Journal of
Modern Psychological Researches Vol. 17, Issue. 65, Spring 2022

Research Paper

# The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Resilience in Cardiovascular Patients After Coronory Artery Bypass Braft Surgery

Elham Irani[1], Saeed Moosavipour[*2], Marzieh Sadat Sajadinezhad[3]

1. Master of General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.

DOR: 20.1001.1.27173852.1401.17.65.30.8
URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15084.html

ARTICLE INFO

**Keywords:**
**Cognitive-Behavioral Therapy, Resilience, Cardiovascular Patients**

**Received: 2021/10/20**
**Accepted: 2022/01/20**
**Available: 2022/06/10**

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are among the diseases that in addition to physical causes, also have several psychological causes. Therefore, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on resilience in cardiovascular patients after coronory artery bypass graft surgery.

The design of the present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the study included all cardiovascular patients after coronory artery bypass graft surgery in selected AJA hospital in Tehran in 1400. Based on available sampling, 30 people were selected as a statistical sample and randomly divided into experimental and control groups. They responded to the And the Connor-Davidson Resilience Questionnaire (2003). and underwent 14 sessions of psychotherapy. The statistical method used also included multivariate analysis of covariance which was performed using SPSS-23 statistical software.

The results showed that there is a significant difference in resilience and components of perception of individual competence, positive acceptance of change and spiritual effects in the experimental and control groups. In the post-test group, the experimental group obtained higher mean scores in these components than the control group.

In addition to medical interventions, this treatment can be used for those who have cardiovascular problems and to increase resilience in order to adapt to the limitations after open heart surgery and exposure to stressors.

*** Corresponding Author: Saeed Moosavipoor**
**E-mail:** s-moosavipour@araku.ac.ir

مقاله پژوهشی

# اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر تاب‌آوری بیماران قلبی- عروقی پس از عمل جراحی قلب باز

الهام ایرانی[۱]، سعید موسوی پور[۲*]، مرضیه السادات سجادی نژاد[۳]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.
۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.

DOR: 20.1001.1.27173852.1401.17.65.30.8
URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15084.html

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:
درمان شناختی – رفتاری، تاب‌آوری، بیماران قلبی – عروقی

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۷/۲۸
پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۱۰/۳۰
منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰

چکیده

بیماری‌های قلبی و عروقی از جمله بیماری‌هایی هستند که علاوه بر علل جسمانی، دارای علت‌های روانشناختی متعددی نیز می‌باشند و از این رو مداخلات روانشناختی نیز می‌تواند در این بیماری ها سودمند باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر تاب‌آوری بیماران قلبی- عروقی پس از عمل جراحی قلب باز بود.
پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری، تمامی بیماران قلبی- عروقی پس از عمل جراحی قلب باز در بیمارستان منتخب آجا تهران در سال ۱۴۰۰ بودند که بر اساس نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند، به پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون (۲۰۰۳) پاسخ دادند. افراد گروه آزمایش تحت ۱۴جلسه روان‌درمانی قرار گرفتند. شیوه آماری مورد استفاده نیز شامل تحلیل کوواریانس چند متغیره بود که از طریق نرم‌افزار آماری spss-23 انجام پذیرفت. یافته‌ها نشان داد درمان شناختی- رفتاری باعث ایجاد تفاوت معنادار در مؤلفه‌های تصور از شایستگی فردی، پذیرش مثبت تغییر و تأثیرات معنوی در دو گروه آزمایش و کنترل شد، به طوری که گروه آزمایش در پس‌آزمون، در این مؤلفه‌ها میانگین نمرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند.
از این روش درمانی علاوه بر مداخلات پزشکی، می‌توان برای کسانی که مشکلات قلبی- عروقی دارند و جهت افزایش تاب‌آوری به منظور سازگاری با محدودیت‌های بعد از عمل جراحی قلب باز و مواجهه با عوامل استرس‌زا استفاده کرد.

* نویسنده مسئول: سعید موسوی‌پور
رایانامه: s-moosavipour@araku.ac.ir

## مقدمه

بیماری‌های قلبی- عروقی[1] از شایع ترین بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات و یکی از علل عمده مرگ و میر در جهان است (قدس، کرامتی، میرمحمدخانی، اسمعیلی و عسگری، ۱۳۹۷). بیماری عروق کرونری قلب[2] از جمله شایع‌ترین بیماری‌های قلبی- عروقی می‌باشد که به دلیل تنگی عروق کرونر قلب یا انسداد این عروق ایجاد می‌شود (تیلور[3]، ۲۰۱۸). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی[4] (WHO)، بیماری‌های مزمن و غیرواگیر از جمله بیماری‌های قلبی- عروقی ۷۴ درصد از مرگ و میر سالانه جهانی را تشکیل می دهند و مسئول مرگ بیش از ۱۵ میلیون نفر در هر سال در سنین ۳۰ تا ۶۹ سالگی هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱). در ایران، سهم مرگ و میر کلی بیماری‌های قلبی حدود ۳۹ درصد است (نیک‌دانش، دوازده‌امامی، قیداری، بختیاری و محمدی، ۱۳۹۶). همچنین عامل اصلی مرگ و میر در ایرانیان بالای ۳۵ سال، بیماری قلبی- عروقی است و ۴۶ درصد افراد در ایران به این علت جان خود را از دست می دهند (یعقوبی، صفائی، آذرآفرین، علیزاده اصل و گلزاری، ۲۰۱۳). روش‌های متفاوتی برای درمان این بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد. از جمله می‌توان به درمان‌های دارویی، آنژیوپلاستی[5] و جراحی بای‌پس‌عروق‌کرونر[6] اشاره کرد. امروزه متداول‌ترین شیوه درمانی در بیماری عروق کرونر پیشرفته، عمل جراحی قلب باز است (هینکل و چیور[7] ، ۲۰۱۸؛ ترجمه تذکری و همکاران، ۱۴۰۰). طبق آمار گزارش شده توسط مرکز قلب تهران، در این مرکز سالانه حدود ۳۰۰۰ مورد پیوند عروق انجام می‌گیرد (شاد و همکاران، ۱۳۹۷). پژوهش‌ها نشان داده است عوامل شخصیتی و روانشناختی به صورت مستقیم و غیرمستقیم نقش اساسی در شروع و تشدید بیماری‌های قلبی_عروقی دارند (کوارترونی، لاسیلا، روسی و روئیز – بایر[8] ، ۲۰۱۷). بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر علاوه بر علائم جسمانی دچار مشکلات جدی روانشناختی از جمله سطوح بالای اضطراب[9]، افسردگی[10] و خودسرزنش‌گری[11] هستند که می تواند بر سلامت بیماران تأثیر بگذارد (دو[12] و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین جراحی قلب باز مانند سایر اعمال جراحی استرس‌زا بوده و منجر به اختلالات شایع و مهمی همچون افسردگی و اضطراب در این دسته از بیماران می‌شود. مطالعات نشان می‌دهند که دردهای پس از عمل، دور شدن از منزل و کار، از سر گرفتن فعالیت‌های عادی زندگی، پیشرفت در بهبودی پس از عمل، احتیاج به کمک در انجام فعالیت‌ها، بهبود شرایط قلبی، افزایش فعالیت‌ها، برهم خوردن خواب و خوابیدن در اتاق خواب عجیب و ناآشنا از عوامل استرس‌زای پس از عمل جراحی قلب و ایجاد مشکل در سازگاری بیمار می‌باشد (گالاگر و مک کینلی[13]، ۲۰۰۷). از طرفی این بیماران در ارتباط با ماهیت بیماری خود و درمان آن نیز، در معرض مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرند که بر توانایی آن‌ها در سازگاری با سبک زندگی جدید تاثیر می‌گذارد (باک[14] و همکاران، ۲۰۱۵). سازگاری با بیماری، فرآیند حفظ نگرش مثبت نسبت به خود و جهان علی‌رغم داشتن مشکلات جسمی است (شارپ و کوران[15]، ۲۰۰۶).

