

Original Article

Comparing the Effectiveness of Transdiagnostic and Inoculation Treatments on Reducing Perceived Stress, Cognitive Emotion Regulation, and Quality of Life in Patients with Cardiovascular Disorders

Razieh Esmaeili, Manijeh Firouzi*, Mahtab Beiranvand

Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

*Corresponding author. Tel: +989011849401, E-mail: mfiroozy@ut.ac.ir

Article info

Article history:

Received: Dec 31, 2024

Accepted: Oct 25, 2025

Keywords:

Integrated Transdiagnostic Treatment

Immunization Treatment Against stress

Perceived Stress

Cognitive Regulation of Emotion

Quality of Life

Cardiovascular Patients

ABSTRACT

Background: Cardiovascular diseases are the most common non-communicable diseases and the leading cause of death worldwide. Therefore, investigating and selecting the most effective psychological interventions for managing stress and improving the quality of life of these patients is essential. This study aimed to compare the effectiveness of two methods, transdiagnostic therapy and stress inoculation training, in reducing perceived stress, improving cognitive emotion regulation, and enhancing the quality of life of cardiac patients.

Methods: The present study was a quasi-experimental research with a pretest-posttest design and follow-up, including a control group. The statistical population consisted of cardiovascular patients referred to Shahid Madani Hospital in Khorramabad, Lorestan. Using a convenience sampling method, 90 patients were selected and randomly assigned to one of three groups: control, experimental group 1 (stress inoculation training), and experimental group 2 (unified transdiagnostic therapy). The interventions were conducted based on Meichenbaum's stress inoculation training protocol and Barlow's unified transdiagnostic therapy protocol. Data were collected using the Garnefski Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Cohen's Perceived Stress Scale, and the WHO Quality of Life Questionnaire. Data were analyzed using repeated measures ANOVA.

Results: The results indicated that in the group receiving stress inoculation training, the mean score of perceived stress decreased in the posttest and follow-up stages ($p < 0.05$). In the unified transdiagnostic therapy group, the total score of cognitive emotion regulation increased in the posttest and follow-up stages ($p < 0.001$). Regarding quality of life, the transdiagnostic intervention demonstrated greater effectiveness compared to the stress inoculation training group ($p < 0.01$).

Conclusion: According to the findings, healthcare professionals can purposefully utilize these interventions in the treatment process of cardiac patients, depending on each patient's specific needs (immediate stress reduction or sustained improvement in emotions and quality of life).

How to cite this article: Esmaeili R, Firouzi M, Beiranvand M. Comparing the Effectiveness of Transdiagnostic and Inoculation Treatments on Reducing Perceived Stress, Cognitive Emotion Regulation, and Quality of Life in Patients with Cardiovascular Disorders. Journal of Health & Care. 2025;27(3):320-334.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Journal web address: [https:// hcjournal.arums.ac.ir/](https://hcjournal.arums.ac.ir/)

مقایسه اثربخشی دو روش درمان فراتشخیصی و ایمن سازی در کاهش استرس ادراک شده، تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران قلبی

راضیه اسمعیلی، منیژه فیروزی*، مهتاب بیرانوند

گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۰۱۱۸۴۹۴۰۱ ایمیل: mfiroozy@ut.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی-عروقی، شایع‌ترین بیماری‌های غیرواگیر و علت اصلی مرگ و میر در سراسر جهان هستند. بنابراین بررسی و انتخاب موثرترین مداخلات روان‌شناختی برای مدیریت استرس و افزایش کیفیت زندگی این بیماران ضروری است. هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی دو روش درمان فراتشخیصی و ایمن‌سازی در کاهش استرس ادراک شده، تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران قلبی بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری، بیماران قلبی-عروقی مراجعه کننده به بیمارستان شهید مدنی شهر خرم آباد لرستان بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۹۰ نفر از آنها انتخاب و به طور تصادفی در یکی از گروه‌های کنترل، آزمایش ۱ (درمان ایمن‌سازی در برابر استرس) و آزمایش ۲ (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، قرار گرفتند. مداخلات بر اساس پروتکل درمان ایمن‌سازی مایکنیام و درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو انجام شد. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی، استرس ادراک‌شده کوهن و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد در گروه دریافت‌کننده درمان ایمن‌سازی در برابر استرس، میانگین نمره استرس ادراک شده در پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافت ($p < 0/05$). در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه نیز نمره کل تنظیم شناختی هیجان در پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافت ($p < 0/001$). در زمینه کیفیت زندگی نیز، مداخله فراتشخیصی اثربخشی بیشتری را نسبت به گروه درمان ایمن‌سازی در برابر استرس نشان داد ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، متخصصان می‌توانند با توجه به نیازهای هر بیمار (کاهش استرس فوری یا بهبود پایدار هیجانات و کیفیت زندگی)، از این مداخلات به صورت هدفمند در فرآیند درمان این بیماران استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه، درمان ایمن‌سازی در برابر استرس، استرس ادراک شده، تنظیم شناختی هیجان، کیفیت زندگی، بیماری قلبی-عروقی

پذیرش: ۱۴۰۴/۸/۳

دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۱

مقدمه

هستند (۱). پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰، بیش از ۲۳ میلیون مرگ در دنیا به دلیل این بیماری‌ها اتفاق بیفتد (۲). این بیماری‌ها شامل سکته قلبی، نارسایی

بیماری‌های قلبی-عروقی، شایع‌ترین بیماری‌های غیرواگیر و عامل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان

قلبی، فشار خون بالا، روماتیسم، بیماری شریانی محیطی و تعداد دیگری از مشکلات قلبی- عروقی است (۳). بیماری‌های قلبی- عروقی را می‌توان به عواملی مانند دیابت، چاقی، کمبود فعالیت بدنی، فشار خون بالا، رژیم غذایی ناسالم و مصرف بیش از حد الکل نسبت داد (۴). همچنین شرایط پرسترس و تنش‌زای جوامع کنونی نیز در ایجاد این بیماری‌ها دخیل هستند (۵). ضمن اینکه، پیشرفت سریع و ناگهانی این بیماری یک تجربه روانی شدید و ترسناک است که ترس از ناتوانی شغلی، اجتماعی، جنسی و جسمی را به همراه داشته و استرس فراوانی را بر بیمار تحمیل می‌کند (۶).

