رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره۱۰، شماره پیاپی ۱۰۳، دی ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(10), 2025

اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرا بر تحمل پریشانی و کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی

The effectiveness of positive psychotherapy on distress tolerance and quality of life in cardiovascular patients

زینب پیام
دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.
دکتر حسین بیگدلی (نویسنده مسئول)
استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تهران شرق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
دکتر جواد خلعتبری
دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

چکیده

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر تحمل پریشانی و کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران قلبی-عروقی بودند که به بیمارستان قلب شهر بندر ماهشهر در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند؛ ۳۲ بیمار به روش هدفمند پس از کسب معیارهای ورود به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تحمل پریشانی (DTS-15؛ سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL؛ گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸) استفاده شد. برنامه درمانی شامل ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود که به صورت فردی هر هفته یک جلسه در طول سه ماه برای اعضای گروه مداخله برگزار شد. به منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه-گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه‌ها بین پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تحمل پریشانی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود داشت (p<۰/۰۵) و روان‌درمانی مثبت‌گرا دارای ماندگاری اثر در دوره پیگیری بود (p<۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمانی مثبت‌گرا یک درمان موثر بر بهبود تحمل پریشانی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی- عروقی بوده است.

واژه‌های کلیدی: *تحمل پریشانی، کیفیت زندگی، روان‌درمانی مثبت‌گرا، بیماران قلبی- عروقی.*

Zeinab Payam
PhD student in Health Psychology, Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
Dr. Hossein Bigdeli *
Assistant Professor, Department of Psychology, Tehran East Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
hobigdeli@yahoo.com
Dr. Javad Khalatbari
Associate professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Abstract

This study was conducted to determine the effectiveness of positive psychotherapy on distress tolerance and quality of life of cardiovascular patients. 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 the study included all cardiovascular patients who had been referred to the Bandar-e Mahshahr Heart Hospital in the second half of 2024; 32 patients were randomly assigned to two experimental groups (n=16) and control groups (n=16) after meeting the inclusion criteria. The Distress Tolerance Scale (DTS-15; Simons & Gaher, 2005) and the World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL; Whoqol Group, 1998) were used to collect data. The treatment program consisted of twelve 60-minute sessions, which were held individually, one session per week, for three months for the intervention group members. Repeated-measures analysis of variance was used to analyze the data. The results showed that there was a significant difference between the groups between pre-test, post-test, and follow-up in distress tolerance and quality of life ($p<0.05$) and positive psychotherapy had a lasting effect during the follow-up period ($p<0.05$). Overall, it can be concluded that positive psychotherapy was an effective treatment for improving distress tolerance and quality of life in cardiovascular patients.

Keywords: *Distress Tolerance, Quality of Life, Positive Psychotherapy, Cardiovascular Patients.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** دی ۱۴۰۳ | **پذیرش:** دی ۱۴۰۳ | **ویرایش نهایی:** دی ۱۴۰۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی (CVD)[1] علت اصلی مرگ در جهان به شمار می‌رود به طوری که ۸۲ درصد از موارد مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه بیماری‌های قلبی-عروقی است؛ در ایران نیز، اولین علت مرگ به شمار می‌آید و ۳۵ درصد از مرگ‌ها به علت وجود این نوع بیماری است (رضائی‌نژاد و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش در زمینه بهداشت روان و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران قلبی از اهمیت بالایی برخوردار است؛ پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بیماری‌های قلبی عروقی می‌تواند منجر به مشکلات سلامت روان مانند اضطراب و افسردگی شود، در حالی که این شرایط سلامت روان می‌تواند بیماری قلبی را تشدید کند و خطر پیامدهای نامطلوب را افزایش دهد (آریافرد و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین بیماران قلبی-عروقی اغلب با کاهش کیفیت زندگی خود به دلیل بار روانی شرایط خود مواجه می‌شوند. مسائل مربوط به سلامت روان می‌تواند منجر به کناره‌گیری اجتماعی، کاهش فعالیت بدنی و پیروی ضعیف از درمان شود و بهبودی را پیچیده‌تر کند (گولاتی[2] و همکاران، ۲۰۲۳). بر این اساس توجه به مسائل روانشناختی و ارائه مداخلات روانشناختی برای این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است.