امروزه در حوزه ارتقاء سلامت با تغییر از دیدگاه بیماری نگر به دیدگاه سلامت نگر مفهوم نوینی به نام تاب‌آوری[16] مورد توجه روانشناسان در حوزه‌های بالینی، سلامت، اجتماعی و تحولی قرار گرفته است (غلامی و حیدری، ۱۳۹۶). تاب‌آوری یکی از عوامل درونی است که از سازه‌های روانشناسی مثبت‌نگر[17] به حساب می‌آید که در دهه‌های گذشته، نقش آن در سلامت و رشد اثبات شده است (میرو و نول[18]، ۲۰۱۹). کانر و دیویدسون[19] (۲۰۰۳) تاب‌آوری را صفتی می‌دانند که منجر به پایداری در مقابل شرایط آسیب‌زا و نیز درگیری و مشغولیت سازنده فرد با محیط می‌شود که باعث توانمند شدن در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط تنش‌زا می‌گردد. اعتصامی پور و امیرپور (۱۳۹۳) در پژوهش خود بیان کردند که تاب‌آوری به عنوان یک تعدیل کننده و میانجی در ابتلا به انواع بیماری‌های قلبی عمل می‌کند و سطوح پایین آن، عاملی خطرساز برای مبتلا شدن به بیماری‌های قلبی به‌شمار می‌رود. بیمارانی که درگیر با بیماری‌های مزمن هستند، با توجه به شرایط جسمی و همچنین درگیر شدن با تنش و استرس[20] ناشی از بیماری در مقوله‌ی تاب‌آوری مشکل دارند و با افزایش سطح این متغیر، توانایی فرد برای کنار آمدن با شرایط موجود افزایش می‌یابد (سلطانی‌نژاد، ۱۳۹۶). درواقع سازگاری با بیماری قلبی، به عنوان تجربه ای استرس زا، فرآیندی است دشوار و مشکلات جدی برای فرد مبتلا فراهم می‌کند. تاب‌آوری از طریق ایجاد مقاومت در برابر استرس های روزمره می تواند احتمال سازگاری با بیماری را افزایش دهد (بشارت و رامش، ۱۳۹۸). همچنین مطالعه دیگری نشان می دهد که تاب‌آوری به عنوان یک عامل محافظتی در برابر بیماری‌های مزمن مانند مشکلات قلبی- عروقی شناخته شده است و پیش‌آگهی زمانی بهتر است که بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی از میزان تاب‌آوری بالاتری برخوردار باشند (لیو[21] و همکاران، ۲۰۱۸). یک پژوهش دیگر بیان کرد افراد با تاب آوری کم احتمالاً مستعد استرس هستند و در هنگام مواجهه با مشکلات، راهکارهای مقابله‌ای ضعیفی را ارائه می‌دهند که ممکن است

1 .Cardiovascular disease
2. Coronary heart disease
3 .Taylor
4. The World Health Organization
5. Angioplasty
6 .Coronary artery bypass graft surgery
7 .Hinkel & Chiver
8 .Quarteroni, Lassila, Rossi, & Ruiz-Baier
9. Anxiety
10 .Depression
11 .Self-blame
12. Du
13 .Gallagher & McKinley
14. Buck
15. Sharpe & Curran
16. Resilience
17. Positive Psychology
18. Meerow & Newell
19. Connor and Davidson
20. Stress
21. Liu

موجب اضطراب، افسردگی، عصبانیت[1]، تحریک‌پذیری[2] و عزت‌نفس[3] پایین شود (برگ، اودومیان، آلمورت و مونتگومری[4]، ۲۰۱۵). دوستدار طوسی و گلشنی (۱۳۹۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد سالم در تاب‌آوری نمره بالاتری را کسب کرده‌اند، اما بیماران قلبی عروقی در تاب‌آوری نمره پایین‌تری داشتند. همچنین رسولی و مقتدر (۱۳۹۶)، در پژوهش خود بیان داشتند که مقابله و سازگاری با بیماری‌های مزمن مثل بیماری قلبی در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل کننده مثل انعطاف‌پذیری، توانایی حل مشکل، امید، شهامت، روحیه معنوی و حمایت اجتماعی برخوردار هستند به صورت سریع‌تر اتفاق می افتد و تاب‌آوری باعث بالابردن سطوح هیجانات مثبت و افزایش عزت نفس می‌شود. جوادزاده مقتدر، سالاری، شاد، حسن دخت و نوری سعید (۱۳۹۷) در تحقیق خود بیان داشتند که با افزایش امید به آینده، خوش بینی و داشتن نگرش مثبت به وقایع در بیماران قلبی، سلامت عمومی نیز افزایش یافته و اضطراب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی کاهش می‌یابد.

