتگی می‌نمایند (گالگو[9] و همکاران، ۲۰۲۰). تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان‌های منفی تأثیر می‌گذارد؛ به‌طوری‌که افراد دارای تحمل پریشانی پایین‌تر واکنشی شدیدتر به استرس و خودپنداره بدنی منفی نشان می‌دهند (ویلوکس[10]، ۲۰۱۹). همچنین کاهش سطح تحمل پریشانی یکی از علائم روانشناختی در بیماران قلبی است (کارپنتر

1. World Health Organization
2. Tully
3. Body image
4. Zi
5. Pimple
6. Zaorska
7. Luberto
8. Conway
9. Gallego
10. Veilleux

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

و همکاران، ۲۰۱۹[1]). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین با طیف گسترده‌ای اختلالات از جمله رفتارهای تکانشی شدید و آسیب‌زننده در بیماران قلبی ارتباط نزدیک و تنگاتنگی دارد (آنستیس[2] و همکاران، ۲۰۱۳). ابتلا به هر نوع بیماری مزمن از جمله بیماری قلبی، فشار روانی ایجاد می‌کند. فشار روانی، بیماری را پیچیده تر می‌کند. بیماری قلبی، به دلیل مزمن بودن بیماری رویدادهای استرس‌زای بیشتری را تجربه می‌کنند به تبع آن میزان فشار روانی آنها در مقایسه با افراد سالم بیشتر است (روئمر[3] و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین لزوم مداخلات روان‌شناختی در این موارد ضروری به نظر می‌رسد.

در بحث امروز روانشناسی درمان‌های متنوع و متعددی در حوزه روان‌شناختی، برای بیماران قلبی بحث شده است که چندی از این درمان‌ها تأثیر خود را ثابت کردند. یکی از روش‌های درمانی مؤثر در بهبود بسیاری از ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران قلبی، درمان شناختی- رفتاری[4] است (چاند[5] و همکاران، ۲۰۲۳). این شیوه درمانی بر این فرض استوار است که باورهای نادرست و ناامیدکننده، رفتارهای مقابله‌ای ناموثر و حالات خلقی منفی در شکل‌گیری و تداوم مشکلات مؤثر هستند (مک فارلن[6] و همکاران، ۲۰۱۹). درمان شناختی رفتاری بر مدل آموزش روانی ساخت‌دار استوار است و بر نقش تکلیف خانگی تأکید می‌کند (کاتزانتزیس[7]، ۲۰۲۱). این درمان دارای ویژگی‌های منحصربه‌فردی است که هم از راهبردهای شناختی شامل کشف تحریف‌های شناختی و افکار خودپنداره بدنی‌آور، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای مؤثر و هم از راهبردهای رفتاری شامل الگوبرداری، مواجهه‌سازی، ایفای نقش، آرام‌سازی عضلانی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش خودگواهی و خودکارآمدی استفاده می‌کند (پیترس[8] و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش‌ها تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب (وکیلی و همکاران، ۱۴۰۰، تالی و همکاران، ۲۰۲۲؛ هولدگارد[9] و همکاران، ۲۰۲۲) تأیید شده است.

از طرفی نیز یکی از راهبردهای درمانی کوتاه‌مدت برای کمک به بیماران قلبی در کار با آشفتگی‌های هیجانی ارتباطی، درمان هیجان‌مدار است. پرداختن به هیجانات یکی از حرکت‌های اخیر خانواده‌درمانی و در زمره فعالیت‌ها و خدمات روان‌درمانی است. درمان هیجان‌مدار در اوایل دهه ۱۹۸۰ در پاسخ به فقدان مداخلات هیجانی فعال و کارآمد مطرح شد. این فقدان بیشتر در حوزه انسان‌گرایی احساس می‌شد، چراکه آن روزها مداخلات رفتاری عنصر غالب درمانی به شمار می‌رفت. در درمان هیجان‌مدار، هیجان‌ها به‌عنوان تمایلات مربوط به عمل دیده شده و اساس ارتباط اجتماعی را شکل داده و همواره علائمی از ماهیت پیوندهای اجتماعی‌مان به ما می‌دهند (اسودی و همکاران، ۲۰۲۱). هیجان، افراد را در جهت نیازهایشان هدایت کرده، پاسخ‌ها و رفتارهای دلبستگی را سازمان داده، و شناخت‌های اساسی درباره خود، دیگران و ماهیت روابط را فعال می‌کنند. همچنین هیجان یک سیستم هشداردهنده اولیه در تعاملات مشخص‌کننده رابطه است؛ ابراز عاطفه، طرف مقابل را در جهت پاسخ‌های خاصی سوق می‌دهد و اساس سازمان‌دهی تعاملات است (مک‌رایی و گراس[10]، ۲۰۲۰). ازاین‌جهت رویکرد را هیجان‌مدار نام‌گذاری کردند، که بر نقش کلیدی و اهمیت حیاتی هیجان و محاورات برخاسته از هیجانات، در سازمان‌دهی الگوهای تعاملی تأکید شود. به باور بانیان این رویکرد، سهم هیجانات در ایجاد تجارب مهمی که افراد در روابط صمیمانه دارند به شدت مورد بی‌توجهی قرار گرفته است (سرایی و همکاران، ۱۴۰۱). پژوهش‌ها نشان دادند که درمان هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی (حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۹)، انعطاف‌پذیری کنشی بیماران قلبی (عابدی نقندر و همکاران، ۱۴۰۱) و تصویر بدنی (یاری و همکاران، ۱۳۹۹) تأثیر معنادار دارد.

پژوهشگر به این دلیل دو درمان مذکور را جهت مداخله و مقایسه انتخاب نموده است که هر دو درمان بر اساس نظریه‌های یادگیری بنا شده‌اند. درمان‌هایی که بر اساس یادگیری بنا شده‌اند در کمترین سطح پیامدهای منفی قرار دارند و در صورت به موفقیت نرسیدن عارضه زیادی را متوجه آزمودنی‌ها نخواهند کرد.