بیماران قلبی اغلب سطوح بالایی از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند، به ویژه پس از حوادثی مانند سندرم حاد کرونری؛ تحقیقات نشان می‌دهد که تحمل پریشانی پایین به‌طور قابل توجهی با علائم اضطراب و افسردگی بیشتر در این بیماران مرتبط است؛ همچنین بیمارانی که تحمل پریشانی پایینی دارند ممکن است برای درگیر شدن در رفتارهای سلامتی مثبت، مانند رعایت رژیم‌های دارویی، شرکت در قرار ملاقات‌های بعدی با متخصصان و ایجاد تغییرات لازم در سبک زندگی (مانند رژیم غذایی و ورزش) کمتر تلاش کنند؛ این مسئله می‌تواند منجر به پیامدهای سلامت ضعیف‌تر و افزایش خطر عود بیماری شود (لوبرتو[3] و همکاران، ۲۰۲۱). تحمل پریشانی به توانایی فرد برای تحمل و مدیریت پریشانی عاطفی و احساسات منفی بدون توسل به مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسالم اشاره دارد. این یک ساختار روانشناختی مهم است که بر نحوه واکنش افراد به عوامل استرس‌زا و تجربیات هیجانی نامطلوب تأثیر می‌گذارد. کسانی که تحمل پریشانی پایینی دارند ممکن است تحمل احساسات منفی را چالش برانگیز بدانند که منجر به افزایش اضطراب، افسردگی و رفتارهای ناسازگار می شود (یاوو[4] و همکاران، ۲۰۲۴). بهبود تحمل پریشانی می‌تواند نقطه کانونی در درمان‌های روانشناختی برای بیماران قلبی باشد. مداخلاتی که تحمل پریشانی را افزایش می دهند

بیماران قلبی اغلب به دلیل علائمی مانند خستگی، تنگی نفس و درد قفسه سینه با محدودیت‌های فیزیکی مواجه هستند. این علائم می‌تواند به طور قابل توجهی مانع از توانایی آن‌ها در شرکت در فعالیت‌های روزمره شود و بر استقلال و تعاملات اجتماعی آن‌ها تأثیر بگذارد؛ همچنین بسیاری از بیماران قلبی پریشانی روانشناختی از جمله اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند که می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را بیشتر کاهش دهد (الکوباتی[5] و همکاران، ۲۰۲۴). تحقیقات نشان می‌دهد که کیفیت پایین زندگی با نرخ بالاتر بستری شدن در بیمارستان و مرگ و میر در بیماران قلبی مرتبط است. بنابراین، ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی می‌تواند به نتایج سلامتی بهتر و هزینه‌های بالقوه کمتر مراقبت‌های بهداشتی منجر شود (ترونگ[6] و همکاران، ۲۰۲۳). بهبود کیفیت زندگی می‌تواند بیماران قلبی را برای پایبندی به برنامه‌های درمانی، مشارکت در انتخاب سبک زندگی سالم‌تر و شرکت در برنامه‌های توانبخشی تشویق کند. این رویکرد پیشگیرانه می‌تواند منجر به مدیریت بهتر وضعیت آن‌ها و بهبود نتایج بلندمدت شود (تان[7] و همکاران، ۲۰۲۴).

جهت بهبود وضعیت روانشناختی و کیفیت زندگی این بیماران برنامه‌های درمانی متنوعی وجود دارد؛ بررسی‌های فراتحلیل دلالت بر این دارند که مداخلات روانشناختی گوناگون تاثرات متفاوتی بر کیفیت زندگی و سلامت روانشناختی بیماران قلبی دارند (اسموالدرن[8] و همکاران، ۲۰۲۴)؛ بیماران قلبی اغلب سطوح بالایی از اضطراب و افسردگی را به ویژه پس از حوادث قلبی تجربه می‌کنند. روان درمانی مثبت‌گرا یکی از رویکردهایی است که به کاهش این احساسات منفی با پرورش دیدگاه خوش‌بینانه‌تر و تشویق تجربیات هیجانی مثبت کمک می‌کند (نیک‌راهان و همکاران، ۲۰۱۶). این رویکرد درمانی بیماران را با ابزارهایی برای مدیریت بهتر استرس و پریشانی عاطفی

1 Cardiovascular diseases (CVD)
2 Gulati
3 Luberto
4 Yao
5 Alkubati
6 Truong
7 Tan
8 Smolderen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مجهز می‌کند. با تمرکز بر نقاط قوت و تجربیات مثبت، بیماران می‌توانند مکانیسم‌های مقابله‌ای سالم‌تری را ایجاد کنند که برای عبور از چالش‌های مرتبط با بیماری قلبی بسیار مهم است (هافمن[1] و همکاران، ۲۰۱۱). روان درمانی مثبت یک رویکرد درمانی است که به جای پرداختن به علائم یا اختلالات روانشناختی، بر تقویت عواطف مثبت، نقاط قوت و بهزیستی کلی تمرکز دارد. این روش اصول روانشناسی مثبت را ادغام می‌کند که بر پرورش حالات روانشناختی مثبت مانند خوش بینی، قدردانی و انعطاف‌پذیری تأکید دارد (سربر[2] و همکاران، ۲۰۲۱). مشارکت در روان درمانی مثبت می‌تواند کیفیت زندگی بیماران قلبی را به میزان قابل توجهی افزایش دهد. با ترویج ذهنیت مثبت و تشویق قدردانی و مهربانی، بیماران اغلب سطوح بالاتری از رضایت از زندگی و بهزیستی عاطفی را گزارش می‌کنند (تونیس[3] و همکاران، ۲۰۲۳؛ بوهن[4]، ۲۰۲۱؛ هافمن و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین روان درمانی مثبت‌گرا، تحمل پریشانی و تاب‌آوری را تقویت می‌کند و به بیماران کمک می‌کند تا از مشکلات عقب نشینی کنند و دیدگاه امیدوارکننده‌ای در مورد سلامت و آینده خود حفظ کنند. این انعطاف‌پذیری برای بهبود طولانی مدت و مدیریت بیماری قلبی بسیار مهم است (رادمهر و همکاران، ۲۰۲۴؛ تونیس و همکاران، ۲۰۲۳؛ بوهن، ۲۰۲۱).