از سوی دیگر اقدامات پزشکی تنها یک بعد درمان محسوب می‌گردد و با توجه به اینکه تنیدگی های روانشناختی ناشی از بیماری عروق کرونر قلب سبب اضطراب و افسردگی در بیماران شده و عدم کاهش و درمان این واکنش‌ها منجر به طولانی‌ترشدن مدت بستری بیمار، اختلال در درمان پزشکی، افت روحیه آن‌ها و سازگاری با بیماری و محدودیت‌های پس از عمل و نیز کاهش امید به زندگی می‌شود، درنتیجه اقدامات حمایتی و درمان روانشناختی این بیماران در کنار مداخلات پزشکی اهمیت خاص می‌یابد. یکی از رویکردهای روان‌درمانی، درمان شناختی- رفتاری[5] است. در این رویکرد اعتقاد بر این است که افراد با بازسازی افکار می‌توانند با فشارهای روانی مقابله کنند. در واقع در این رویکرد افراد تشویق می‌شوند تا با توجه به افکار خودآیند منفی و شناسایی تحریف های شناختی و به چالش کشیدن آن‌ها و در ادامه با بازسازی افکار، احساسات بهتری را تجربه کنند و رفتارهای مناسب تری از خود بروز دهند ( نعیم[6] و همکاران، ۲۰۱۷). فنون و تکنیک‌های شناختی- رفتاری منجر به تغییر نگرش در فرد از طریق کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل حفاظتی و در نتیجه ایجاد حس توانمندی و فارغ آمدن بر عوارض منفی آسیب‌ها می‌شود. آموزش شیوه‌های چالش با افکار خودآیند منفی اضطراب زا، تغییر نگرش‌های ناکارآمد، اصلاح خطاهای شناختی و جایگزینی با افکار مثبت و صحیح می‌تواند در سبک زندگی بیمار و افزایش کیفیت زندگی تاب‌آورانه وی تأثیر مطلوبی بگذارد (غلامی و حیدری، ۱۳۹۶). لذا درمان شناختی- رفتاری با تأکید بر مؤلفه‌های شناختی ازجمله نگرش‌ها و افکار منفی، تمرکز ویژه‌ای بر جایگزین کردن ارزیابی‌های شناختی غیرواقع‌نگرانه با ارزیابی‌های واقع‌نگرانه‌تر دارد. همچنین این رویکرد می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار ناخواسته، عادت‌ها والگوهای رفتاری ناسالم کمک کند. از این‌رو بیمار به توانایی‌های خود پی می‌برد و تاب‌آوری او افزایش می‌یابد (طبیب‌زاده و سپهریان‌آذر، ۱۳۹۶).

نتایج پژوهش‌های مختلف نیز، از جمله رافعی، باغداساریانس و حاتمی (۲۰۲۰)، بردیده، بردیده و کاکابرایی (۲۰۱۷)، وکیلی، احمدیان و هادی زاده (۱۴۰۰)، سلیمانی‌کهره، حسینی و افشاری‌نیا (۱۳۹۹) و غلامی و حیدری (۱۳۹۶) بر اثربخشی شیوه درمان شناختی- رفتاری بر افزایش تاب‌آوری در افراد مبتلا به مشکلات قلبی، اشاره کرده‌اند.

با توجه به مطالب مطرح شده و از آنجایی که عمل جراحی قلب و محدودیت های پس از عمل خود موجد استرس های جدیدی برای این دسته از بیماران است، به نظر می‌رسد انجام مداخلات روانشناختی جهت بهبود سازگاری بیماران پس از عمل نیز ضروری باشد. لذا با توجه به اینکه تاکنون چنین پژوهشی در رابطه با بیماران پس از عمل جراحی قلب باز صورت نگرفته است، انجام این پژوهش از لحاظ نوع جامعه و نیز شیوه مداخله در محیط بیمارستان، نو و بدیع محسوب می‌شود. حال پژوهش حاضر به دنبال بررسی این مسئله است که آیا درمان شناختی- رفتاری بر تاب‌آوری بیماران قلبی عروقی پس از عمل جراحی قلب باز تأثیر دارد؟

## روش

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری، تمامی بیماران قلبی- عروقی پس از عمل جراحی قلب باز در بیمارستان منتخب آجا شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند که بر اساس نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (N۱۵-) و کنترل (N۱۵-) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل سن کمتر از ۶۵ سال، عدم ابتلا به مشکلات روانشناختی دیگر، عدم دریافت روان‌درمانی در طی ۶ ماه گذشته، دارا بودن تحصیلات بالاتر از دیپلم و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها، ناتوانی جسمانی و روانی جهت ادامه دادن پژوهش و عدم تمایل به ادامه روان درمانی بود.

### ابزار سنجش

پرسشنامه کانر-دیویدسون (۲۰۰۳): مقیاس تاب آوری را کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع تحقیقاتی ۱۹۹۱-۱۹۹۷ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. این پرسشنامه ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. پرسشنامه فوق شامل ۵ مولفه از قرار زیر است: ۱. زیر مقیاس تصور از شایستگی فردی (سوالات ۱۰-۱۱-۱۲-۱۶-۱۷-۲۳-۲۴-۲۵)، ۲. مقیاس اعتماد به غرایز فردی/تحمل عاطفه منفی (سوالات ۶-۷-۱۴-۱۵-۱۸-۱۹-۲۰)، ۳. زیر مقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط (سوالات ۱-۲-۴-۵-۸)، ۴. زیر مقیاس کنترل (سوالات ۱۳-۲۱-۲۲) و ۵. زیر مقیاس تأثیرات معنوی (سوالات ۳-۹). این مقیاس در گروه‌های زیر اجرا شده است: افراد جامعه، بیماران سرپایی مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی

1. Anger
2 . Irritability
3. Self-esteem
4. Bergh, Udumyan, Fall, Almroth, Montgomery
5 . cognitive behavioral therapy
6. Naeem

روانپزشکی، کارآزمایی بالینی اختلال اضطراب فراگیر و دو کارآزمایی بالینی اختلال استرس پس از آسیب (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). پرسش‌نامهٔ تاب‌آوری در ایران توسط محمدی (۱۳۸۵) هنجار یابی شده است و نتایج نشان داد که این پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برخوردار است. در مورد روایی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه هر نمره با نمره کل نشان داده که به جز سه سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ بود. در مطالعه رضایی، دهقانی و حیدری (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ بود. روایی این پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۴ بود.

پروتکل درمان شناختی – رفتاری: ساختار هر جلسه شامل بررسی تکالیف خانگی (۱۰دقیقه)، مرور جلسه قبل (۵ دقیقه)، آموزش جلسه فعلی (۳۰دقیقه)، خلاصه و جمع‌بندی ( ۵دقیقه) و ارائه تکالیف خانگی جلسه بعد (۱۰ دقیقه) می‌باشد.