1. Carpenter
2. Anestis
3. Roemer
4. Cognitive Behavioral Therapy
5 .Chand
6. McFarlane
7. Kazantzis
8. Peters
9. Holdgaard
10. McRae & Gross

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار و شناختی رفتاری بر بیماران قلبی می‌تواند گام مهمی در مسیر ابداع درمان‌های نوین در حیطه روانشناسی بالینی باشد. بدیهی است یافته‌های بدست‌آمده از چنین مطالعاتی می‌تواند در دو حیطه پیشگیری و درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار پژوهشگران، روانشناسان بالینی و دیگر علاقمندان به این حوزه قرار دهند. نظر به پژوهش‌های اندکی که در زمینه اثربخشی این روش‌های درمان بر بیماران قلبی در جمعیت ایرانی انجام شده، و با توجه به اهمیت بالینی که این دیدگاه می‌تواند در درمان این بیماری موثر باشد، پژوهش حاضر در جهت برررسی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی انجام شده است که با در نظر گرفتن گروه گواه در کنار گروه آزمایش به بررسی دقیق تر کارایی این روش‌های درمان می‌پردازد و قصد دارد اثرات هر روش درمانی را بر گروه زنان دارای بیماری قلبی مقایسه نماید با توجه به افزایش روزافزون تعداد افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و نقش مسائل روانی در بهبود این بیماران و با توجه به گسترش درمان‌های روان‌شناختی مؤثر بر بیماری‌های مزمن ازجمله بیماری‌های قلبی عروقی و عدم پژوهشی مستقیم در زمینه تأثیر درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی بیماران کرونر و خط پژوهشی در این زمینه، و با توجه به خلأ پژوهشی در زمینه مداخلات روانشناختی برای مقایسه این دو رویکرد بر خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی، تحقیق حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی انجام پذیرفت.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی 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 ۴۵ نفر واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند و تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵ و آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ (برای هر گروه ۱۵ نفر به دست آمد)، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند، معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه، جنسیت زن، عدم سابقه سکته قلبی، داشتن تحصیلات دیپلم با بالاتر، سن بین ۴۰ تا ۷۰ سال، عدم شرکت همزمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر، سواد حداقل سیکل، از سایر روش‌های درمانی روان‌شناختی و آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه عدم تمایل آزمودنی به ادامه ی شرکت در پژوهش، شرکت همزمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر، غیبت بیش از دو جلسه و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. پژوهش حاضر دارای کل اخلاق به شماره IR.IAU.BA.REC.1400.011 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس بود. در. درنهایت برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس مکررکه توسط نرم‌افزار spss نسخه ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت، استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه خودپنداره بدنی[1] **(PSDQ)**: برای اندازه‌گیری متغیر خودپنداره بدنی از پرسشنامه خود توصیفی بدنی مارش[2] و همکاران (۱۹۹۴) استفاده شد. پرسشنامه خودتوصیفی بدنی شامل ۷۰ سؤال است دارای ۱۱ مولفه، شامل سلامتی (۸ سؤال)، هماهنگی (۶ سؤال)، فعالیت بدنی (۶ سؤال)، چربی بدن (۶ سؤال)، لیاقت ورزشی (۶ سؤال)، کل بدن (۶ سؤال)، قیافه (۶ سؤال)، قدرت (۶ سؤال)، انعطاف‌پذیری (۶ سؤال)، استقامت (۶ سؤال)، عزت نفس (۸ سؤال) تشکیل شده است. که بر اساس مقیاس نوع لیکرت ۶ امتیازی (۶= درست، ۱= نادرست) تنظیم شده است. آزمودنی‌ها به هر گویه بر اساس مقیاس شش ارزشی لیکرت در دامنه از غلط تا درست پاسخ می‌دهند. شایان ذکر است که بعضی از گویه‌های پرسشناه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود، به این ترتیب هر گویه بر حسب نمره ۱ تا ۶ نمره گذاری می‌شود (لطفی و همکاران، ۱۳۹۲). یعنی کاملاً غلط نمره ۱ و کاملاً درست نمره ۶ داده می‌شود. سؤالات ۶، ۱۷، ۳۹، ۴۰، ۳۱، ۴۵، ۵۶، ۶۷، ۱۲، ۲۳، ۱، ۳۳، ۶۸ و ۷۰ به صورت معکوس یعنی کاملاً غلط ۶ و کاملاً درست ۱ نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین حداقل نمره ۵۶ و حداکثر نمره ۳۳۶ است. این پرسشنامه در مجموع خود پنداره بدنی فرد را تشکیل می‌دهند. مارش و همکاران (۱۹۹۴) در پژوهشی با