بیماران قلبی عروقی نه تنها شرایط جسمانی سختی دارند، بلکه پیامدهای روانی قابل توجهی نیز دارند. بیماران اغلب سطوح بالایی از اضطراب، افسردگی و پریشانی هیجانی را تجربه می‌کنند که می‌تواند بر بهبودی و سلامت کلی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد. تحقیق در مورد روان درمانی مثبت‌گرا می تواند به شناسایی مداخلات موثری که به طور خاص این عوامل روانی را هدف قرار می‌دهند، کمک کند، که به طور بالقوه منجر به بهبود بهزیستی روانشناختی و استراتژی‌های مقابله ای برای بیماران می‌شود (رادمهر و همکاران، ۲۰۲۴). تحمل پریشانی پایین با پیامدهای ضعیف‌تر سلامت روان در بیماران قلبی، از جمله افزایش اضطراب و افسردگی مرتبط است؛ با ارزیابی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا در افزایش تحمل پریشانی، محققان می‌توانند بینش‌های ارزشمندی در مورد چگونگی کمک به بیماران برای مدیریت بهتر پاسخ‌های هیجانی، که برای بهبودی و کیفیت زندگی آنها ضروری است، ارائه دهند (هافمن و همکاران، ۲۰۱۱). به طور خلاصه، انجام تحقیقات در مورد اثربخشی روان درمانی مثبت برای بیماران قلبی عروقی برای افزایش بهزیستی روانشناختی، بهبود تحمل پریشانی و در نهایت افزایش کیفیت زندگی این افراد ضروری است. چنین تحقیقاتی می‌تواند به اقدامات بالینی بهتر منجر شود و به زمینه رو به رشد این بیماران کمک کند. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرا بر تحمل پریشانی و کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران قلبی- عروقی بودند که به بیمارستان قلب شهر بندر ماهشهر (بیمارستان حاجیه نرگس معروفی) در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند؛ ۳۲ بیمار به روش هدفمند پس از کسب معیارهای ورود به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند و افراد گروه مداخله به صورت فردی تحت درمان قرار گرفتند. رضایت و علاقه جهت شرکت در پژوهش، تشخیص بیماری قلب و عروق توسط متخصصین، داشتن سن ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل به بالا، عدم مصرف سیگار و داروهای مسکن، آرامبخش و خواب‌آور به‌عنوان معیارهای ورود در نظر گرفته شد. شرکت در روان درمانی دیگر به صورت همزمان، عدم شرکت در حداقل دو جلسه درمانی و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در پس آزمون و پیگیری به‌عنوان معیار خروج درنظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی همچون رضایت آگاهانه، عدم آسیب فیزیکی و روانی، رازداری و حفظ کرامت انسانی مشارکت‌کنندگان مورد توجه پژوهشگران بود. همچنین پیشنهاده این پژوهش با شناسه IR.IAU.SRB.REC.1402.087 در کمیته ملی اخلاق شعبه دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات به ثبت رسیده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله تحت درمان 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.

1 Huffman
2 Serber
3 Tönis
4 Boehm

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

ابزار سنجش

مقیاس تحمل پریشانی[1] (DTS-15) : مقیاس تحمل پریشانی یک ابزار خود گزارشی ۱۵ سؤالی است که به وسیلهٔ سیمونز و گاهر[2] (۲۰۰۵) ساخته شده است؛ که چهار مؤلفه تحمل (سؤالات: ۱، ۳ و ۵)، جذب (سؤالات: ۲، ۴ و ۱۵)، ارزیابی (سؤالات: ۶، ۷، ۹-۱۲) و تنظیم (سؤالات: ۸، ۱۳، ۱۴) را بر روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۱= کاملاً موافق تا ۵= کاملاً مخالف) می‌سنجد. لذا دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است و نمرات بالاتر در این مقیاس تحمل بالای پریشانی را نشان می‌دهد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم را به ترتیب ۰/۷۳، ۶۶/، ۰/۷۴ و ۰/۸۷ به دست آورند. همچنین گزارش نمودند که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است و ضریب روایی آن ۰/۶۱ است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). شمس و همکاران (۱۳۸۹) همبستگی مقیاس تحمل پریشانی با شیوه‌های مقابله‌ای مسئله‌محور، هیجان محور، کمتر مؤثر و غیر مؤثر به ترتیب ۰/۲۱، ۰/۲۸، ۰/۳۴ و ۰/۲۰- گزارش کردند که نشان دهنده روایی ملاکی مطلوب است؛ همچنین بین مقیاس تحمل پریشانی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۵۴، ۰/۲۳ و ۰/۶۵- به دست آمده است. پایایی این پرسش‌نامه به شیوهٔ بازآزمایی ۰/۷۹ و با ضریب آلفای کرونباخ با کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۶۹ تا ۰/۷۷ گزارش شده است (پرهام و همکاران، ۱۴۰۲). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد.