استرس، نیرو یا فشاری است که می‌تواند موجب اختلال و ازهم گسیختگی موازنه و تعادل سیستم یا ارگانیزم گردد (۷). یافته‌های بالینی نشان می‌دهد استرس به تدریج، فعالیت سیستم‌های مختلف بدن را تحت تاثیر قرار داده و عملکرد آن‌ها را تضعیف و مختل می‌سازد و یا با تضعیف سیستم ایمنی، استعداد ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمی را افزایش می‌دهد (۸). آنچه در فرایند بیماری‌های مرتبط با استرس بیش از خود استرس اهمیت دارد، نوع مقابله فرد در برابر عامل استرس‌زا است (۹). گاتی^۱ و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که مقابله‌های هیجانی و ناکارآمد در مواجهه با استرس منجر به افزایش تنیدگی گردیده و در نتیجه موجب افزایش واکنش‌های قلبی- عروقی در بیماران می‌شود (۱۰). در این میان، تنظیم هیجان می‌تواند مولفه مهمی باشد که نقش مهمی در سازش با وقایع تنیدگی‌زای زندگی دارد (۱۱). تنظیم هیجان را می‌توان به صورت فرایندهایی تعریف کرد که از طریق آن‌ها، افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند، چه وقت آن‌ها را داشته باشند و چگونه آن‌ها را تجربه و ابراز کنند، تاثیر بگذارند (۱۲). تنظیم هیجانی می‌تواند

آگاهانه یا ناآگاهانه، زودگذر یا دائمی و رفتاری یا شناختی باشد. تنظیم هیجان رفتاری، نوعی از تنظیم هیجان است که در رفتار آشکار فرد دیده می‌شود، در حالی که تنظیم هیجان شناختی قابلیت مشاهده ندارد (۱۳).

بیماری‌های قلبی- عروقی بر کیفیت زندگی افراد نیز تاثیر می‌گذارند (۱۴). برای کیفیت زندگی تعاریف زیادی وجود دارد از جمله تعریف فرانز و پاور^۲ که کیفیت زندگی را رضایت یا عدم رضایت از ابعادی از زندگی فرد دانسته که برای او مهم می‌باشد (۱۵). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی نیز کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است (۱۶).

در حال حاضر استفاده از مداخلات شناختی- رفتاری در حوزه سلامت مورد توجه است. درمان‌های روان‌شناختی که از سنت و مکتب شناختی- رفتاری برآمده‌اند به طور عمده به منظور درمان اختلال‌های هیجانی انطباق یافته‌اند (۱۷). به طور کلی درمان‌های شناختی- رفتاری حمایت شده از نظر تجربی در دو رویکرد درمان‌های اختصاصی اختلال (اختصاصی تشخیص بالینی) و رویکرد درمان‌های فراتشخیصی^۳ شکل گرفته‌اند (۱۸). مدل‌های درمان اختصاصی، روی فرایندهای شناختی و رفتاری تفکیک‌کننده هر یک از اختلال‌ها از همدیگر تاکید می‌کنند و به تبع آن راهنماها و دستورالعمل‌های درمانی مبتنی بر شواهد اختصاصی هر اختلال را تدوین و منتشر می‌کنند. لذا با توجه به محدودیت‌های درمان‌های اختصاصی و همچنین استدلال‌های مبتنی بر شواهد، تعدادی از محققان و متخصصان بالینی با درنظر گرفتن امتیازات رویکرد درمانی فراتشخیصی همچون کاربرپذیری^۴

² Franz & Power

³ Transdiagnostic

⁴ Feasibility

¹ Gatie

در مورد طیف وسیعی از اختلال‌ها و قابلیت آموزش سریع و آسان به درمانگران و مراجعان، انتشار و توسعه درمان‌های یکپارچه فراتشخیصی را در دستور کار پژوهشی و بالینی خود قرار دادند (۱۹). از جمله این درمان‌ها می‌توان به پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه^۱ گروه بارلو^۲ اشاره کرد (۲۰). این پروتکل درمانی شامل ۸ بخش است که از ۵ بخش اصلی و ۳ بخش فرعی تشکیل شده و از راهبردهای شناختی-رفتاری از قبیل: خاموشی، تکنیک‌های جلوگیری از اجتناب شناختی و رفتاری، رویارویی رفتاری، هیجانی و درون جسمی و همچنین شناسایی و اصلاح شناخت‌واره‌های غیرانطباقی استفاده کرده است. بخش‌های این پروتکل عبارتند از: افزایش انگیزه^۳، منطق درمانی یا آموزش روانی^۴، آموزش آگاهی از هیجان، ارزیابی مجدد شناختی، رفتارهای ناشی از هیجان^۵ (EDB)، رویارویی احشایی و موقعیتی آگاهی^۶، تحمل احساس‌های جسمانی و پیشگیری از عود (۲۱). یکی دیگر از کارآمدترین مداخلات شناختی-رفتاری که با رویکرد پیشگیرانه می‌باشد، برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس^۷ (SIT) است که توسط مایکنبام^۸ در سال ۱۹۸۵ مطرح شد. آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس مانند ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌های جسمانی، بر پایه مواجهه با شرایط استرس‌زا در فرد به منظور ایجاد مهارت‌های مقابله با استرس به وجود آمده است (۲۲). مایکنبام بر نقش عوامل شناختی در ایمن‌سازی در برابر استرس تأکید کرده که از جمله‌ی این عوامل، نحوه‌ای است که افراد، موقعیت‌های تنش‌زا را برای خود تفسیر می‌کنند (۲۳). آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس، یک تکنیک

منفرد نیست، بلکه یک الگوی درمانی مرکب از برنامه آموزشی نیمه سازمان یافته است و شامل تکنیک‌های تدریس آموزش، بحث سقراطی، بازسازی شناختی، حل مسئله، آموزش آرمیدگی، تصویرسازی ذهنی و رفتاری، آموزش تقویت خود و اقداماتی در جهت تغییر محیط می‌باشد (۲۴).