***شرح مختصر جلسات درمان شناختی-رفتاری***

| جلسات | محتوی جلسات |
|---|---|
| ۱ | معارفه و آشنایی با فرایند برنامه آموزشی و درمانی، توضیح روال کار و بیان اهداف، غربال‌گری و گزینش واجدین شرایط، پیش‌آزمون |
| ۲ | ارائه توضیحات و بروشورهایی در مورد مراقبت‌های بعد ازعمل جراحی قلب، نقش رژیم غذایی و فعالیت بدنی در بهبود کیفیت زندگی. آشنایی با نقش هیجانات منفی بر وضعیت روانی و جسمانی، درک تفاوت بین افکار، احساس و رفتار |
| ۳ | آموزش تکنیک A-B-C رویداد، فکر، پیامد احساسی و پیامد رفتاری |
| ۴ | آشنایی با استرس و علائم فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری استرس ارائه بروشور در مورد نقش استرس در بیماری‌های قلبی و آموزش روش‌های مقابله با تنش (۱): تصویرسازی ذهنی و تنفس شکمی |
| ۵ | آموزش خطاها و تحریف‌های شناختی به همراه ارائه بروشور چالش با افکار و بازسازی شناختی |
| ۶ | آموزش تکنیک پیکان رو به پائین |
| ۷ | ادامه تکنیک چالش با افکار و بازسازی شناختی و شناسایی علائم اضطراب |
| ۸ | آموزش روش‌های مقابله با تنش (۲): شناخت روش‌های مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و ناسازگارانه |
| ۹ | آشنایی با اهمیت حل مسئله و آموزش تکنیک حل مسئله |
| ۱۰ | تکنیک مدیریت خشم (۱): آشنایی با هیجان خشم، نقش افکار منفی و خطاهای شناختی در تجربه خشم و اصلاح افکار، شناسایی علائم آغازین خشم (افزایش ضربان قلب، منقبض شدن عضلات، تغییر تنفس، مشت شدن دستها و به هم فشردن دندانها و...). |
| ۱۱ | تکنیک مدیریت خشم (۲): ادامه بازسازی شناختی، آموزش اقدامات عملی مقابله با خشم، شیوه‌های ابراز خشم و جرات ورزی |
| ۱۲ | آموزش تکنیک آرام سازی عضلانی تدریجی |
| ۱۳ | شناسایی ویژگی‌های افراد تاب‌آور و آموزش عوامل موثر بر افزایش تاب‌آوری |
| ۱۴ | جمع‌بندی، دریافت بازخورد از بیماران، آموزش اقدامات خودمدیریتی جهت پیشگیری از عود، پس‌آزمون |

(لیهی، هالند و مک‌کین، ۲۰۱۲؛ ترجمه شاره، اولادی، اولیایی و امیدوار، ۱۳۹۹؛ رایت، بسکو و تیز، ۲۰۰۶؛ ترجمه قاسم زاده و حمیدپور، ۱۳۹۸).

روند اجرای پژوهش

به منظور اجرای این پژوهش، پس از کسب معرفی نامه از سمت دانشگاه اراک به بیمارستان منتخب آجا تهران مراجعه شد و پس از هماهنگی با مسئولین و پزشک مربوطه، در بهار سال ۱۴۰۰ از واجدین شرایط جهت انجام پژوهش دعوت به همکاری شد و پس از انتخاب گروه نمونه و قرار دادن آن‌ها به شکل گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط شرکت کننده‌ها، برنامه شناختی-رفتاری، سه روز بعد از عمل جراحی به صورت فردی و به مدت ۱۴ جلسه یکساعته (سه روز در هفته در بیمارستان)، برای شرکت کنندگان در گروه آزمایش اجرا شد و در گروه کنترل هیچ مداخله روان درمانی انجام نگرفت و آن‌ها فقط مراقبت های معمول پزشکی و مشاوره‌های پرستاری را دریافت نمودند. پس از انجام پس آزمون در هردو گروه، تأثیر این درمان مورد بررسی قرار گرفت. جهت جلوگیری از سوگیری در نتایج پژوهش، شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش و کنترل هیچگونه تعاملی با یکدیگر نداشتند.

نحوه گمارش تصادفی نیز بر اساس تاریخ بستری شدن بیماران (تاریخ زوج :گروه آزمایش و تاریخ فرد: گروه کنترل) بود. به دلیل شرایط کرونا مدت بستری در بیمارستان ده روز بود. پس از ترخیص از بیمارستان، ادامه جلسات روان‌درمانی در بخش بازتوانی بیمارستان و قبل از جلسات فیزیوتراپی تنفسی انجام گرفت، بدین صورت که گروه آزمایش در روزهای زوج و گروه کنترل در روزهای فرد مراجعه کردند و اینگونه از انتشار مداخله بین دو گروه جلوگیری شد. مداخلات درمانی توسط خود پژوهشگر و زیر نظر اساتید راهنما و مشاور، بر اساس دستورالعمل جلسات، انجام گرفت و در طی یک جلسه از کارشناس تغذیه و همچنین کارشناس توانبخشی استفاده گردید و در مواقع ضروری حضور دکتر معالج در طی جلسات بلامانع بود. لازم به ذکر است که پژوهشگر دوره تخصصی آموزشی و درمانی شناختی_رفتاری را گذرانده بود. شیوه آماری مورد استفاده نیز شامل تحلیل کوواریانس چند متغیره بود که از طریق نرم‌افزار آماری spss-23 انجام پذیرفت.

**ملاحظات اخلاقی**

در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان اعلام گردید که برای حضور در پژوهش اختیار تام دارند. همچنین توضیح اهداف پژوهش برای آن‌ها، کسب رضایت آگاهانه، حق خروج از پژوهش، بدون ضرر بودن درمان شناختی-رفتاری، پاسخ به سؤالات و رعایت امانت‌داری و صداقت حین جمع‌آوری داده‌ها از دیگر اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که نحوه گزارش نتایج پژوهش ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به تحقیق می‌باشد. در هیچ یک از مراحل پژوهش، هزینه‌ای به فرد شرکت‌کننده تحمیل نشد.