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[3] (WHOQOL): این مقیاس فرم کوتاه شده و مختصر مقیاس کیفیت زندگی ۱۰۰سوالی، سازمان بهداشت جهانی است که کیفیت زندگی را در چهار حیطه مرتبط با سلامت یعنی سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط زندگی مورد بررسی قرار می‌دهد (گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[4]، ۱۹۹۸). این پرسشنامه حاوی ۲۶ سؤال است که سؤال اول آن کیفیت زندگی را به طور کلی و سؤال دوم وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار می‌دهد. ۲۶ سؤال بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در چهار حیطه ذکر شده می‌پردازد و پاسخگو باید به سؤالات در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ایاز کاملا مخالفم (نمره ۱) الی کاملا موافقم (نمره ۵) به آن پاسخ دهد (افسرسنگری و کابینی مقدم، ۱۴۰۳). زیر مقیاس‌ها وعبارت‌های مربوطه عبارت‌اند از: ۱- سلامت جسمانی: شامل فعالیت‌های روزمره زندگی، وابستگی به مواد دارویی و کمک‌های پزشکی، انرژی و خستگی، تحرک، درد و ناراحتی، خواب و استراحت و ظرفیت کار است و پرسش‌های (۳، ۴، ۱۰، ۱۵-۱۸) را شامل می‌شود و بیشترین و کمترین نمره ۱۸ برای این خرده مقیاس با ۷ و ۳۵ است. ۲- سلامت روانی: شامل تصور بدنی و ظاهر، احساسات منفی، عزت نفس، باورهای شخصی، مذهب، تفکر، یادگیری است که پرسش‌های (۵-۷، ۱۱، ۱۹، ۲۶) را شامل می‌شود و بیشترین و کمترین نمره ممکن است برای این خرده مقیاس ۶ و ۳۰ باشد. ۳-روابط اجتماعی: شامل روابط شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی است که پرسش‌های (۲۲-۲۰) را شامل می‌شود و بیشترین و کمترین نمره ممکن برای این خرده مقیاس ۳ و ۱۵ است. ۴- سلامت محیطی: شامل منابع مالی، آزادی، امنیت فیزیکی و بهداشتی، مراقبت‌های اجتماعی، فرصت‌هایی برای دستیابی به اطلاعات و اوقات فراغت است که شامل پرسش‌های (۸-۹، ۱۲-۱۴، ۲۵-۲۳) می‌شود و بیشترین و کمترین نمره ممکن برای این خرده مقیاس ۸ و ۴۰ است؛ دامنه نمرات در کل پرسشنامه بین ۲۶ الی ۱۵۶ است و نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است (افسرسنگری و کابینی مقدم، ۱۴۰۳). روایی این پرسشنامه به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی شد و نتایج نشان داد که همه سوالات بار عاملی بیشار از ۰/۴۰ دارند و پایای به روش همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ است (گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[5]، ۱۹۹۸). در نمونه ایرانی روایی محتوایی ۰/۷۸ و پایایی به روش همسانی درونی ۰/۷۷ آلفای کرونباخ گزارش شده است (افسرسنگری و کابینی مقدم، ۱۴۰۳). در مطالعه حاضر پایایی به روش همسانی درونی ۰/۷۲ آلفای کرونباخ محاسبه شد.

برنامه درمانی: ساختار جلسات روان‌درمانی مثبت‌گرا بر اساس مفاهیم و طرح درمانی سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) و رشید و سلیگمن[6] (۲۰۱۹) طراحی گردیده است؛ این برنامه در ایران توسط میبدی و همکاران (۲۰۲۱) اجرا شده است. شرح مختصر محتوای جلسات

1. The Distress Tolerance Scale (DTS-15)
5. Simons & Gaher
3. World Health Organization Quality of life Scale (WHOQOL-BREF)
4 Whoqol Group
5 Whoqol Group
6 Rashid & Seligman

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

روان‌درمانی مثبت‌گرا نیز در جدول ۱ ارائه شده است. برنامه درمانی شامل ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود که به صورت گروهی هر هفته یک جلسه در طول سه ماه برگزار شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات روان‌درمانی مثبت‌گرا

جلسات	هدف
جلسه یکم	در جلسه اول معرفی و ثبت روزانه موارد مثبت انجام شد.
جلسه دوم	توانمندی‌های شخصیتی و توانمندی‌های خاص مورد بررسی و ثبت قرار گرفت.
جلسه سوم	در این جلسه دانش عملی و نوع بهتری از خودم مورد توجه بود.
جلسه چهارم	خاطرات حل شده و حل نشده در این جلسه بررسی شد.
جلسه پنجم	در این جلسه بر مفهوم بخشش در روابط بین فردی و خود تمرکز شد.
جلسه ششم	حداکثر خواهی در برابر رضایت جوئی مورد توجه قرار گرفت.
جلسه هفتم	قدر شناسی موضوع اصلی این جلسه بود.
جلسه هشتم	امیدواری، خوش بینی، آهستگی و مزه مزه کردن در این جلسه مورد توجه بود.
جلسه نهم	روابط مثبت و ارتباط مثبت در این جلسه مورد توجه بود.
جلسه دهم	نوعدوستی موضوع اصلی این جلسه بود.
جلسه یازدهم	معناداری و هدفمندی اصلی این جلسه بود.
جلسه دوازدهم	خدمات مثبت و نگهداری اصلی این جلسه بود.