علیرغم وجود پژوهش‌های مرتبط که اثربخشی دو مداخله فراتشخیصی یکپارچه و درمان ایمن‌سازی در برابر استرس را در متغیرهای مختلف روانشناختی بویژه استرس ادراک شده، تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی نشان داده اند (۲۵-۲۸)، هنوز هیچ مطالعه‌ای در داخل و خارج از کشور وجود ندارد که به مقایسه اثرات این دو مداخله بر متغیرهای فوق بپردازد، بنابراین با توجه به اهمیت این متغیرها در بیماران قلبی-عروقی و انتخاب بهترین مداخله جهت بهبود شرایط روانشناختی آنها، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان ایمن‌سازی در برابر استرس بر تنظیم شناختی هیجان، استرس ادراک شده و کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. از میان بیماران قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان تخصصی قلب خرم آباد، تعداد ۹۰ نفر که با معیارهای پژوهش، همخوانی داشتند به صورت هدفمند انتخاب و با روش نمونه‌گیری تصادفی در سه گروه، ۳۰ نفر برای هر گروه (آزمایش ۱: درمان ایمن‌سازی در برابر استرس، آزمایش ۲: درمان فراتشخیصی یکپارچه و گروه کنترل)، جای داده شدند. بنابراین، حداقل حجم نمونه لازم در مطالعات آزمایشی که برای هر گروه ۱۵ نفر است، رعایت شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل تمایل به شرکت در پژوهش، تشخیص بالینی بیماری عروق کرونری، دامنه سنی ۶۵-۳۰ سال،

¹ Unified Transdiagnostic Treatment

² Barlow

³ Motivation Enhancement

⁴ Psychoeducation

⁵ Emotion Driven Behaviors

⁶ Interoceptive and Situational Exposure

⁷ Stress Inoculation Training

⁸ Meichenbaum

ساکن شهر خرم آباد، داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن رژیم درمانی مشابه، نداشتن سابقه روان پزشکی (مانند اختلالات روان پریشی از جمله اسکیزوفرنی و یا افسردگی اساسی)، اختلالات یادگیری و یا بیماری‌هایی که بر یادگیری آنها تأثیر مستقیم داشته باشد و سابقه بیماری‌های جسمی قابل توجه و تأثیر گذار در نتایج پژوهش مانند دیابت بود. این اطلاعات با استفاده از پرونده‌های بیماران و مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر، اخذ شد. معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری و غیبت بیش از دو جلسه در برنامه‌های درمان بود. همچنین شرکت بیماران در پژوهش بر اساس تمایل، داوطلبانه بود (رضایت کتبی و شفاهی شرط اصلی انجام پژوهش بود) و فرم رضایت‌نامه به بیماران داده شد و هدف پژوهش به طور وضوح به بیماران شرح داده شد. به شرکت کنندگان در پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد (نام و نام خانوادگی بیماران در پرسشنامه قید نشده بلکه کدبندی شد) و در پایان نیز نتایج در اختیار کسانی که تمایل داشتند از نتیجه تحقیق آگاه شوند، قرار گرفت.

فرایند اجرای پژوهش بدین صورت بود که ابتدا تشخیص ابتلا به بیماری بر اساس ملاک‌های سازمان بهداشت جهانی توسط پزشک متخصص قلب و با بهره‌گیری از آزمایش‌های پاراکلینیک از قبیل نوار قلب‌های سریال و بررسی آزمایشگاهی صورت گرفت. پس از تشخیص قطعی و بعد از بهبودی نسبی بیمار و خارج شدن از حالت فوریت پزشکی (دو ماه تا یک سال پس از بیماری)، برای شرکت در جلسات گروه درمانی از بیماران دعوت به عمل آمد. بعد از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی با سوپروایزر بیمارستان تخصصی قلب شهرستان خرم آباد، سالن کنفرانس این بیمارستان برای جلسات گروه درمانی به صورت هفته‌ای یک جلسه (شنبه‌ها) در اختیار ما قرار گرفت. روانشناس بیمارستان هم برای نظارت در جلسات شرکت می‌کرد. در گروه درمان ایمن سازی در برابر

استرس، ۱۰ جلسه و در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه، ۸ جلسه گروه‌درمانی صورت گرفت که هر جلسه بین ۶۰-۷۵ دقیقه و هر هفته ۱ جلسه به طول انجامید. پروتکل درمان ایمن سازی در برابر استرس از کتاب ایمن سازی در برابر استرس مایکنبام (۲۵) (جدول ۱) و درمان فراتشخیصی یکپارچه از کتاب بارلو (۲۶) (جدول ۲) گرفته شد. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر در سه مقطع زمانی پیش آزمون، بلافاصله (پس آزمون) و دو ماه (پیگیری) پس از آزمون استفاده شد. قابل ذکر است که تمامی بیماران هیچ نوع مداخله روانشناختی دیگری در این مدت دریافت نکرده و در هیچ جلسات گروه‌درمانی شرکت ننموده بودند. ابزار پژوهش شامل موارد زیر بود:

فرم اطلاعات دموگرافیک

شامل متغیرهای اصلی مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، درآمد ماهانه و سابقه بیماری

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

این پرسشنامه یکی از ابزارهای معتبر برای ارزیابی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است که توسط گرانفسکی^۱ و همکاران طراحی شده است. این پرسشنامه ۳۶ سؤالی، ۹ راهبرد شناختی مختلف تنظیم هیجان را در دو دسته کلی سازگارانه (مانند پذیرش و تمرکز مجدد مثبت) و ناسازگارانه (مانند نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز کردن) مورد سنجش قرار می‌دهد که هر خرده‌مقیاس، ۴ سوال دارد و نمره‌گذاری بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از ۱ = تقریباً هیچ‌وقت تا ۵ = همیشه) انجام می‌شود. در مطالعه اصلی سازندگان، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مختلف بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۷). پژوهش پازوکی و همکاران نیز پایایی قابل قبولی را نشان داد ($\alpha = 0/81$) (۲۸). در پژوهش

¹ Garnefski

حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ بدست آمد.