## نتایج

در پژوهش حاضر تعداد ۱۵ نفر در هر گروه شرکت داشتند. میانگین سنی در گروه ازمایش ۵۲/۸۰ و با انحراف استاندارد ۵/۵۰ و در گروه کنترل ۵۰/۴۰ و با انحراف استاندارد ۷/۵۰ بود. از لحاظ جنسیت نیز در هر دو گروه مورد نظر، تعداد ۷ نفر (۴۶/۷۰ درصد) مرد و ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) زن بودند. از نظر تحصیلات نیز در گروه ازمایش تعداد ۳ نفر (۲۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و پایین‌تر، ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) لیسانس و ۴ نفر (۲۶/۷۰ درصد) فوق لیسانس بودند. همچنین در گروه کنترل تعداد ۲ نفر (۱۳/۳۰ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و پایین‌تر، ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) لیسانس و ۵ نفر (۳۳/۳۰ درصد) فوق لیسانس بودند. در ادامه به بررسی نتایج توصیفی متغیرها پرداخته شده است.

***جدول شماره ۱: یافته‌های توصیفی متغیرهای وابسته***

| متغیرها | | پیش آزمون | | پس‌آزمون | |
|---|---|---|---|---|---|
| | گروه | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| تصور از شایستگی فردی | آزمایش | ۱۸/۰۰ | ۷/۹۰ | ۲۵/۶۶ | ۵/۲۱ |
| | کنترل | ۲۰/۱۳ | ۵/۷۱ | ۲۰/۸۰ | ۵/۸۸ |
| اعتماد به غرایز فردی | آزمایش | ۱۸/۲۰ | ۶/۳۲ | ۱۸/۸۰ | ۳/۷۸ |
| | کنترل | ۱۶/۹۳ | ۶/۱۸ | ۱۸/۵۳ | ۴/۲۰ |
| پذیرش مثبت تغییر | آزمایش | ۱۱/۸۶ | ۳/۱۸ | ۱۸/۱۳ | ۱/۳۰ |
| | کنترل | ۱۲/۲۶ | ۴/۶۹ | ۱۲/۸۰ | ۴/۰۰ |
| کنترل | آزمایش | ۱۲/۳۳ | ۳/۵۹ | ۸/۱۳ | ۲/۲۶ |
| | کنترل | ۱۰/۵۳ | ۳/۸۸ | ۷/۳۳ | ۲/۱۹ |
| تاثیرات معنوی | آزمایش | ۵/۳۳ | ۱/۷۹ | ۷/۴۰ | ۰/۷۳ |
| | کنترل | ۵/۵۳ | ۱/۶۸ | ۵/۶۶ | ۱/۸۷ |
| نمره کل تاب آوری | آزمایش | ۶۵/۷۳ | ۱۲/۵۱ | ۷۸/۱۳ | ۸/۹۱ |
| | کنترل | ۶۵/۴۰ | ۲/۲۷ | ۶۵/۱۳ | ۶/۹۵ |

در جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای مورد بررسی در شرکت‌کننده، ارائه شده است. در ادامه به بررسی نتایج حاصل از انجام مداخله پرداخته می‌شود.

به منظور آزمون فرضیه فوق، از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. قبل از آزمون این فرضیه، ابتدا مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیره شامل همگنی واریانس‌ها بررسی شد. با بررسی جدول M باکس مشخص شد مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس رعایت نشده است (p =۰/۰۰۱، F=۲/۶۴۴) که حاکی از آن است که ماتریس‌های واریانس متغیر وابسته برای سطوح متغیر مستقل برابر نیستند. همچنین بررسی این مفروضه از طریق آزمون کرویت بارتلت نشان داد که همبستگی بین متغیرهای وابسته برای ادامه تحلیل کافیست (p =۰/۰۰۱، ۴۷/۱۱۲ اندازه تقریبی مجذور خی). در نهایت بررسی آزمون لِوِن نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها برای مولفه‌های تصور از شایستگی فردی (p= ۰/۹۴۱، F=۰/۰۰۶)، اعتماد به غرایز فردی (p= ۰/۶۳۷، F=۰/۲۷۷)، پذیرش مثبت تغییر (p= ۰/۲۱۰، F=۱/۶۴۴) و کنترل (p= ۰/۴۰۴، F=۰/۷۱۸) رعایت شده است. اما در مؤلفه تاثیرات معنوی (p= ۰/۰۰۴، F=۱۰/۰۸۵)، نتایج مربوط به لامبدای ویلکز و تی هاتلینگ نیز نشان داد که بین دو گروه ازمایش و کنترل از لحاظ حداقل یک متغیر تفاوت وجود دارد. نتایج مربوط اثرات بین آزمودنی از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۲ آمده است.

***جدول ۲: نتایج آزمون‌های تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت دو گروه در مولفه‌های تاب‌آوری***

| متغیر | میانگین مجذورات | آماره F | سطح معناداری | مجذور اتای تفکیکی | توان آماری |
|---|---|---|---|---|---|
| تصور از شایستگی فردی | ۳۲۹/۸۲۱ | ۱۰۱/۶۱۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱۵ | ۱/۰۰۰ |
| اعتماد به غرایز فردی | ۰/۴۱۰ | ۰/۰۲۲ | ۰/۸۸۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۵۲ |
| پذیرش مثبت تغییر | ۲۱۸/۰۹۴ | ۷۵/۸۴۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶۷ | ۱/۰۰۰ |
| کنترل | ۳/۱۴۸ | ۰/۶۶۱ | ۰/۴۲۵ | ۰/۰۲۸ | ۰/۱۲۲ |
| تاثیرات معنوی | ۲۳/۹۰۶ | ۱۲/۱۱۲ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۴۵ | ۰/۹۱۵ |
| نمره کل تاب‌آوری | ۱۰۳۷/۷۲۱ | ۲۲/۸۱۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸۷ | ۰/۹۹۶ |

* سطح معناداری ۰/۰۵

همانطور که در جدول ۲مشاهده می‌شود، بین مولفه‌های تصور از شایستگی فردی، پذیرش مثبت تغییر، تاثیرات معنوی و نمره کل تاب‌آوری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که با توجه به جدول میانگین‌ها (جدول ۲) گروه آزمایش در پس آزمون، در مولفه‌های تصور از شایستگی فردی، پذیرش مثبت تغییر، تاثیرات معنوی و نمره کل تاب‌آوری نمرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند. به عبارتی دیگر شرکت کنندگانی که مورد مداخله درمان شناختی_رفتاری قرار گرفته بودند، از تصور از شایستگی فردی، پذیرش مثبت تغییر و تاثیرات معنوی بیشتری برخوردار شدند.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی_رفتاری بر تاب‌آوری بیماران قلبی- عروقی پس از عمل جراحی قلب باز بیمارستان منتخب آجا شهر تهران انجام شد که براساس نتایج به دست آمده، درمان شناختی_رفتاری باعث افزایش تاب‌آوری در گروه آزمایش شد. یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های رافعی، باغداساریانس و حاتمی (۲۰۲۰)، بردیده، بردیده و کاکابرایی (۲۰۱۷)، وکیلی، احمدیان و هادی زاده (۱۴۰۰)، سلیمانی‌کهره، حسینی و افشاری‌نیا (۱۳۹۹) و غلامی و حیدری (۱۳۹۶) همسو می‌باشد.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که از دیدگاه نظریه تاب‌آوری، تفاوت افراد سالم و بیمار در نحوه تجربه شرایط دشوار یا شرایط استرس‌زا زندگی نیست، بلکه تفاوت در نوع انسجام مجدد و بازگشت مجدد به سطح متعادل قبلی است. سطح تاب‌آوری بیماران پس از عمل جراحی قلب باز به دلیل اضطراب و استرس بالا، عملکرد نامناسب در شرایط استرس‌زا، بزرگ‌نمایی