یافته ها

در این پژوهش ۳۲ نفر در دو گروه ۱۶ نفری مشارکت داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله (۹/۱۸±۵۲/۲۱) و گواه (۱۰/۰۱±۵۴/۳۳) بر حسب سال همگون بود. از نظر جنسیت در گروه گواه ۱۰ نفر (۶۲/۵ درصد) زن و ۶ نفر (۳۷/۵ درصد) مرد بودند و در گروه مداخله ۱۱ نفر (۶۸/۷۵ درصد) زن و ۵ نفر (۳۱/۲۵ درصد) مرد بودند. از نظر وضعیت تاهل در گروه گواه ۷ نفر (۴۳/۷۵ درصد) مجرد و ۸ نفر (۵۶/۲۵ درصد) متاهل بودند؛ در گروه مداخله ۵ نفر (۳۱/۲۵ درصد) مجرد و ۱۱ نفر (۶۸/۷۵ درصد) متاهل بودند. از نظر تحصیلات در گروه گواه ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۳۱/۲۵ درصد) دارای تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۷ نفر (۴۳/۷۵ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. در گروه مداخله ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۹ نفر (۵۶/۲۵ درصد) دارای تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۴ نفر (۲۵ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. مدت ابتلا به بیماری در گروه مداخله (۷/۲۳±۳/۹۸) و گواه (۸/۴±۰۹/۷۷) بر حسب سال همگون بود. در ادامه در جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیرهای تحمل پریشانی و کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها با بهره‌گیری از آزمون شاپیروویلک ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحمل پریشانی و کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
تحمل پریشانی	پیش آزمون	مداخله	۳۳/۸۱	۹/۸۱	۰/۹۶	۰/۷۳
		گواه	۳۲/۲۵	۹/۷۵	۰/۹۳	۰/۲۸
	پس آزمون	مداخله	۴۴/۸۱	۱۰/۹۱	۰/۹۴	۰/۳۳
		گواه	۳۵/۵۰	۱۱/۲۵	۰/۹۴	۰/۴۰
	پیگیری	مداخله	۴۶/۲۵	۶/۲۷	۰/۹۶	۰/۶۲
		گواه	۳۲/۰۰	۱۰/۹۶	۰/۹۵	۰/۵۲
کیفیت زندگی	پیش آزمون	مداخله	۶۰/۳۷	۱۳/۱۷	۰/۹۴	۰/۳۷

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

	گواه	۶۳/۳۱	۱۲/۴۹	۰/۹۳	۰/۲۵
پس آزمون	مداخله	۹۶/۹۳	۱۵/۶۸	۰/۹۶	۰/۶۰
	گواه	۶۲/۶۳	۱۵/۷۳	۰/۹۶	۰/۶۴
پیگیری	مداخله	۹۷/۶۸	۱۶/۱۱	۰/۹۴	۰/۴۶
	گواه	۶۰/۱۲	۱۶/۸۱	۰/۹۵	۰/۴۴

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که گروه مداخله نسبت به گواه در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای تحمل پریشانی و کیفیت زندگی داشته است؛ در واقع روند تغییرات تحمل پریشانی و کیفیت زندگی افزایشی است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند (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 هر یک از متغیرها به تفکیک مراحل سنجش 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 گواه نشان داد که 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 مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغییری (میکس آنوا) برای متغیرهای تحمل پریشانی و کیفیت زندگی

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب ایتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۵۰	۱۰/۰۷	۴	۱۲۰	۰/۰۱	۰/۲۵	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۴۹	۱۲/۳۱	۴	۱۱۸	۰/۰۱	۰/۲۹	۱
	اثر هتلینگ	۱/۰۱	۱۴/۶۱	۴	۱۱۶	۰/۰۱	۰/۳۳	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۱/۰۱	۳۰/۲۰	۲	۶۰	۰/۰۱	۰/۵۰	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 متغیرهای وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۱۰/۰۷، ۰/۵۰=اثرپیلایی) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از متغیرها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای تحمل پریشانی و کیفیت زندگی در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تحمل پریشانی	زمان	۹۴۸/۹۳	۲	۴۷۸/۴۹	۵/۰۱	۰/۰۱	۰/۱۴	۱
	زمان*گروه	۶۵۴/۴۳	۲	۳۲۷/۲۱	۳/۴۵	۰/۰۱	۰/۱۲	۱
	خطا	۵۶۹۰/۶۲	۶۰	۹۴/۸۴				
کیفیت زندگی	بین گروهی	۱۶۸۳/۳۷	۱	۱۶۸۳/۳۷	۱۵/۴۶	۰/۰۱	۰/۳۴	۱
	زمان	۶۵۴۸/۵۸	۲	۳۲۷۲/۷۹	۲۲/۳۷	۰/۰۱	۰/۴۲	۱
	زمان*گروه	۸۱۰۲/۳۳	۲	۴۰۵۱/۱۶	۲۷/۶۹	۰/۰۱	۰/۴۸	۱
	خطا	۸۷۷۸/۰۸	۶۰	۱۴۶/۳۰				