1. Physical Self-Description Questionnaire
2. Marsh

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

حضور دو گروه نمونه ۳۱۵ و ۳۹۵ نفری در استرالیا نشان دادند که این ابزار ماهیت چند بعدی داشته و روایی لازم برای تشخیص مولفه‌های خودتوصیفی بدنی را دارد. ضریب پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ مارش در استرالیا بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ گزارش کرده است. روایی نیز از طریق آزمون تحلیل عاملی تاییدی ۰/۸۱ به دست آمد. ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ توسط لطفی و همکاران (۱۳۹۲) ۰/۷۳ به دست آمد. روایی نیز در پژوهش آنان از طریق تحلیل عاملی تاییدی ۰/۷۸ بدست آمد. در مطالعه حاضر، پایایی بر روی گروه نمونه پژوهش به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی[1] (DTS): مقیاس تحمل پریشانی یک ابزار خود گزارشی ۱۵ سؤالی است که به وسیله سیمونز و گاهر[2] در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است که چهار مؤلفه تحمل (سؤالات ۱-۳-۵)، جذب (سؤالات ۲-۴-۱۵)، ارزیابی (سؤالات ۶-۷-۹-۱۰-۱۱-۱۲) و تنظیم (سؤالات ۸- ۱۳-۱۴) 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 (استنسفلد و همکاران، ۲۰۰۲). سیمونز و گاهر ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌آزمون‌های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۷۴ و ۰/۸۷ به دست آوردند. همچنین گزارش کردند که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است و روایی همگرا ۰/۶۷ و افتراقی ۰/۷۳ با ابزار اسمارت پی‌ال‌اس محاسبه شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در پژوهش شمس و همکاران (۱۳۸۹) همبستگی مقیاس تحمل پریشانی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌محور، هیجان‌محور، کمتر مؤثر و غیر مؤثر به ترتیب ۰/۲۱۳، ۰/۲۷۸، ۰/۳۳۷ و ۰/۱۹۶- به دست آمد. همچنین بین مقیاس تحمل پریشانی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۵۴۳، ۰/۲۳۴، ۰/۶۵۳- به دست آمده است. پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی ۳۰ روزه ۰/۷۹ گزارش کردند و پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۷۷ گزارش کردند (شمس و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر پایایی به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۴، ۰/۷۳ و ۰/۷۷ به دست آمد.

در این پژوهش پس از تخصیص گروه‌ها و قرار گرفتن افراد نمونه در گروه‌های آزمایش و گواه و توضیحات مقدماتی درباره پرسشنامه‌ها و هدف از اجرای آزمون، نحوه پاسخگویی شرکت‌کنندگان به آزمون‌ها شرح داده شد و پیش‌آزمون در جلسه اول در محل سالن کنفرانس بیمارستان شهید لواسانی تهران بر روی افراد اجرا گردید. گروه آزمایش اول در ده جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای در ده هفته و گروه آزمایش دوم در ۹ جلسه حضوری ۹۰ دقیقه‌ای در نه هفته تحت مداخله قرار گرفتند و گروه گواه در انتظار ماندند. مداخله‌ها توسط محقق که متخصص روان‌شناسی سلامت بود، زیر نظر اساتید انجام شد. پس از خاتمه جلسات درمانی هر دو گروه آزمایش، پس‌آزمون در جلسه آخر درمان برای هر دو گروه اجرا شد. دوره پیگیری دو ماه بعد از پایان جلسات آموزشی و پس‌آزمون توسط محقق در یک جلسه برگزار شد. یک ماه بعد از پایان دوره پیگیری، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه درمانی هم برای گروه گواه در مدت دو هفته انجام شد. این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند، ۳- پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل آزمودنی‌ها برای آنها تفسیر کند، ۴- در صورت مشاهده‌ی هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچگونه بارمالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت، ۶- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچگونه مغایرتی نداشت

جلسات درمان شناختی رفتاری: ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری از پروتکل طراحی‌شده توسط یونک و همکاران (۲۰۰۱) که برگرفته از نظریه الیس و بک (۱۹۸۹) اجرا گردید. شرح مختصر جلسات درمان شناختی رفتاری در جدول ۱ ارائه گردیده است.

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.

1. Distress tolerance scale
2. Simons & Gaher

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

۲	صورت‌بندی مشکلات کلی بیماران در قالب مدل شناختی رفتاری، ادغام مثلث شناختی در استراتژی‌های درمانی، استفاده از تکنیک‌های استاندارد درمان هیجان‌مدار، طرح مجدد افکار خودآیند منفی و ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد.
۳	ادامه کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد بیماران، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی.
۴	شناسایی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال شدن آنها در موقعیت‌های خاص، استفاده از فن پیکان رو به پایین، بررسی چند مورد از مسائل آماجی بیماران.
۵	توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی، تقویت خودگویی‌های مثبت، استفاده از فن‌های رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به‌جای افکار منفی.
۶	استفاده از فن‌های شناختی رفتاری در مورد جرئت‌ورزی، حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی به بیماران.
۷	شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته‌ای، ضعیف‌سازی باورهای غیرشرطی از طریق زیر سؤال بردن آنها به روش سقراطی و درجه‌بندی باروهای 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.

جلسات درمان هیجان‌مدار: ساختار جلسات درمان هیجان‌مدار از پروتکل طراحی‌شده توسط جانسون (۲۰۰۲) اجرا گردید. شرح مختصر جلسات درمان هیجان‌مدار در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲. مداخله هیجان‌مدار

گام‌های درمان	شماره جلسه	هدف	موارد مطرح‌شده	تکلیف
گام دوم تغییر	اول	آشنایی کلی - معرفی درمانگر - بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در دوره - ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان‌مدار	بررسی نظرات افراد در مورد مفاهیم موردنظر - کشف تعاملات مشکل‌دار - ارزیابی شیوه برخورد آنها با مشکلات - کشف موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی	توجه به (نشاط، لذت، سرحالی، خوشحالی و....) و حالات ناخوشایند(خشم، تنفر، غمگینی، حسادت و خودپنداره بدنی)
	دوم	تعیین الگوهای تعامل	کشف ناایمنی دلبستگی و ترس‌های هرکدام از افراد- کمک به بازتر بودن و خودافشایی - ادامه پیوستگی درمان	شناسایی دقیق هیجان، عواطف و احساسات خالص
	سوم	بازسازی پیوند	روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی- گسترش تجربه هیجانی هرکدام از افراد در رابطه و پدیداری عناصر جدید در تجربه- هماهنگ کردن تشخیص درمانگر با مراجع- پذیرش چرخه منفی- بررسی و تجدیدنظر کردن روابط	ابراز هیجانات و عواطف خالص (بدون حاشیه)
	چهارم	عمق بخشیدن به درگیری عاطفی بر مبنای دلبستگی	افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی- عمق بخشیدن ارتباط شخصی با تجربه هیجانی- بهبود وضعیت تعاملی	ابراز هیجانات و عواطف خالص (بدون حاشیه)
	پنجم	گسترده کردن خود در ارتباط با دیگران	تعیین تناسب چارچوب‌بندی درمانگر با تجربه افراد- عمق بخشیدن با درگیری - پذیرش بیشتر افراد از تجربه خود- ارتقاء روش‌های جدید تعامل تمرکز روی خود نه دیگری	تعیین ترس‌های زیربنایی و خواسته و آرزوها
	ششم	فعال‌سازی	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها- درگیری بیشتر افراد با یکدیگر - روشن‌سازی خواسته‌ها و آرزوها	مشخص کردن نقاط ضعف و قوت تمرین روابط