مشکل، حل مسئله ضعیف، خودکارآمدی پائین و ناتوانی در سازگاری با شرایط جدید و محدودیت‌های پس از عمل، کاهش می‌یابد و با توجه به اینکه تاب‌آوری یک توانایی ذاتی است که با کسب آموزش ارتقاء پیدا می‌کند، درمان شناختی- رفتاری در این بیماران با تصحیح خطاهای شناختی و افکار نامطلوب و آسیب‌رسان و تغییر در نگرش، آموزش مدیریت استرس و روش‌های مقابله ای مسئله مدار و هیجان مدار، مدیریت هیجان، حل مسئله و مدیریت خشم، منجر شد که سبک زندگی و رفتار این بیماران در جهت افزایش تاب‌آوری و تقویت ویژگی‌های مثبت، مانند خودکنترلی بیشتر، خودآگاهی بالا، عزت نفس و اعتماد به نفس مطلوب، شیوه سالم مدیریت هیجانات، روابط اجتماعی قوی، مثبت اندیشی، امید، کاهش عوامل خطر همچون استرس و اضطراب و درک بهتر مشکلات و حل مسئله و... رشد کند. در واقع طی درمان شناختی- رفتاری، تاکید بر ارتباط مطلوب در جلسات درمان، انتظارات مثبت (از سوی درمانجو و درمانگر)، محیط حمایتگر (خانواده و بیمارستان)، مشارکت فعال بیماران در فرایند درمان، آموزش مهارت‌های کاربردی در زمینه سبک زندگی و ارتقای مهارت‌های فردی در مواجهه با مشکل و موقعیت‌های استرس‌زا و آموزش عوامل موثر بر افزایش تاب‌آوری، در ارتقای سطح تاب‌آوری گروه آزمایش مؤثر بوده است.

هم راستای نتایج به دست آمده پژوهش رافعی، باغداساریانس و حاتمی (۲۰۲۰) نشان داد که مدیریت استرس شناختی- رفتاری از طریق چالش شناختی ، تشخیص خطای شناختی و جایگزینی افکار و آموزش راهکارهای مقابله‌ای مطلوب و مهارت‌هایی مانند خودکنترلی، روش‌های ارتباطی موثر و آگاهی از خصوصیات شخصی منجر به موجب تغییر در خودآگاهی و توانایی های فرد و افزایش احساس ارزشمندی در بیماران و ارتقای تاب‌آوری آن‌ها می‌شود. همچنین وکیلی، احمدیان و هادی زاده (۱۴۰۰) در پژوهشی بیان داشتند که بیماران با افزایش مهارت‌های شناختی-رفتاری، حس قوی‌تری از کنترل را در خود ایجاد می‌کنند. این حس افراد را متقاعد می‌سازد تا موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود درآورند چراکه این مداخله با تمرکز بر ابعاد تعهد، کنترل، مبارزه‌جویی و استفاده از راهبردهای مسئله مدار و هیجان مدار به جای راهبردهای اجتنابی باعث افزایش سرسختی و در نتیجه ارتقای تاب‌آوری می‌شود. همچنین بردیده، بردیده و کاکابرایی (۲۰۱۷)، در پژوهش خود بیان کردند که درمان شناختی-رفتاری بعد از اقدامات پزشکی در بیماران عروق کرونر منجر به کاهش اختلالات عاطفی بیماران از جمله خشم و نیز تغییر در سبک زندگی و ساختار روانشناختی بیماران و افزایش تاب‌آوری آن‌ها می‌شود. همچنین وکیلی، احمدیان و هادی زاده (۱۴۰۰)، نشان دادند که این شیوه آموزشی می‌تواند به عنوان مداخله‌ای سودمند برای افزایش تاب‌آوری و ارتقای بهداشت روان در مراکز آموزشی-درمانی استفاده شود. پژوهش سلیمانی‌کهره، حسینی و افشاری‌نیا (۱۳۹۹) نیز در این رابطه همسو با نتایج پژوهش حاضر بود. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی_رفتاری و تن‌آرامی رفتاری منجر به کاهش عوامل استرس‌زا و افزایش تاب‌آوری این بیماران می‌شود. همچنین غلامی و حیدری (۱۳۹۶) بیان کردند که می‌توان با آموزش‌های تاب‌آورانه، شناخت بیماران قلبی که در شرایط آسیب و استرس زیادی هستند را مورد بازسازی قرار داد، به نحوی که نه‌تنها به کارکرد قبلی خود بازگردند بلکه حتی عملکرد خود را ارتقا ببخشند و به رشد بیشتری برسند. عطادخت، نوروزی و غفاری (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود نشان دادند حل مسئله در ارتقای تاب‌آوری و اغلب مولفه‌های بهزیستی روانشناختی با دیگران موثر است.