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

بین گروهی	۱۲۶۷۳/۰۱	۱	۱۲۶۷۳/۰۱	۳۲/۴۸	۰/۰۱	۰/۵۲	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیرهای تحمل پریشانی (P=۰/۰۱، F=۱۵/۴۶، η=۰/۳۴) و کیفیت زندگی (P=۰/۰۱، F=۳۲/۴۸، η=۰/۵۲) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی متغیرهای تحمل پریشانی و کیفیت زندگی در مراحل سنجش

متغیرها	مراحل سنجش		گروه مداخله		گروه کنترل	
			اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۰۰	۰/۰۱	۳/۲۵	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۲/۴۴	۰/۰۱	۰/۲۵	۱/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۴۳	۱/۰۰	۳/۵۰	۱/۰۰
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳۶/۵۶	۰/۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳۷/۳۱	۰/۰۱	۳/۱۸	۱/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۷۵	۱/۰۰	۲/۵۰	۱/۰۰

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان می‌دهد که در گروه درمانی تغییرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P=۰/۰۱، MD=۱۱/۰۰) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۱، MD=۱۲/۴۴) متغیر تحمل پریشانی تفاوت وجود دارد؛ همچنین نتایج نشان داد بین پیش‌آزمون و پس آزمون (P=۰/۰۱، MD=۳۶/۵۶) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۰۱، MD=۳۷/۳۱) متغیر کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد. اما در مقابل نتایج نشان داد که بین پس آزمون و پیگیری متغیرهای تحمل پریشانی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود نداشت که نشان دهنده ثبات نتایج در طول زمان است، در مجموع می‌توان گفت که مداخله درمانی تا مرحله پیگیری تاثیرات ماندگاری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرا بر تحمل پریشانی و کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی انجام شد. یافته اول نشان داد که روان درمانی مثبت‌گرا باعث افزایش تحمل پریشانی در بیماران قلبی- عروقی شده است؛ این یافته با پژوهش‌های رادمهر و همکاران (۲۰۲۴)، تونیس و همکاران (۲۰۲۳) و بوهن (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که روان درمانی مثبت بر پرورش هیجانات مثبت تأکید دارد که می‌تواند احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی را متعادل کند. با پرورش تجربیات عاطفی مثبت، بیماران می‌توانند ذهنیت انعطاف‌پذیرتری ایجاد کنند و آن‌ها را قادر می‌سازد تا بهتر با موقعیت‌های ناراحت‌کننده مربوط به بیماری قلبی خود کنار بیایند (رادمهر و همکاران، ۲۰۲۴). این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا نقاط قوت شخصی خود را شناسایی کرده و از آن‌ها استفاده کنند. بیماران با تمرکز بر کارهایی که می‌توانند به خوبی انجام دهند و تشویق راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، برای مدیریت پریشانی عاطفی مجهزتر می‌شوند. این توانمندسازی می‌تواند منجر به افزایش اعتماد به نفس در مدیریت چالش‌های سلامتی آن‌ها شود و در نتیجه به بهبود زندگی آن‌ها کمک کند؛ همچنین روان درمانی مثبت‌گرا راهبردهای تنظیم هیجان موثر را ترویج می‌کند. بیماران یاد می‌گیرند که پاسخ های عاطفی خود را تشخیص داده و مدیریت کنند، که برای بهبود تحمل پریشانی بسیار مهم است. تنظیم بهتر هیجانی می‌تواند شدت احساسات منفی را کاهش دهد و به بیماران کمک کند تا وضعیت عاطفی پایدارتری داشته باشند (کار[1] و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین این درمان بیماران را تشویق می‌کند تا به جای اجتناب از افکار و احساسات ناراحت کننده، با آن‌ها مقابله کنند. این رویکرد می‌تواند تحمل پریشانی را با کمک به بیماران درک کند که تجربه ناراحتی بخشی از روند بهبودی است، افزایش می‌دهد. بیماران با رویارویی با احساسات خود می‌توانند بیاموزند که آن‌ها را بدون غرق شدن، تحمل کنند (چخسی[2] و همکاران، ۲۰۱۸).