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

گام سوم تثبیت	هفتم	یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی	بازسازی تعاملات، تغییر رفتار آسیب‌رسان - ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و نیز رابطه - تغییر تعاملات غلبه بر موانع واکنش مثبت	کشف راه‌حل‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی
	هشتم	استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه	درگیری صمیمانه - ماندن بر خط درمان و خارج نشدن از آن - هماهنگی وضعیت‌های جدیدی که بیماری ایجاد کرده است - شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی - ایجاد دلبستگی ایمن - ساختن یک داستان شاد از رابطه	اجرای تکنیک‌ها در محیط روزمره
	نهم	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون	حفظ تغییر تعاملات در آینده- تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون- حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه قوی کردن پیوند بین آنها- اجرای پس‌آزمون‌ها	

یافته ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که ۴۵ نفر(۱۵ نفر گروه شناختی رفتاری، ۱۵ نفر درمان هیجان‌مدار و ۱۵ نفر گروه گواه) حضور داشتند که میانگین و انحراف استاندارد معیار سن برای گروه شناختی رفتاری به ترتیب ۵۴/۵۱ و ۵/۲۹ سال، برای گروه درمان هیجان‌مدار ۵۳/۷۵ و ۵/۶۱ سال و برای گروه گواه ۵۳/۵۸ و ۵ /۴۸ بود. همچنین جنسیت همه افراد شرکت کننده زن بودند. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. برای توصیف داده‌ها از میانگین به عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودپنداره بدنی	گواه	۳۶/۲۷	۳/۷۵	۳۵/۳۳	۴/۱۲	۳۴/۲۷	۳/۹۹
	درمان شناختی رفتاری	۲۷/۶۷	۲/۱۵	۳۵/۰۷	۲/۸۹	۳۶/۳۳	۲/۶۴
	هیجان‌مدار	۳۱/۷۳	۳/۰۹	۳۵/۶۷	۳/۷۳	۳۵/۸۷	۳/۷۶
تحمل پریشانی	گواه	۱۲۹/۱۳	۱۴/۹۳	۱۲۸/۴۷	۱۴/۷۲	۱۲۸/۸۷	۱۴/۲۸
	درمان شناختی رفتاری	۹۰/۴۰	۱۶/۲۱	۱۳۴/۳۳	۱۰/۸۰	۱۳۳/۱۳	۱۰/۷۰
	هیجان‌مدار	۶۹/۲۷	۱۳/۴۵	۱۳۰/۹۳	۹/۳۴	۱۲۹/۸۷	۹/۷۸

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، مؤلفه‌های تحمل پریشانی برای سه گروه گواه، درمان شناختی رفتاری و هیجان‌مدار در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، در گروه گواه میانگین مؤلفه خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار افزایش قابل‌توجه خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون قابل مشاهده است.

بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مکرر صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس مکرر، از آزمون کولموگروف – اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی در مراحل سه گانه اندازه گیری (p>۰/۰۵) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های خودپنداره بدنی در سه مرحله اندازه گیری پیش آزمون (F=۰/۱۸۶، P=۰/۲۰)، پس آزمون (F= ۱/۱۰۵، P=۰/۱۲۳) و پیگیری (F=۱/۳۳، P=۰/۲۶۳) و متغیر تحمل پریشانی در ۳ مرحله اندازه گیری پیش آزمون (F=۱/۷۸۲، P=۰/۲۱۴)، پس آزمون (F=۱/۵۴۳، P=۰/۲۵۲) و پیگیری (F=۱/۳۴۶، P=۰/۴۶) و برای بررسی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

همگنی ماتریس واریانس – کواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر خودپنداره بدنی (MBOX =۲۹/۷۳، F =۱/۰۴، P=۰/۳۲)، و متغیر تحمل پریشانی (MBOX = ۱۷/۴۷، F =۱/۳۵، P=۰/۳۳) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش فرض کرویت برای هیچ‌کدام از مؤلفه‌های تحمل پریشانی به جز خودپنداره بدنی رعایت نشده است بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینهاوس – گیسر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
خودپنداره بدنی	درون‌گروهی	زمان	۱۹۹۱/۷۶	۲	۹۹۵/۸۸	۲۷/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲
		زمان × گروه	۸۱۰/۹۸	۴	۲۰۲/۷۵	۵/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳
		خطا	۲۴۱/۱۸	۷۶	۳۶/۰۷	–	–	–
	بین‌گروهی	گروه	۲۴۱/۱۸	۷۶	۱۷۱۱/۱۴	۲۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲
		خطا	۳۱۴۸/۶۸	۷۶	۸۲/۸۶	–	–	–
		خطا	۳۴۴۶/۵۳	۳۸	۹۰/۷	–	–	–
تحمل پریشانی	درون‌گروهی	زمان	۲۹۲/۹۸	۱/۳۳	۲۲۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۰۱
		زمان × گروه	۵۸۱۲/۲	۲/۶۶	۲۱۸۷/۵	۴/۵۵	۰/۰۱	۰/۱۹
		خطا	۲۴۲۸۳/۱۹	۵۰/۴۸	۴۸۱/۰۲	–	–	–