پرسشنامه استرس ادراک شده

این پرسشنامه توسط کوهن^۱ و همکاران در سال ۱۹۸۳ طراحی شده و شامل ۱۴ گویه است که استرس ادراک شده فرد را در طول یک ماه گذشته مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نیمی از گویه‌ها (۷ سوال) به احساس عدم کنترل و درماندگی (استرس منفی) و نیمی دیگر (۷ سوال) به توانایی مقابله و مدیریت استرس (استرس مثبت) اشاره دارند. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (بسیار زیاد) انجام می‌شود و برای سوالات مثبت، نمره‌دهی به صورت معکوس صورت می‌گیرد. دامنه نمره کل بین ۰ تا ۵۶ متغیر است که نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر استرس ادراک شده می‌باشد (۲۹). مطالعات مختلف پایایی و روایی بالای این ابزار را تأیید کرده‌اند و ضریب آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (۳۰). در یک مطالعه که توسط طاهری‌کندار و همکاران بر روی نسخه ۱۴ سوالی این پرسشنامه انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار در نمونه ایرانی است (۳۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۷۳ بدست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی، یکی از پرکاربردترین ابزارهای سنجش سلامت مرتبط با کیفیت زندگی است که توسط گروه پژوهشی رند^۲

در سال ۱۹۹۲ توسعه یافت. این پرسشنامه ۸ حوزه سلامت شامل عملکرد جسمانی (۱۰ سوال)، محدودیت نقش جسمانی (۳ سوال)، درد جسمانی (۲ سوال)، سلامت عمومی (۵ سوال)، سرزندگی (۲ سوال)، عملکرد اجتماعی (۲ سوال)، محدودیت نقش عاطفی (۳ سوال) و سلامت روانی (۵ سوال) را می‌سنجد. نمره‌دهی در مقیاس ۰ تا ۱۰۰ انجام می‌شود که نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت بهتر سلامت است. در مطالعات مختلف پایایی و روایی این ابزار بررسی و تأیید شده است (۳۲). نسخه فارسی این پرسشنامه نیز توسط مونتازی و همکاران (۲۰۰۵) اعتبارسنجی شده و در جمعیت ایرانی از ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار است (۳۳). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ بدست آمد.

داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تحلیل شدند. پس از بررسی پیش‌فرض‌های نرمالیتی (آزمون شاپیرو-ویلک) و همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین)، از آزمون‌های تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های دو به دو و محاسبه اندازه اثر^۳ استفاده گردید. همچنین برای کنترل اثر متغیرهای مداخله‌گر، تحلیل کوواریانس (ANCOVA) به کار گرفته شد. تمامی تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS-24 و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام پذیرفت.

³ Partial Eta Squared

¹ Cohen

² RAND

جدول ۱. پروتکل درمانی ایمن سازی در برابر استرس

جلسات	محتوا	تکالیف
اول	اجرای پیش آزمون، معرفی اعضا، برقراری ارتباط و تقویت رابطه مبتنی بر همکاری، مفهوم سازی مشکل و توضیح کلی از روش درمان، تعریف استرس و آشنایی با علایم جسمانی، روانی و رفتاری استرس	نوشتن هدف درمان و مشکلات ناشی از استرس در زندگی روزانه
دوم	بحث و بررسی مشکلات ناشی از استرس در زندگی روزانه و آموزش شیوه‌های مقابله با استرس	نوشتن شیوه‌های مقابله با استرس در فرد
سوم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش و تمرین تکنیک آرمیدگی عضلانی (ریلکسیشن)	تمرین تکنیک آرمیدگی عضلانی (ریلکسیشن)
چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، شناسایی افکار خودآیند منفی، خطاهای شناختی و تکنیک توقف فکر	تمرین شناسایی افکار خودآیند منفی، خطاهای شناختی و تکنیک توقف فکر
پنجم	مرور تکالیف، بازسازی شناختی، جایگزین کردن افکار خودآیند مثبت به جای افکار منفی	تمرین بازسازی شناختی یا جایگزین کردن افکار خودآیند مثبت به جای افکار منفی
ششم	مرور تکالیف، آموزش شیوه حل مسئله (مسئله گشایی)	تمرین حل مسئله
هفتم	مرور تکالیف، آموزش مدیریت خود و برنامه ریزی فعالیت‌ها	تمرین برنامه ریزی کردن
هشتم	مرور تکالیف، آموزش مدیریت خشم	تمرین مدیریت خشم
نهم	بررسی تکالیف، آموزش مهارت ابراز وجود و قاطعیت به صورت نظری و عملی	تمرین مهارت ابراز وجود
دهم	مرور تکالیف و جمع بندی مطالب آموزشی و در نهایت اجرای پس آزمون	اجرای پس آزمون

جدول ۲. پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه

جلسات	محتوا	تکالیف
اول	اجرای پیش آزمون و افزایش انگیزه برای شرکت در درمان	هدف‌های درمانی خود را بیان کنند و گام‌های احتمالی را برای دستیابی به آن‌ها شناسایی کنند.
دوم	آموزش روان‌شناختی و ردیابی تجارب هیجانی (آموزش روانی درباره ماهیت هیجان‌ها، مولفه‌های اصلی تجربه هیجانی و مفهوم پاسخ‌های آموخته شده)	پایش و ردیابی تجربه‌های هیجانی خود، از جمله عوامل نگهدارنده بالقوه (مانند راه انداز معمول و یا هماپندی‌های محیطی).
سوم	آموزش آگاهی از هیجان (افکار، احساس‌های جسمی و رفتارهایی را که ممکن است در پریشانی آن‌ها نقش داشته باشند را بشناسند)	تمرین آگاهی از هیجان (بیماران نحوه واکنش و پاسخ خود را به هیجان‌ها بشناسند و آگاهی غیرقضاوتی و متمرکز بر حال از تجارب هیجانی خود را تمرین کنند)
چهارم	ارزیابی و تغییر ارزیابی شناختی (به بیماران آموزش داده می‌شود که نقش ارزیابی‌های خودآیند ناسازگار در ایجاد تجربه‌های هیجانی، را در نظر بگیرند)	الگوهای تفکر خود را شناسایی کنند، روش‌های اصلاح تفکر ناسازگارانه را تمرین کنند و انعطاف‌پذیری خود را در ارزیابی موقعیت‌های مختلف افزایش دهند.
پنجم	اجتناب از هیجان‌ها و رفتارهای هیجان- خاست (این بخش بر مولفه‌های رفتاری تجربه هیجانی تاکید دارد)	الگوهای اجتناب از هیجان و رفتارهای هیجان- خاست ناسازگارانه (EDB) را شناسایی کند.