1 Carr
2 Chakhssi

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

یافته دوم نشان داد که روان درمانی مثبت‌گرا باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران قلبی- عروقی شده است؛ این یافته با پژوهش‌های تونیس و همکاران (۲۰۲۳)، بوهن (۲۰۲۱) و هافمن و همکاران (۲۰۱۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که روان درمانی مثبت‌گرا بر پرورش احساسات مثبت مانند قدردانی، خوش‌بینی و شادی تمرکز دارد. این حالات عاطفی مثبت با نتایج سلامتی بهتر همراه است و می‌تواند به طور قابل توجهی بهزیستی بیماران قلبی را افزایش دهد. تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که احساسات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، از سلامت قلبی عروقی بهتری برخوردار هستند و میزان بستری شدن مجدد در بیمارستان پایین‌تر است (سربر و همکاران، ۲۰۲۱). بیماران قلبی اغلب با سطوح بالایی از اضطراب و افسردگی مواجه هستند که می تواند بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد. نشان داده شده است که روان درمانی مثبت‌گرا این علائم را به طور موثر کاهش می‌دهد. در مطالعات، بیمارانی که در مداخلات روانشناختی مثبت شرکت کردند، بهبود قابل توجهی در شادی و کاهش علائم افسردگی در طول زمان گزارش کردند (نیک‌راهان و همکاران، ۲۰۱۶). این درمان بیماران را با ابزارهایی برای مقابله با استرس و چالش‌های عاطفی مرتبط با بیماری قلبی مجهز می‌کند. با تمرکز بر نقاط قوت و تجربیات مثبت، بیماران یاد می‌گیرند که واکنش‌های عاطفی خود را بهتر مدیریت کنند، که می‌تواند منجر به بهبود انعطاف‌پذیری و سازگاری در مواجهه با چالش‌های سلامتی شود؛ روان درمانی مثبت رفتارهایی را تشویق می‌کند که به سلامتی بهتر کمک می کنند، مانند ورزش منظم، تغذیه سالم و رعایت توصیه‌های پزشکی. بیمارانی که درگیر اعمال روانشناختی مثبت هستند، اغلب انگیزه بیشتری برای حفظ این رفتارهای سالم دارند، که می‌تواند منجر به بهبود سلامت جسمانی و در نتیجه کیفیت بهتر زندگی شود (هندریکس[1] و همکاران، ۲۰۲۰). مزایای روان درمانی مثبت فراتر از تسکین عاطفی فوری است. مطالعات نشان می دهد که تغییرات مثبت در سلامت روان و رفاه می تواند منجر به بهبود درازمدت در کیفیت زندگی، از جمله افزایش رضایت از زندگی و نتایج سلامت کلی بهتر برای بیماران قلبی شود (تونیس و همکاران، ۲۰۲۳). به طور خلاصه، روان درمانی مثبت‌گرا به طور موثر کیفیت زندگی بیماران قلبی را با ترویج احساسات مثبت، کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود راهبردهای مقابله، تشویق به انتخاب سبک زندگی سالم‌تر، تقویت ارتباطات اجتماعی و ارائه مزایای بلندمدت افزایش می‌دهد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا یک درمان موثر بر بهبود تحمل پریشانی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی- عروقی است و در طول زمان اثر پایداری داشته است؛ در نتیجه، این مطالعه نشان می‌دهد که روان درمانی مثبت به طور قابل توجهی هم تحمل پریشانی و هم کیفیت زندگی را در بیماران قلبی عروقی افزایش می‌دهد. مزایای پایدار مشاهده شده در طول زمان بر پتانسیل آن به عنوان یک رویکرد درمانی ارزشمند تأکید می‌کند. با ادغام روان درمانی مثبت‌گرا در برنامه‌های درمانی، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند یک استراتژی کل‌نگر ارائه دهند که نه تنها به بهزیستی روانی می‌پردازد، بلکه به سلامت کلی و انعطاف پذیری بیماران قلبی عروقی نیز کمک می‌کند. این رویکرد یک راه امیدوارکننده برای بهبود نتایج بیمار و تقویت بهبودی طولانی مدت است. این مطالعه در نمونه محدودی از بیماران قلبی- عروقی شهر بندر ماهشهر انجام شد که به صورت در دسترس انتخاب شدند، بر این اساس تعمیم نتایج به سایر بیماران و گروه‌ها با محدودیت همراه است، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده از طرح‌های کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده استفاده شود و در نمونه‌های وسیع‌تر اجرا گردد. همچنین در این مطالعه سابقه جراحی، سابقه سایر بیماری‌های مزمن و نوع شغل کنترل نشد؛ پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده این موارد کنترل شود. در زمینه کاربردی اجرای مداخلات روانشناختی با تمرکز بر روان درمانی مثبت‌گرا جهت بهبود تحمل پریشانی و کیفت زندگی بیمارن قلبی - عروقی در کنار سایر مداخلات، پیشنهاد می‌شود.

منابع

افسرسنگری، ز.، و کابینی مقدم، س. (۱۴۰۳). مقایسه کیفیت زندگی، تصویر بدنی و تاب آوری در دختران مبتلا و غیرمبتلا به سندروم پیش از قاعدگی. *رویش روان شناسی*، *۱۳* (۳)، ۹۲-۸۳. http://frooyesh.ir/article-1-5396-fa.html

پرهام، ر.، ، نامدارپور، ف.، و دیاریان، م. م. (۱۴۰۲). اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در زنان متأهل. *رویش روان شناسی*، *۱۲* (۷)، ۱۲۲-۱۱۳. http://frooyesh.ir/article-1-4505-fa.html