در رابطه با تبیین نحوه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر مولفه تصور از شایستگی فردی می‌توان به فرایند کسب خودآگاهی و شناخت توانایی‌های ذاتی در بیماران اشاره نمود. احساس شایستگی (خودکارآمدی) منجر به احساس مؤثر بودن، احساس معنی‌دار بودن، داشتن حق انتخاب واحساس اعتماد می‌شود (حامیان‌مهر، ۱۳۹۵). بعد از انجام مداخله، درمانجویان توانستند با کمک تکنیک‌های شناختی، خطاهای شناختی و باورهای اشتباهی که نسبت به خود داشته را شناسایی و مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند و از این طریق دیدگاه مطلوب‌تری نسبت به خود کسب کنند. در رابطه با مولفه پذیرش مثبت تغییر نیز آموزش دیدند که فراز و نشیب‌های زندگی غیر قابل اجتناب است و آن‌ها نمی‌توانند حقیقت مشکلاتشان را تغییر دهند، بلکه باید تفسیرشان از موقعیت‌ها را عوض کرده و آن‌ها را به صورت مسائل و چالش‌هایی قابل حل ببینند. همچنین در مورد مولفه تاثیرات معنوی نیز، می‌توان اینگونه بیان داشت هنگامی که افراد با یاد گرفتن توانمندی حل مساله به جای راهبردهای اجتنابی با شرایط دشوار زندگی خود مواجه می‌شوند و نیز با تصحیح خطاهای شناختی دید واقع بینانه‌تری نسبت به مشکلات خود پیدا می‌کنند، در واقع به نوعی با خود واقعی خویش و شرایط واقعی خود در زندگی مواجه می‌شوند. در چنین شرایطی افراد معمولا از راهکارهای مقابله فرهنگ خود استفاده می‌کنند. در چنین موقعیت‌هایی فرهنگ مذهبی و اسلامی ما تاکید بسیاری بر مفاهیمی مانند توکل، واگذاری امور به خداوند و استعانت از وی دارد. این مفاهیم، مفاهیم معنوی بوده و منجر به افزایش نمره افراد در این خرده مقیاس تاب‌آوری پس از آموزش شده است. رسولی و مقتدر (۱۳۹۶) نیز در پژوهش خود بیان داشتند که مقابله و سازگاری با بیماری‌های مزمن مثل بیماری قلبی در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل کننده مثل انعطاف‌پذیری، امید و روحیه معنوی برخوردار هستند به صورت سریع‌تر اتفاق می افتد.

همچنین بر اساس نتایج به دست آمده، باتوجه به اینکه میانگین نمرات کسب شده در بین مولفه‌های اعتماد به غرایز فردی و کنترل عواطف منفی، در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون بیشتر شده بود، در بین دو گروه آزمایش و کنترل به لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده نشد. از دلایل این نتیجه می‌توان اینگونه گفت که مولفه اعتماد به غرایز فردی بیشتر به سبک زندگی افراد و ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها بستگی دارد، زیرا این مسائل از گذشته با فرد همراه بوده است و در واقع یک ویژگی نسبتا پایدار محسوب می‌شود. بنابراین تغییر این مولفه علاوه بر اینکه برای درمانجویان دشوار بود، نیاز به آموزش‌ها و کسب مهارت‌های بیشتری داشت که باید در بلند مدت و به تدریج اتفاق بیفتد. همچنین در رابطه با مولفه کنترل عواطف منفی، می‌توان به عواملی مانند محیط بیمارستان و تنش‌های مزمن آن و همچنین شیوع ویروس کرونا اشاره کرد که باعث افزایش و دامن زدن به عواطف و احساساتی مانند اضطراب و ترس می‌شود که ممکن حالتی

مزمن به خود بگیرد و در اکثر مواقع با فرد همراه باشد. لذا بنابر آنچه شرح داده شد به صورت کلی می‌توان اینگونه نتیجه‌گیری کرد که درمان شناختی-رفتاری در افزایش تاب‌آوری بیماران قلبی- عروقی پس از عمل جراحی قلب باز، مؤثر است.

هر پژوهشی شامل یکسری محدودیت‌ها است که پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نبوده است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به شیوع ویروس کرونا و ناتوانی در گرفتن آزمون پیگیری، محدود بودن جامعه، نمونه و روش نمونه گیری در دسترس اشاره نمود. لذا تعمیم دهی باید با احتیاط بیشتری صورت گیرد. بر اساس محدودیت‌های ذکر شده، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با حجم نمونه بیشتر همراه با آزمون پیگیری و نیز با روش های مختلف درمانی و متغیرهای دیگر مرتبط با بیماری قلبی- عروقی مانند خودمدیریتی روانی، بهزیستی روانشناختی، امید به زندگی و میزان تحمل درد انجام گیرد. در نهایت پیشنهاد می‌شود این مداخله درمانی در شرایط غیرکرونایی انجام پذیرد. از سوی دیگر با توجه به نقش کلیدی فشار روانی در شروع یا تشدید بیماری کرونر قلب و احتمال سکته قلبی بعد از عمل جراحی قلب، پیشنهاد می‌شود به منظور کاهش مشکلات روانشناختی و تأثیر مخرب آن، در کنار درمان پزشکی، خدمات درمانی روانشناختی حرفه‌ای نیز در مراکز درمانی فراهم گردد و همچنین از سنین کودکی و نوجوانی، مهارت‌های شناختی و رفتاری لازم جهت افزایش تاب‌آوری و مقابله با شرایط استرس‌زا و پیشگیری از آسیب‌های روانشناختی و ابتلا به بیماری‌های روان‌تنی آموزش داده شود.

تشکر و قدردانی: از کلیه بیمارانی که ما را در انجام این پژوهش همراهی نمودند و نیز از همکاری پرسنل بیمارستان منتخب آجا تهران، تقدیر و تشکر می‌نماییم.

تعارض منافع: نویسندگان هیچگونه تعارض منافعی در پژوهش حاضر نداشتند.

## منابع

اعتصامی پور، راضیه؛ امیرپور، برزو (۱۳۹۳). مقایسه وضعیت افسردگی و تاب آوری در بیماران قلبی با افراد عادی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۱(۱۲۶)، ۷۲-۸۳.

بشارت، محمدعلی؛ رامش، سمیه (۱۳۹۸). بررسی رابطه تاب آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی با سازگاری با بیماری قلبی در بیماران قلبی شهر یزد. *فصلنامه بهداشت و توسعه*، ۸(۱)، ۱-۱۵.

جواد زاده مقتدر، آرزو؛ سالاری، ارسلان؛ شاد، بیژن؛ حسن دخت، طلوع؛ نوری سعید، اعظم (۱۳۹۷). افسردگی و اضطراب در بیماران تحت عمل قلب باز: تفاوت‌های سنی و جنسی. *افق دانش*، ۲۴(۳)، ۲۳۱-۲۳۸.

دوستدار طوسی، سیدعلی؛ گلشنی، صمد (۱۳۹۳). تأثیر تاب‌آوری در بیماران قلبی- عروقی بستری شده در بیمارستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۱۶)، ۱۰۲-۱۰۹.

رایت، جسی؛ بسکو، مونیکا؛ و تیز، مایکل (۲۰۰۶). *آموزش درمان شناختی_رفتاری* (ترجمه حبیب الله قاسم زاده و حسن حمید پور، ۱۳۹۸). ارجمند: تهران

رسولی، شیوا؛ مقتدر، لیلا (۱۳۹۶). مقایسه راهبردهای مقابله با استرس، تاب آوری و خوش بینی در افراد عادی و بیماران قلبی. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۵(۹)، ۷۰۴-۷۱۲.