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد در متغیر خودپنداره بدنی اثر زمان معنادار است (P<۰/۰۵) بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیرهای خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه گواه در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیر تحمل پریشانی بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و هیجان‌مدار و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد ولی در متغیر خودپنداره بدنی بین دوگروه درمان شناختی رفتاری و هیجان‌مدار تفاوت معنادار وجود ندارد. مقایسه دوبه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بونفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین مؤلفه‌های خود پنداره بدنی و تحمل پریشانی

			پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری		
		گروه	تفاوت میانگین	آماره آزمون	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره آزمون	سطح معناداری
خودپنداره بدنی	درمان شناختی رفتاری	گواه	۳/۰۶۷	۳/۷۲۶	۱/۰۰۰	-۲۱/۳۳۳*	۰/۶۲	۰/۰۰۰	-۲۱/۶۰۰*	۰/۵۸	۰/۰۰۱
		درمان هیجان‌مدار	۴/۹۳۳	۳/۷۲۶	۰/۵۷۸	۱۱/۷۳۳*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۱	۱۱/۶۶۷*	۰/۵۸	۰/۰۰۱
	درمان هیجان‌مدار	گواه	-۱/۸۶۷	۳/۷۲۶	۱/۰۰۰	-۳۳/۰۶۷*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۰	-۳۳/۲۶۷*	۰/۵۸	۰/۰۰۱
		درمان شناختی رفتاری	-۴/۹۳۳	۳/۷۲۶	۰/۵۷۸	-۱۱/۷۳۳*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۱	-۱۱/۶۶۷*	۰/۵۸	۰/۰۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

	درمان هیجان‌مدار	گواه	-۰/۶۰۰	۱/۱۲۰	۱/۰۰۰	۶/۴۰۰*	۱/۳۲۱	۰/۰۰۰	۶/۶۰۰*	/۲۸۲ ۱	۰/۰۰۱
		درمان شناختی رفتاری	۰/۶۰۰	۱/۱۲۰	۱/۰۰۰	۴/۰۶۷*	۱/۳۲۱	۰/۰۱۱	۴/۵۳۳*	/۲۸۲ ۱	۰/۰۰۳
تحمل پریشانی	درمان شناختی رفتاری	گواه	۵/۲۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	-۳۸/۰۶۷*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰	-۳۸/۷۳۳*	/۲۹۱ ۴	۰/۰۰۱
		درمان هیجان‌مدار	۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰	۲۱/۲۶۷*	/۲۹۱ ۴	۰/۰۰۱
	درمان هیجان‌مدار	گواه	۱/۸۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	-۵۹/۲۰۰*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰	-۶۰/۰۰۰*	/۲۹۱ ۴	۰/۰۰۱
		درمان شناختی رفتاری	-۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	-۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰	-۲۱/۲۶۷*	/۲۹۱ ۴	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌های فراشناخت درمانی و گواه در متغیر خودپنداره بدنی (P<۰/۰۵) و بین گروه‌های فراشـــناخت درمانی و گواه در متغیرهای خودپنداره بدنی،و تحمل پریشـــانی و درمان هیجان‌مدار و گواه در متغیرهای خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی (P<۰/۰۵) وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین روش درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری در ســـطح معنی‌داری ۰/۰۵ اختلاف معنادار وجود دارد. مطابق با جدول ۵ اختلاف میانگین روش درمان شـــناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار برای متغیر تحمل پریشـانی و مؤلفه‌هایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت مثبت معنادار شـده اسـت. درنتیجه روش درمان هیجان‌مدار در کاهش تحمل پریشانی اثربخشی بیشتری نسبت به فراشناخت درمانی بر تحمل پریشانی داشته است (P<۰/۰۵). ولی بین دو روش درمانی شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر خودپنداره بدنی تفاوت معنادار وجود ندارد (P>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو درمان شناختی رفتاری و هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی و خودپنداره بدنی موثر بودند و اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تحمل پریشانی نسبت به درمان هیجان‌مدار بیشتر بود و بین دو درمان در اثربخشی بر خودپنداره بدنی تفاوت معنادار نداشت.

یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری کرونری قلبی مؤثر است. مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم با نتایج این پژوهش همسو باشد، یافت نشد اما نتایج به‌دست‌آمده به‌صورت ضمنی با پژوهش حسین زاده و همکاران (۱۳۹۹)، عابدی نقندر و همکاران (۱۴۰۱) و یاری و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود.

در تبیین یافته به‌دست‌آمده می‌توان گفت در درمان شناختی- رفتاری گروهی از روش‌های عاطفی نیز استفاده می‌شود. برخی از تکنیک‌های عاطفی عبارت از پذیرش بی‌قیدوشرط، تصور کردن، استفاده از شوخی و خنده، تمرین‌های مبارزه با شرم و غیره است. برای نمونه به مراجعان پذیرش بی‌قیدوشرط داده می‌شود و بدون توجه به رفتار آنها در بیرون و داخل جلسه‌ی درمان، درمانگر به اعضا می‌آموزد که چگونه به پذیرش خود بدون قید و شرط برسند. اعضای گروه معمولاً دچار این ترس هستند که آنچه انجام داده‌اند و یا آنچه هستند فاش شده و به همین دلیل پس رانده شوند. رهبر گروه می‌تواند به اعضاء بیاموزد که با وجودی اینکه رفتار آنها ممکن است نادرست و یا غیراخلاقی باشد، اما آنها هیچ‌وقت افراد بی‌خود و بی‌ارزشی نیستند. این پذیرش بی‌قیدوشرط فضای گروهی ایجاد می‌کند که به اعضا اجازه می‌دهد که احساس کنند مورد پذیرش واقع شده‌اند حتی اگر باورها و افکار آنها به چالش طلبیده شده‌اند (هازلت-استیونس[1]، ۲۰۱۹). به نظر می‌رسد آموزش درمان شناختی رفتاری به بیماران باعث شد تا آن‌ها به میزان بیشتری به ارزیابی مجدد پدیده اختلال پرداخته و از طریق آموزش مهارت‌های حل مسئله به مشگل‌گشایی

1. Hazlett-Stevens

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

برنامه‌ریزی‌شده بپردازند. علاوه بر این باعث شد تا افراد بیمار متوجه باورهای معیوب خود شده، مسئولیت مشکلات خود را بر عهده گیرند و با تعدیل یا تصحیح آن‌ها و ارزیابی مجدد مثبت مشکلات خود به مهارگری اختلال قلبی و همچنین ارتقای وضعیت مقابله‌ای خود کمک کنند.