Alkubati, S. A., Aleyadah, H. K., Alboliteeh, M., Alharbi, A., Alsaif, B., Alshammari, B., & Balawi, A. (2024). Predictors to Poor Quality of Life Among Patients with Heart Failure and Its Correlation with Their Medication Adherence: Finding for Healthcare Improvement and Follow-Up. *Patient preference and adherence*, *17*, 2545-2557. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/PPA.S503087

1 Hendriks

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

Aryafard, H., Dehvan, F., Albatineh, A. N., Dalvand, S., & Ghanei Gheshlagh, R. (2023). Evaluating the correlation of death anxiety with spirituality, religious attitude, and resilience in patients with cardiovascular diseases. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 00302228231187107. https://doi.org/10.1177/00302228231187107

Boehm, J. K. (2021). Positive psychological well-being and cardiovascular disease: Exploring mechanistic and developmental pathways. *Social and Personality Psychology Compass*, *15*(6), e12599. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9285725/

Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E., & O'Dowd, A. (2021). Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. *The journal of positive psychology*, *16*(6), 749-769. https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807

Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, *18*, 1-17. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29945603/

Gulati, M., Khan, N., George, M., Berry, C., Chieffo, A., Camici, P. G., ... & Merz, C. N. B. (2023). Ischemia with no obstructive coronary artery disease (INOCA): a patient self-report quality of life survey from INOCA international. *International Journal of Cardiology*, *371*, 28-39. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2022.09.047

Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., De Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2020). The efficacy of multi-component positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of happiness studies*, *21*(1), 357-390. https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1

Huffman, J. C., Mastromauro, C. A., Boehm, J. K., Seabrook, R., Fricchione, G. L., Denninger, J. W., & Lyubomirsky, S. (2011). Development of a positive psychology intervention for patients with acute cardiovascular disease. *Heart international*, *6*(2), hi-2011. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3699107/

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://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8320852/

Meibodi, R. P., Meftagh, S. D., & Shahangian, S. S. (2021). The effect of positive psychotherapy on happiness and character strength in cancer patients. *Journal of Education and Health Promotion*, *10*, 97. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8150071/

Nikrahan, G. R., Suarez, L., Asgari, K., Beach, S. R., Celano, C. M., Kalantari, M., ... & Huffman, J. C. (2016). Positive psychology interventions for patients with heart disease: A preliminary randomized trial. *Psychosomatics*, *57*(4), 348-358. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4902750/

Radmehr, S., Jadidi, M., & Golestanipour, M. (2024). Effectiveness of Positive Therapy in Emotion Regulation and Distress Tolerance in Patients with Coronary Heart Disease. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, *26*(2), e142671. https://doi.org/10.5812/zjrms-142671

Rashid, T., & Seligman, M. E. (2019). *Positive Psychotherapy*. Oxford University Press.

Rezaianzadeh, A., Moftakhar, L., Seif, M., Johari, M. G., Hosseini, S. V., & Dehghani, S. S. (2023). Incidence and risk factors of cardiovascular disease among population aged 40–70 years: a population-based cohort study in the South of Iran. *Tropical Medicine and Health*, *51*(1), 35. https://doi.org/10.1186/s41182-023-00527-7

Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, *61*(8), 774. https://psycnet.apa.org/record/2006-21079-029

Serber, E. R., Christon, L. M., Fava, J. L., Verrier, R. L., Nearing, B. D., Buxton, A. E., ... & Frisch, M. B. (2021). Positive psychotherapy improves cardiac electrical stability and mood in ICD patients: PAM-ICD trial results. *Psychosomatic medicine*, *83*(3), 300-301. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8016718/

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

Smolderen, K. G., Gillaspy, S., Evers, A. W., Kovacs, A. H., Massa-Carroll, I., Moons, P., & Mena-Hurtado, C. (2024). The role of the clinical psychologist in the care of Adults with cardiovascular Disease. *JACC: Advances*, *3*(4), 100910. https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/j.jacadv.2024.100910

Tan, Y. J., Ong, S. C., Yong, V. S., Khor, W. W., Pang, L. J., Choong, Y. Y., ... & Abdulla, Z. B. (2024). Examining health-related quality of life in ambulatory adult patients with chronic heart failure: insights from Malaysia using EQ-5D-5L. *Quality of Life Research*, *12*, 1-15. https://doi.org/10.1007/s11136-024-03674-4

Tönis, K. J., Kraiss, J. T., Linssen, G. C., & Bohlmeijer, E. T. (2023). The effects of positive psychology interventions on well-being and distress in patients with cardiovascular diseases: a systematic review and Meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, *170*, 111328. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111328

Truong, H. P., Nguyen, K. M., Tran, H. T., & Hoang, S. V. (2023). Assessment of health-related quality of life in patients with chronic heart failure: A cross-sectional study in Vietnam. *Cureus*, *15*(12), e51098. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10809020/

Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, *28*(3), 551-558. https://doi.org/10.1017/S0033291798006667

Yao, Y., Yan, Z., Xu, D., & Xuan, Y. (2024). The relationship between emotion regulation ability and anxiety in adolescents: independent and collaborative mediating roles of adaptive and nonadaptive emotion regulation strategies. *Current Psychology*, *43*, 1-18. https://doi.org/10.1007/s12144-024-06818-4

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]