ششم	آگاهی از احساس‌های بدنی و مدارا با آن‌ها (افزایش آگاهی از نقش احساس‌های بدنی در تجارب هیجانی، شناسایی نحوه اثرگذاری احساس‌های بدنی در افکار و رفتارها و تاثیر متقابل آن‌ها در احساس‌های بدنی، بیمار در جریان مواجهه با علایم بدنی تحمل خود را نسبت به این احساس‌ها به تدریج افزایش می‌دهد)	مجموعه‌ای از تمرین‌های مواجهه با علایم بدنی، تا بیمار احساس‌های بدنی مشابه با اضطراب و پریشانی را فراخوانی کنند.
هفتم	مواجهه با راه‌اندازهای درونی و بیرونی هیجان (این بخش بر راه‌اندازهای درونی شامل احساس‌های بدنی و بیرونی هیجان تمرکز دارد و به بیماران کمک می‌کند تا تحمل خود را نسبت به هیجان‌ها افزایش دهند، همچنین شرایط را برای یادگیری جدید فراهم می‌کند). تمرکز مواجهه‌ها بر تجربه هیجانی است که در موقعیت‌ها ایجاد می‌شوند و به اشکال تصویری در جلسه قابل اجرا هستند.	بیمار سلسله مراتب اجتناب از هیجان‌ها را به طور تجسمی تمرین کند.
هشتم	پیشگیری از عود (مرور کلی مفاهیم درمانی و بحث و تبادل نظر درباره پیشرفت بیمار، راه‌های تداوم دستاوردهای درمان شناسایی و مشکلات احتمالی پیش بینی شده، بیمار همچنین تشویق می‌شود که از تکنیک‌های درمانی استفاده کند تا در دستیابی به هدف‌های کوتاه و درازمدت، به پیشرفت‌های بیشتری نایل آید). اجرای پس آزمون	اجرای پس آزمون

یافته‌ها

نتایج توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۳ آورده شده است.

از مجموع ۹۰ شرکت‌کننده، ۳۹ نفر (۴۳/۳٪) زن و ۵۱ نفر (۵۶/۷٪) مرد بودند. میانگین سنی نمونه‌ها ۴۵/۲±۵/۱ سال بود. اکثر شرکت‌کنندگان (۹۰٪) دارای تحصیلات زیردیپلم بوده و در طبقه متوسط اقتصادی (۸۷/۸٪) قرار داشتند. تغییرات میانگین نمره استرس ادراک شده در ادامه و در جدول ۴ ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در گروه کنترل، میانگین نمرات متغیرهای استرس ادراک‌شده، تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت را نشان نداد، در حالی که در گروه‌های آزمایش بین میانگین نمرات این متغیرها در هر دو گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود داشت. در جدول ۵ معناداری تفاوت میانگین نمرات در طول زمان بین گروه‌های مورد مطالعه گزارش شده است.

جدول ۳. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیر	گروه	کنترل		
		تعداد (درصد)	درمان فراتشخیصی	ایمن‌سازی
جنسیت	زن	۱۳ (۴۳/۳)	۱۳ (۴۳/۳)	۱۳ (۴۳/۳)
	مرد	۱۷ (۵۶/۷)	۱۷ (۵۶/۷)	۱۷ (۵۶/۷)
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۲۷ (۹۰/۰)	۲۸ (۹۳/۳)	۲۶ (۸۶/۷)
	فوق دیپلم	۳ (۱۰/۰)	۲ (۶/۷)	۴ (۱۳/۳)
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۳ (۱۰/۰)	۳ (۱۰/۰)	۳ (۱۰/۰)
	متوسط	۲۶ (۸۶/۷)	۲۷ (۹۰/۰)	۲۶ (۸۶/۷)
	عالی	۱ (۳/۳)	۰ (۰)	۱ (۳/۳)
سن	(میانگین و انحراف معیار)	۴۵/۵±۲/۱	۴۵/۹±۴/۸	۴۴/۷±۵/۳

جدول ۴. میانگین نمرات استرس ادراک شده، تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی در گروه‌های مورد مطالعه طی سه مرحله زمانی

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	استرس ادراک شده	۴۱/۱	۴/۳۰	۴۱/۳	۴/۴۸	۴۰/۹	۴/۱۱
	تنظیم شناختی هیجان	۹۹/۶	۱۱/۴۹	۹۹/۶۳	۱۱/۴۹	۱۰۳/۸	۱۷/۹۹
	کیفیت زندگی	۳۲/۹۱	۳۳/۷۵	۳۳/۷۵	۱۶/۵۷	۱۵/۴۴	۱۵/۴۴
درمان فراتشخیصی	استرس ادراک شده	۴۰/۸۰	۵/۰۵	۴۱/۶	۲/۳۵	۴۲/۲	۲/۸۴
	تنظیم شناختی هیجان	۱۰۴/۹۶	۱۲/۲۲	۱۱۰/۳	۶/۹۱	۱۱۱/۳۶	۶/۸۶
	کیفیت زندگی	۳۳/۳۳	۶۰/۸۳	۶۲/۰۸	۱۴/۰۵	۶۳/۹۴	۱۴/۱۱
ایمن سازی	استرس ادراک شده	۴۱/۸۳	۴/۴۸	۴۴/۵۳	۸/۵	۴۳/۶۳	۵/۰۶
	تنظیم شناختی هیجان	۱۰۲/۵۶	۱۲/۰۷	۱۰۳	۹/۴۰	۱۰۴/۱۳	۹/۲
	کیفیت زندگی	۳۷/۵	۱۲/۲۸	۴۵/۴۱	۶/۹۵	۴۵/۸۳	۶/۸۳