در واقع بازسازی شناختی که یکی از تکنیک‌های اصلی شناختی رفتاری است به همراه آموزش مهارت‌های حل مسئله، توانست به افزایش رویارویی فعال، ارزیابی مجدد مثبت، مخالفت‌ورزی با افکار خودکار ناکارآمد، و درنتیجه مشگل‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده منجر گردد. از این طریق هم به کاهش اضطراب و هم به افزایش تحمل پریشانی و خودپنداره بدنی منتهی شود. همچنین آموزش فنون تن‌آرامی به افزایش مهارگری و خویشتن‌داری این بیماران کمک کرد و آموزش تصویرسازی مثبت به همراه تنش‌زدایی که از مؤلفه‌های اصلی درمانگری شناختی رفتاری است به همراه تحلیل منطقی افکار به کاهش اجتناب و دوری‌گزینی از اختلال قلبی کمک کرد (سلیمانی کهره و همکاران، ۱۳۹۹). 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 فشارآور و آشفته‌کننده درک کرده، بنابراین در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی می‌توانند عکس‌العمل مناسبی نشان دهند و کمتر دچار خودپنداره بدنی شوند. همچنین می‌توان گفت که روش شناختی 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. مداخله 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 (امامی و همکاران، ۱۳۹۶).

همچنین یافته‌ها نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی موثر است، نتایج پژوهش حاضر با بخش‌هایی از پژوهش‌های ضرابی و همکاران (۱۴۰۰)، برات‌پور و دشت‌بزرگی (۱۳۹۹)، سلیمانی کهره و همکاران (۱۳۹۹)، کولیوند و همکاران (۱۳۹۴) تأیید همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار فرایندهای هیجانی سازمان‌دهنده‌ترین عنصر برای تمیز روابط کارآمد از ناکارآمدند. بی‌تردید شناخت، رفتار و هیجان همواره به شیوه‌های پیچیده با یکدیگر در تعامل هستند ولی در این میان هیجانات جرقه آغازین هستند؛ جرقه‌ای که رفتارهای پس‌آیند را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. در درمان هیجان محور، هیجان تعیین‌کننده‌ترین عامل در شکل‌دهی به درام‌های آشفته‌ساز ارتباطی قلمداد می‌شود. اما آنچه مایه خرسندی است آن است که همین عامل از مزیت پادزهر شدن نیز برخوردار است و پتانسیل بهبود این آشفتگی‌ها را نیز در خود دارد. این هیجان است که رفتارهای دلبسته‌گونه را سامان می‌دهد. در حقیقت در درمان هیجان‌مدار، هیجانات و نقش آنها را بازشناسی و سپس توسعه می‌دهند. در این رویکرد تجربه و سپس ابراز هیجانات مثبت و منفی، آماج درمان و مهم‌ترین تسهیل‌کننده تغییر شناخته می‌شوند، امری که در سایر مدل‌های غیرتجربی به دیده اغماض نگریسته شده است (سرایی و همکاران، ۱۴۰۱).

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

در آخر نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری نسبت به درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری بر تحمل پریشانی داشته است. پژوهشی مبنی بر بررسی همسویی و عدم همسویی این نتایج، یافت نگردید. در تبیین اثربخش‌تر بودن درمان شناختی رفتاری نسبت به درمان هیجان‌مدار می‌توان گفت که به‌عبارتی‌دیگر درمان شناختی رفتاری به زنان مبتلا به عروق کرونر قلبی یاد داد که از تفکرات اغراق‌آمیز و فاجعه‌بار پرهیز کنند و آن را با تفکراتی مثبتی جایگزین کنند، مبارزه و به چالش کشیدن باورهای تحریف‌شده باعث می‌شود که آنها روحیه سرسختی را در خود پرورش دهند و برای بهبودی خود و به چالش کشیدن بیماری مصمم‌تر شوند و درنتیجه توانایی تحمل آنان در برابر حوادث و حالات روان‌شناختی منفی بیشتر می‌شود (تقی پور و همکاران، ۱۳۹۸). در تبیینی دیگر می‌توان گفت که در جلسات درمانی شناختی رفتاری از فنون شناختی رفتاری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

مانند توقف فکر، مهارت‌های مقابله بین فردی، مهارت حل مسئله و خودگویی‌های مثبت استفاده می‌شود. بعد از چندین جلسه درمانی از یک طرف افکار خودآیند منفی درمان‌جو به افکار هدفمندی که با واقعیت عینی سازگاری بیشتری دارد، تبدیل می‌شود و پردازش شناختی آنها منطقی‌تر می‌گردد و قطعیت فرآیندهای شناختی معیوب کمرنگ‌تر می‌گردد و سامانه واقعیت‌سنجی فرد جان و انرژی تازه‌ای می‌گیرد و از طرف دیگر درمان‌جو مسلح به کسب مهارت‌های مقابله‌ای مانند مهارت‌های حل مسئله، مدیریت رفتار، جرئت‌آموزی، ابراز وجود و مهارت‌های بین‌فردی می‌گردد (اویاتار[1] و همکاران، ۲۰۱۸). در چنین فضایی درمان‌جویان به شایستگی شناختی و کفایت رفتاری دست می‌یابند و متناسب با شرایط محیطی رفتارهای منطقی از خود نشان می‌دهند. به‌عبارت‌دیگر، تحمل پریشانی آنها در مقابل مشکلات افزایش می‌یابد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: کوتاه بودن دوره پیگیری و استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی، عدم توانایی گواه بر متغیرهای مداخله‌گری ازجمله متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، جنس، وضعیت اقتصادی، سطح رفاه اجتماعی و ... . پیشنهاد می‌شود در بیمارستان‌ها جلسات گروهی درمان شناختی رفتاری برای بیماران عروق کرونر قلبی برگزار شود و این برنامه و تکنیک‌های مرتبط با آن برای کمک به وضعیت روانی بیماران، به پرستارها و کادر درمان در قالب کارگاه‌های دانش‌افزایی، آموزش داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با دیگر رویکردهای درمانی ازجمله درمان‌های موج سوم مثل تعهد و پذیرش و پرداخته شود. درنهایت پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده جهت تعمیم‌پذیری نتایج به انجام پژوهش در بیماران عروق کرونر سایر شهرها و دیگر بیماران مزمن پرداخته شود.