سلطانی‌نژاد، منصور (۱۳۹۶). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد بر تاب آوری و تنظیم هیجانی زنان مبتلا به سرطان پستان*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، رشته روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان.

سلیمانی کهره، زهرا؛ حسینی، سعیده السادات؛ افشاری نیا، کریم (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری، موسیقی درمانی و تن‌آرامی رفتاری بر افزایش تاب‌آوری بیماران عروق کرونری. یافته، *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*. ۱۰(۱)، ۲۱۲۱-۲۱۳۵.

شاد، بیژن؛ سالاری، ارسلان؛ دلوندی، طلوع؛ حسندخت، جلال؛ خیرخواه، اعظم؛ نوری، سعید؛ جوادزاده مقتدر، آرزو. (۱۳۹۷). بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی و افراد سالم در گیلان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۰(۳)، ۱۸۵-۱۹۳.

طبیب زاده، فریناز؛ سپهریان آذر، فیروزه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری و نشخوار ذهنی بیماران مولتیپل اسکلروزیس. *مطالعات ناتوانی*، ۷(۱۳)، ۱-۱۰

عطادخت، اکبر؛ نوروزی، حمید؛ غفاری، عذرا (۱۳۹۲). تأثیر آموزش حل مسئله ی اجتماعی در ارتقای بهزیستی روان شناختی و تاب آوری کودکان دارای اختلال یادگیری. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۳(۲)، ۹۲-۱۰۸.

غلامی، زهرا؛ حیدری، احسان (۱۳۹۶). درمان شناختی- رفتاری و تاب آوری در بیماران بازتوانی قلبی (عروق کرونر). *کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین در مدیریت، اقتصاد و علوم انسانی*. کازرون.

قدس، علی اصغر، کرامتی، عباس؛ میرمحمدخانی، مجید؛ اسماعیلی، روانبخش؛ عسگری، محمد رضا (۱۳۹۷). بررسی میزان اضطراب در بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونری و تعیین عوامل مؤثر در آن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۸(۱۷۰)، ۱۲۷-۱۳۷

لیهی، رابرت؛ هالند، استفان؛ و مک کین، لاتا (۲۰۱۲). *برنامه‌ها و مداخلات شناختی-رفتاری برای افسردگی و اختلالات اضطرابی* (ترجمه حسین شاره، فرشته اولادی، زهرا علیایی و زهرا امیدوار، ۱۳۹۹). ارجمند: تهران

نیک‌دانش، میثم؛ دوازده‌امامی، محمدحسن؛ قیداری، محمداسماعیل؛ بختیاری، مریم؛ محمدی، ابولفضل (۱۳۹۶). تنظیم هیجانی،ذهن آگاهی و اضطراب وجودی در افراد مبتلا به بیماری های کرونری قلب: یک مطالعه تطبیقی. *گروه روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*. ۲۸(۶)، ۳۸۴-۳۹۳.

وکیلی، منیره، احمدیان، حمزه؛ هادی زاده، نوشین (۱۴۰۰). تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر میزان اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری مردان مبتال به بیماری عروق کرونر قلب. *سلامت جامعه*، ۱۵(۱)، ۴۰-۴۹.

هینکل، جانیس آل؛ چیویر، کری اچ (۲۰۱۸). *پرستاری داخلی و جراحی برونر و سودارث ۲۰۱۸*. ترجمه تذکری و همکاران (۱۴۰۰). نشر اندیشه رفیع، تهران.

Bardideh, K., Bardideh, F., & Kakabaraee, K. (2017). Study of the efficacy of cognitive behavioral group treatment on anger rumination and resilience of cardiovascular patients. *Global Journal of Health Science*, 9(4), 163-173.

Bergh, C., Udumyan, R., Fall, K., Almroth, H., & Montgomery, S. (2015). Stress resilience and physical fitness in adolescence and risk of coronary heart disease in middle age. *Heart*, 101(8), 623-629.

Buck, H. G., Dickson, V. V., Fida, R., Riegel, B., D'Agostino, F., Alvaro, R., & Vellone, E. (2015). Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *International journal of nursing studies*, 52(11), 1714-1722.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.

Du, J., Zhang, D., Yin, Y., Zhang, X., Li, J., Liu, D., ... & Chen, W. (2016). The personality and psychological stress predict major adverse cardiovascular events in patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention for five years. *Medicine*, 95(15).

Gallagher, R., & McKinley, S. (2007). Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American journal of critical care*, 16(3), 248-257.

Liu, N., Liu, S., Yu, N., Peng, Y., Wen, Y., Tang, J., & Kong, L. (2018). Correlations among psychological resilience, self-efficacy, and negative emotion in acute myocardial infarction patients after percutaneous coronary intervention. *Frontiers in psychiatry*, 9, 1.

Meerow, S., & Newell, J. P. (2019). Urban resilience for whom, what, when, where, and why?. *Urban Geography*, 40(3), 309-329.

Naeem, F., Johal, R. K., Mckenna, C., Calancie, O., Munshi, T., Hassan, T., ... & Ayub, M. (2017). Preliminary evaluation of a "formulation-driven cognitive behavioral guided self-help (fcBT-gsh)" for crisis and transitional case management clients. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10(13), 769-774.

Quarteroni, A., Lassila, T., Rossi, S., & Ruiz-Baier, R. (2017). Integrated Heart-Coupling multiscale and multiphysics models for the simulation of the cardiac function. *Computer Methods in Applied Mechanics and Engineering*, 314, 345-407.

Rafei, F., Baghdassarians, A., & Hatami, M. (2020). The Effect of Cognitive-Behavioral Stress Management on Health Locus of Control and Resilience in Patients with Coronary Artery Disease. *Iranian Journal of Health Psychology*, 3(1), 109-120.

Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social science & medicine*, 62(5), 1153-1166.

Taylor E. S. (2018). *Health psychology: Humanities and social sciences*; 8th ed. McCraw Hill.

World Health Organization (2021). *Global status report on non-communicable diseases*. Geneva: World Health Organization.

Yaghoubi, A., Safaie, N., Azarfarin, R., Alizadehasl, A., & Golzari, S. E. (2013). Evaluation of cardiovascular diseases and their risk factors in hospitalized patients in East azerbaijan province, northwest iran: a review of 18323 cases. *The Journal of Tehran University Heart Center*, 8(2), 101-105.