جدول ۵. مقایسه میانگین استرس ادراک شده، تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی در طول زمان بین گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه	P درون گروهی	اثر زمان	اثر گروه × زمان	اندازه اثر	توان آزمون
استرس ادراک شده	کنترل	۰/۲۹۷				
	درمان فراتشخیصی	۰/۲۱۸	۰/۰۱۴	۰/۰۴۹	۰/۰۵	۰/۵۵
	ایمن سازی	۰/۰۲۷				
تنظیم شناختی هیجان	کنترل	۰/۳۲۶				
	درمان فراتشخیصی	۰/۰۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۷۸	۰/۰۵۱	۰/۵۸
	ایمن سازی	۰/۲۵۴				
کیفیت زندگی	کنترل	۰/۱۶۱				
	درمان فراتشخیصی	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۹
	ایمن سازی	<۰/۰۰۱				

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود با مقایسه تغییرات میانگین نمره استرس بین گروه‌های مورد مطالعه مشاهده شد که تغییرات میانگین نمره استرس گروه درمان ایمن سازی در برابر استرس، در مقایسه با کنترل معنی‌دار بود ($p < ۰/۰۵$) و تغییرات میانگین نمره استرس سایر گروه‌ها در مقایسه با هم معنی‌دار نبود. همچنین بین میانگین تغییرات نمره کل تنظیم شناختی در سه زمان برای افراد گروه کنترل و گروه مداخله ایمن سازی در برابر استرس، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. اما در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار بود ($p < ۰/۰۵$). در مورد میانگین کیفیت زندگی نیز، نتایج نشان داد که برای گروه کنترل، تغییرات میانگین در طول زمان برای افراد این گروه،

معنی‌دار نبود، ولی برای هر دو گروه آزمایش درمان ایمن سازی در برابر استرس و درمان فراتشخیصی یکپارچه، بین میانگین تغییرات در سه زمان، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < ۰/۰۵$).

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو مداخله روان‌شناختی درمان ایمن‌سازی در برابر استرس و فراتشخیصی یکپارچه در کاهش استرس ادراک شده، بهبود تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی انجام شد. یافته‌های مطالعه نشان داد که درمان ایمن‌سازی در برابر استرس (SIT) به‌طور معناداری در کاهش استرس ادراک‌شده در بیماران مؤثر بود. این یافته با مطالعه صدقلو و همکاران (۳۳)

همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مکانیسم عمل درمان ایمن‌سازی در برابر استرس از طریق آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مانند آرام‌سازی عضلانی، حل مسئله و بازسازی شناختی به بیماران کمک می‌کند با موقعیت‌های استرس‌زای بیرونی بهتر کنار بیایند (۳۴). افراد در جلسات ایمن‌سازی در برابر استرس، مهارت‌های حل مسئله، ابراز وجود منطقی، ایفای نقش، جرات‌آموزی، مهارت‌های بین فردی، خودگویی‌های مثبت و دیگر مهارت‌های خودکنترلی را می‌آموزند و در موقعیت‌های طبیعی زندگی خود بکار می‌گیرند (۳۵). در چنین شرایطی افراد به شایستگی شناختی و کفایت رفتاری دست می‌یابند و بهتر می‌توانند متناسب با شرایط محیطی، رفتارهای منطقی‌تر از خود نشان دهند که این به نوبه خود موجب کاهش تنش‌های هیجانی ناشی از موقعیت استرس‌انگیز می‌شود. مطالعات اخیر حاکی از آن است که SIT با ارائه تکنیک‌های عملی و مستقیم به مدیریت واکنش‌های فیزیولوژیکی و شناختی استرس در بیماران قلبی کمک می‌کند. این روش، به‌ویژه در جمعیت‌هایی که استرس حاد، تأثیر مستقیمی بر سلامت قلبی-عروقی دارد (مانند بیماران پس از سکته قلبی)، نتایج سریع‌تر و ملموس‌تری ایجاد می‌کند. درمان فراتشخیصی یکپارچه اگرچه در بهبود کلی کیفیت زندگی و تنظیم هیجانی مؤثر است، اما ممکن است در کاهش فوری سطح استرس بیماران قلبی به اندازه SIT کارآمد نباشد. درمان ایمن‌سازی در برابر استرس با تمرکز بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مانند آرام‌سازی عضلانی و بازسازی شناختی، تأثیر هدفمندتری بر کاهش علائم استرس مرتبط با بیماری‌های قلبی دارد. این در حالی است که درمان فراتشخیصی با وجود مزایای بلندمدت، نیاز به زمان بیشتری برای تغییر الگوهای هیجانی عمیق‌تر دارد.