منابع

امامی، م.، عسکری زاده، ق.، و فضیلت پور، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۳(۴)، ۱۴-۱. https://ppls.ui.ac.ir/article_22634.html?lang=fa

برات‌پور، ش.، و دشت‌بزرگی ز. (۱۳۹۹). تاثیر بهزیستی‌درمانی بر امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به بیماری کووید-۱۹. *نشریه پرستاری قلب و عروق*، ۹(۱)، ۹۹-۹۰. http://journal.icns.org.ir/article-1-645-fa.html

تقی پور، ر.، سیاه پوش، س.، کاظمی دلیوند، ف.، صادقی، پ.، و فرجاد طهرانی، ت. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روایت‌درمانی بر بهبود آشفتگی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان. مجله دانشکده پزشکی، ۶۲(۴)، ۱۱-۱. https://doi.org/10.22038/mjms.2019.17677

سرایی، م.، سلیمی بجستانی، ح.، و شفیع‌آبادی، ع. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان عاطفه هراسی و درمان هیجان‌مدار بر بازداری هیجانی زنان با رضایت زناشویی پایین. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۶(۱)، ۷۲۴-۷۳۵. http://islamiclifej.com/article-1-1831-fa.html

سلیمانی کهره، ز.، حسینی، س.، و افشاری نیا، ک. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری، موسیقی درمانی و تن آرامی رفتاری در افزایش تاب‌آوری بیماران عروق کرونری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۱۰(۱)، ۲۱۳۵-۲۱۲۱. https://journal.fums.ac.ir/article-1-2019-en.html&sw=%DA%A9%D9%87%D8%B1%D9%87

شمس، ج.، عزیزی، ع.، و میرزایی، آ. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله حکیم*، ۱۳(۱)، ۱۸-۱۱. http://hakim.tums.ac.ir/article-1-608-fa.html

شهابی، ع.، احتشام زاده، پ.، عسگری، پ.، و مکوندی، ب. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده بر تاب‌آوری بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بخش بازتوانی قلب. *طب داخلی روز*، ۲۶(۳)، ۲۷۶-۲۹۷. http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-3335-fa.html

ضرابی، ش.، طباطبایی نژاد، ف.، و لطیفی، ز. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و خودشفابخشی بر تحمل پریشانی زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۲)، ۳۶۹-۳۸۰. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1055-fa.html

ظهراب نیا، ا.، ثنائی، ب.، کیامنش، ع.، و زهراکار، ک. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی-رفتاری بر تنظیمِ هیجان و بهزیستی روان‌شناختی زنانِ مطلقه. *فصلنامه خانواده و بهداشت*، ۱۱(۲)، ۶۰-۴۴. http://journal.astara.ir/article_245480.html

عابدی نقندر، م.، مرغزاری، م.، و طالقانی، ع. (۱۴۰۱). تأثیر درمان هیجان‌مدار بر انعطاف پذیری کنشی و اضطراب مرگ بیماران عروق کرونر قلب. *ایده‌های نوین روانشناسی*، ۱۲(۱۶)، ۱۵-۱. http://jnip.ir/article-1-703-fa.html

کولیوند، پ.، نظری مهین، آ.، و جعفری، ر. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی -رفتاری بر کاهش پریشانی در بیماران با درد مزمن. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۳(S۱)، ۶۳-۶۹. http://shefayekhatam.ir/article-1-956-fa.html

لطفی، م.، محمدی، ج.، سهرابی، م.، و باقرزاده، ف. (۱۳۹۲). مقایسهٔ خودپندارهٔ بدنی دختران نابینای ورزشکار و غیرورزشکار. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۴)، ۴۴-۵۲. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533893.html?lang=fa

وکیلی، م.، احمدیان، ح.، و هادی زاده، ن. (۱۴۰۰). تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر میزان اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب. *مجله سلامت جامعه*، ۱۵(۱)، ۴۹-۴۰. http://chj.rums.ac.ir/article_131227.html

1. Evyatar

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]

یاری، م.، شفیع‌آبادی، ع.، و حسنی، ج. (۱۳۹۹). مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاریِ هیجان‌مدار با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصویر بدنی و آمیختگی شناختی در نوجوانان دختر متقاضی جراحی زیبایی. *پوست و زیبایی*، ۱۱(۲)، ۱۰۷-۱۱۸. https://jdc.tums.ac.ir/article-1-5459-fa.html

Amini, M., Zayeri, F. & Salehi, M. (2021). Trend analysis of cardiovascular disease mortality, incidence, and mortality-to-incidence ratio: results from global burden of disease study 2017. *BMC Public Health*, *21*, (1), 401. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10429-0

Anestis, M. D., Pennings, S. M., Lavender, J. M., Tull, M. T., & Gratz, K.L. (2013). Low distress tolerance as an indirect risk factor for suicidal behavior: Considering the explanatory role of non-suicidal self-injury. *Comprehensive psychiatry*, *54*(7), 996-1002. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.04.005