در مورد متغیر تنظیم شناختی هیجان، نتایج نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه به‌طور معناداری مؤثرتر از درمان ایمن‌سازی بود. این یافته با مطالعه

رودمجانی و همکاران (۳۶) که اثربخشی درمان روان‌درمانی فراتشخیصی یکپارچه در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی بیماران قلبی را نشان دادند و همچنین با پژوهش اوردابادی و همکاران (۳۷) که تأثیر این روش درمانی را بر علائم بالینی، تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی گزارش کردند، همسو بود. تجربه‌های مختلفی بر سر این موضوع توافق دارند که تنظیم هیجان مؤثر شامل مهارت‌های مربوط به آگاهی و ارزیابی هیجان‌ها، تنظیم هیجان‌ها و استفاده انطباقی از هیجان‌ها است (۳۸) و نقش عوامل فراتشخیصی ممکن است در نقایص بکارگیری راهبردهای تنظیم هیجان که زیربنای انواع آسیب‌های روانی هستند، بسیار مهم باشد (۳۹). پروتکل درمان فراتشخیصی با تأکید بر مؤلفه‌های اصلی هیجان‌ها و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، به بیماران کمک می‌کند تا پاسخ‌های هیجانی خود را بهتر مدیریت کنند. تنظیم هیجان فرایندی است که افراد از طریق آن می‌توانند بر نوع، زمان و نحوه تجربه و ابراز هیجان‌های خود تأثیر بگذارند و درمان فراتشخیصی با هدف قرار دادن عوامل فراتشخیصی مشترک در اختلالات هیجانی، می‌تواند منجر به بهبود پایدار در تنظیم هیجان شود (۴۰). در واقع، این درمان یک روش شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان است که به منظور هدف قرار دادن ویژگی‌های مرکزی اختلال‌های اضطرابی و خلقی می‌تواند گزینه‌ای مقصودانه و شاید قدرتمند در مقایسه با پروتکل‌های درمانی موجود کنونی در جهت تنظیم هیجان باشد (۴۱). این رویکرد با هدف قرار دادن مکانیسم‌های فراتشخیصی مانند تحمل پریشانی و بازسازی ارزیابی‌های شناختی، به بیماران کمک می‌کند تا پاسخ‌های هیجانی ناسازگارانه را بهتر مدیریت کنند. این در حالی است که درمان ایمن‌سازی استرس عمدتاً بر مهارت‌های مقابله‌ای موقعیتی تمرکز دارد و تأثیر کمتری بر تغییر الگوهای عمیق‌تر شناختی-هیجانی دارد.

در زمینه کیفیت زندگی نیز نتایج نشان داد، اگرچه هر دو مداخله اثربخش بودند اما درمان فراتشخیصی یکپارچه در مقایسه با درمان ایمن‌سازی، برتری نسبی داشت. این یافته با پژوهش وردجو-گارسیا^۱ و همکاران که گزارش کردند مداخلات یکپارچه فراتشخیصی منجر به بهبود همه‌جانبه‌تر کیفیت زندگی می‌شوند (۴۲)، همسو است. درمان ایمن‌سازی در مقابل استرس (SIT) با هدف کنترل فشار روانی و ارتقای کیفیت زندگی، به بیماران می‌آموزد که موقعیت‌های اضطراب‌زای زندگی را شناسایی کرده و با به‌کارگیری فنونی چون ابراز وجود منطقی، خودگویی‌های مثبت و مهارت حل مسئله، پاسخ‌های مقابله‌ای خود را اصلاح کنند. این فرآیند، بیماران را به مهارت‌های رفتاری و شناختی برای مدیریت استرس مجهز می‌سازد (۳۳) و بهبود کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را به عنوان یک هدف اصلی محقق می‌کند (۴۳).

در مقایسه، یافته‌ها نشان می‌دهد درمان فراتشخیصی یکپارچه از طریق تأثیر همزمان بر مؤلفه‌های هیجانی و شناختی، برتری خود را در بهبود کیفیت زندگی نشان می‌دهد. این رویکرد با تمرکز بر تنظیم هیجانی و کاهش اجتناب تجربه‌ای، به بیماران کمک می‌کند تا با چالش‌های روان‌شناختی ناشی از بیماری قلبی (مانند اضطراب و افسردگی) سازگارتر شوند. از دلایل این برتری می‌توان به تأثیر این درمان بر کاهش علائم روان‌تنی و ارتقای سلامت روان اشاره نمود. درمان فراتشخیصی با هدف قرار دادن مکانیسم‌های زیربنایی مشترک اختلالات مانند تحمل ناپذیری بلا تکلیفی و نشخوار فکری، نه تنها علائم را کاهش می‌دهد، بلکه منجر به بهبودی پایدارتر در عملکرد جسمانی و اجتماعی می‌شود. در مقابل، درمان ایمن‌سازی اگرچه در کوتاه‌مدت می‌تواند مهارت‌های مقابله‌ای را افزایش دهد، اما تأثیر محدودتری بر جنبه‌های

عمیق‌تر پریشانی هیجانی دارد که مستقیماً با کیفیت زندگی بیماران قلبی مرتبط است. همچنین، تبیین این نتایج را می‌توان در ماهیت متمایز تمرکز این دو درمان جستجو کرد: درمان ایمن‌سازی عمدتاً بر مدیریت موانع و استرس‌های بیرونی دنیای روزمره متمرکز است، در حالی که درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان‌ها و وقایع درونی تأکید دارد. این تمایز در زمینه بیماری قلبی بسیار حیاتی است، چرا که شواهد نشان می‌دهد مبتلایان به بیماری قلبی هم در معرض استرس‌های روزمره بیشتری قرار دارند (۴۴) و هم اغلب از تیپ شخصیتی A برخوردارند که با ویژگی‌هایی مانند هیجان‌طلبی، رفتار خصمانه و احساس دائم تنگنای زمان، منجر به ادراک استرس بیشتر و هیجان‌های مهارنشده می‌شود (۴۵). بنابراین، بیماران قلبی همزمان تحت تأثیر عوامل بیرونی و درونی هستند.

مطابق با یافته‌های این پژوهش، درمان ایمن‌سازی توانست بر کاهش استرس ادراک شده و افزایش ارزیابی مثبت مؤثر باشد، در حالی که درمان فراتشخیصی به‌طور معناداری بر راهبردهای تنظیم هیجان بیماران تأثیرگذار بود. با در نظر گرفتن اینکه هر دو درمان به صورت مستقل منجر به افزایش کیفیت زندگی شدند، اما هر کدام تنها بر یک بُعد از مشکل (بیرونی یا درونی) تمرکز داشتند، به نظر می‌رسد طراحی و به‌کارگیری یک پروتکل ترکیبی که بتواند مزایای هر دو درمان را یکجا در خود ادغام کند، راهکار بهینه‌تر و جامع‌تری خواهد بود. چنین پروتکل یکپارچه‌ای می‌تواند بیماران را قادر سازد تا به صورت همزمان بر عوامل بیرونی و درونی که آنها را تهییج کرده و عملکرد دستگاه قلبی را به مخاطره می‌اندازد، غلبه کنند.