Amouzeshi, Z., Safajou, F., Kazemi, T., & Kianfar, S. (2019). The relationship between cognitive perception of self-concept and coping styles in heart failure patients. *Nursing open*, *7*(2), 530–535. https://doi.org/10.1002/nop2.417

Asvadi, M., Bakhshipoor, A., & Razavitabadegan B. (2021). Comparison the effectiveness of emotional focused couple therapy and cognitive-behavioral couple therapy on marital intimacy of women affected by infidelity. *Journal of Family and Health*, *11*(2), 11-27. http://jhr.ssu.ac.ir/article-1-855-en.html

Chand, S. P., Kuckel, D. P., & Huecker, M. R. (2023). *Cognitive Behavior Therapy*. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Conway, C. C., Naragon-Gainey, K., & Harris, M. T. (2021). The Structure of Distress Tolerance and Neighboring Emotion Regulation Abilities. *Assessment*, *28*(4), 1050–1064. https://doi.org/10.1177/1073191120954914

Carpenter, J. K., Sanford, J., & Hofmann, S. G. (2019). The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behavior therapy*, *50*(3), 630-634. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.003

Evyatar, A., Stern, M., Schem-Tov, M., & Groswasser, Z. (2018*). Hypothesis forming and computerized cognitive therapy*. Chapter in Cognitive Rehabilitation in Perspective. New York: Routledge.

Gallego, A., McHugh, L., Villatte, M., & Lappalainen, R. (2020). Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *16*, 128-33. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.003

Hazlett-Stevens, H. (2019). *Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment*. Springer Science & Business Media.

Holdgaard, A., Eklo Kjesbu, I., Eckhardt-Hansen, C., Funch Lassen, C., Prescott, E., & Kruuse Rasmusen, H. (2022). Reduced psychological distress three months after intensive group-based cognitive therapy in cardiac patients. *European Journal of Preventive Cardiology*, *29*(1), zwac056.219. https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac056.219

Kazantzis, N. Introduction to the Special Issue on Homework in Cognitive Behavioral Therapy: New Clinical Psychological Science. Cogn Ther Res 45, 205–208 (2021). https://doi.org/10.1007/s10608-021-10213-9

Luberto, C. M., Crute, S., Wang, A., Yeh, G. Y., Celano, C. M., Huffman, J. C., & Park, E. R. (2021). Lower distress tolerance is associated with greater anxiety and depression symptoms among patients after acute coronary syndrome. *General hospital psychiatry*, 70, 143. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.01.011

Marsh, H. W., Richards, G. E., Johnson, S., Roche, L., & Tremayne, P. (1994). Physical self – description questionnaire: psychometric properties and a multi trait - multi method analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *16*, 270-305. https://doi.org/10.1123/jsep.16.3.270

McFarlane, F. A., Allcott-Watson, H., Hadji-Michael, M., McAllister, E., Stark, D., Reilly, C., Bennett, S. D., McWillliams, A., & Heyman, I. (2019). Cognitive-behavioural treatment of functional neurological symptoms (conversion disorder) in children and adolescents: a case series. *European Journal of Paediatric Neurology*, *23*(2), 317-328. https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2018.12.002

McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, *20*(1), 1–9. https://doi.org/10.1037/emo0000703

Peters, L., Romano, M., Byrow, Y., Gregory, B., McLellan, L. F., Brockveld, K., Baillie, A,. Gaston, J., & Rapee, R. M. (2019). Motivational interviewing prior to cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: A randomised controlled trial. *Journal of affective disorders*, *256*, 70-78. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.042

Pimple, P., Lima, B. B., Hammadah, M., Wilmot, K., Ramadan, R., Levantsevych, O., Sullivan, S., Kim, J. H., Kaseer, B, Shah, A. J., Ward, L., Raggi, P., Bremner, J. D., Hanfelt, J., Lewis, T., Quyyumi, A. A., & Vaccarino, V. (2019). Psychological distress and subsequent cardiovascular events in individuals with coronary artery disease. *Journal of the American Heart* Association, *8*(9), e011866. https://doi.org/10.1161/JAHA.118.011866

Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, *3*, 52-7. https://doi.org/10.1016/j. copsyc.2015.02.006

Shoraka, H., Amirkafi, A., & Garrusi, B. (2019). Review of Body Image and some of Contributing Factors in Iranian Population. *Int J Prev Med*, *10*: 19. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_293_18

Shortis, E., Warrington, D., & Whittaker, P. (2020). The efficacy of cognitive behavioral therapy for the treatment of antenatal depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, *272*, 485-95. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.067

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, *29*(2), 83-102. https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3

Tully, P. J., Turnbull, D. A., Horowitz, J. D., Beltrame, J. F., Baune, B. T., Sauer-Zavala, S., Baumeister, H., Bean, C. G., Pinto, R. B., Cosh, S., & Wittert, G. A. (2022). Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Depression and Anxiety Disorders in Cardiovascular Disease Patients: Results From the CHAMPS Pilot-Feasibility Trial. *Front Psychiatry*,*13*: 741039. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.741039

Veilleux, J. C. (2019). The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical psychology review*, *71*, 78-89. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.003

Zaorska, J., Rydzewska, M., Kopera, M., Wiśniewski, P., Trucco, E. M., Kobyliński, P., & Jakubczyk, A. (2023). Distress tolerance and emotional regulation in individuals with alcohol use disorder. *Frontiers in psychiatry*, *14*, 1175664. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1175664

Zi, J., Yi, O. F., Dong, C., Zhao, Y., Li, D., & Tan, Q. (2020). Anxiety administrated by Dexmedetomidine to prevent new-onset of postoperative atrial fibrillation in patients undergoing off-pump coronary artery bypass graft. *International heart journal*, *61*(2), 263-72. https://doi.org/10.1536/ihj.19-132

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-19]