محدودیت در هر پژوهشی امر اجتناب ناپذیری است و این مطالعه نیز با برخی محدودیت‌ها همراه بود که باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرد: نمونه‌گیری به روش در دسترس و محدود بودن

¹ Verdejo-García

جامعه آماری به بیماران یک بیمارستان خاص، عدم کنترل کامل متغیرهای مداخله گر مانند مدت زمان ابتلا به بیماری و شدت علائم و کوتاه بودن دوره پیگیری (دو ماه) که ارزیابی اثرات بلندمدت مداخلات را محدود می کند، از جمله محدودیت های مطالعه بود. با توجه به این محدودیت ها، پیشنهاد می شود مطالعات آینده با دوره های پیگیری طولانی تر و نمونه های بزرگ تر انجام شود.

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان داد درمان ایمن سازی در برابر استرس در کاهش استرس ادراک شده بیماران قلبی و درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود تنظیم هیجان و ارتقای کیفیت زندگی نتایج بهتری داشته است. این یافته ها نشان می دهند که درمانگران می توانند با توجه به نیازهای هر بیمار، مداخله هدفمندی را انتخاب کنند: برای بیمارانی که استرس و نیاز به کاهش فوری تنش دارند، پروتکل ایمن سازی در برابر استرس (SIT) با تأکید بر تکنیک های آرام سازی و حل مسئله گزینه مناسب تری است، در

حالی که برای بیماران با مشکلات هیجانی پایدار (مانند نشخوار فکری یا تنظیم هیجان ناسازگارانه)، درمان فراتشخیصی یکپارچه با تمرکز بر عوامل شناختی-هیجانی مشترک، نتایج ماندگارتری ارائه می دهد. همچنین، این یافته ها از ادغام مداخلات روان شناختی در برنامه های استاندارد توانبخشی قلبی به ویژه با طراحی پروتکل های تلفیقی مانند استفاده از SIT در فاز حاد و درمان فراتشخیصی در فاز نگهدارنده حمایت می کند.

تعارض منافع

در این مطالعه، تعارض منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تهران با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1403.091 است. بدینوسیله از تمام عزیزانی که در گردآوری این مطالعه همکاری نمودند، کمال تشکر بعمل می آید.

References

- 1- Khachfe HH, Refaat MM. Bibliometric analysis of cardiovascular disease research activity in the Arab world. *Global Cardiology*. 2024;2(2):25-29.
- 2- Khaltaev N, Axelrod S. Cardiovascular disease mortality and air pollution in countries with different socioeconomic status. *Chronic Diseases and Translational Medicine*. 2024;10(03):247-55.
- 3- Samuel PO, Edo GI, Emakpor OL, Oloni GO, Ezekiel GO, Essaghah AEA, et al. Lifestyle modifications for preventing and managing cardiovascular diseases. *Sport Sciences for Health*. 2024;20(1):23-36.
- 4- Lu W-l, Yuan J-h, Liu Z-y, Su Z-H, Shen Y-C, Li S-j, et al. Worldwide trends in mortality for hypertensive heart disease from 1990 to 2019 with projection to 2034: data from the Global Burden of Disease 2019 study. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2024;31(1):23-37.
- 5- Danpanichkul P, Wattanachayakul P, Duangsonk K, Ongsupankul S, Sripusanapan A, Uawithya E, et al. The burden of alcohol-related cardiovascular complications in young and middle-aged adults: rising burden of atrial fibrillation and hypertensive heart disease. *Acta Cardiologica*. 2024;79(5):549-56.
- 6- Hussain MM, Rafi U, Imran A, Rehman MU, Abbas SK. Risk factors associated with cardiovascular disorders. *Pakistan BioMedical Journal*. 2024;7(2):03-10.
- 7- Picano E, Pierard L, Peteiro J, Djordjevic-Dikic A, Sade LE, Cortigiani L, et al. The clinical use of stress echocardiography in chronic coronary syndromes and beyond coronary artery disease: a clinical consensus statement from the European Association of Cardiovascular Imaging of the ESC. *European Heart Journal-Cardiovascular Imaging*. 2024;25(2):e65-e90.

- 8- Xing A, Hengudomsu P, Ponpinij P. Factors predicting preoperative anxiety among adult patients undergoing cardiac surgery in China: a cross-sectional study. *Belitung Nursing Journal*. 2025;11(2):163-71.
- 9- Gatie BK, Al-Hadrawi HH. Effectiveness of emotional-focused coping on heart-focused anxiety in patients prior to cardiac catheterization. *Current Problems in Cardiology*. 2025;50(7):102917.
- 10- Yang J, Luo J, Tian X, Zhao Y, Li Y, Wu X. Progress in understanding oxidative stress, aging, and aging-related diseases. *Antioxidants*. 2024;13(4):394.
- 11- Satkar SG, Kumar A, Bhusare S, Sahu A, Gautam R. Impact of pollution and toxic stress on fish health: mechanisms, consequences, and mitigation strategies. *Uttar Pradesh Journal of Zoology*. 2024;45(6):29-45.
- 12- Boemo T, Martín-García O, Pacheco-Romero AM, Blanco I, Lafit G, Myin-Germeys I, et al. Not just emotion regulation, but cognition: an experience sampling study testing the relations of ecological interpretation biases and use of emotion regulation strategies with momentary affective states during daily life functioning. *Behaviour Research and Therapy*. 2024;177:104550.
- 13- Duru E, Balkis M. COVID-19 related negative life events and psychological distress: the role of emotion and cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2024;42(1):69-91.
- 14- Pruessner L, Timm C, Kalmar J, Bents H, Barnow S, Mander J. Emotion regulation as a mechanism of mindfulness in individual cognitive-behavioral therapy for depression and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*. 2024;2024:9081139.
- 15- Opatowsky AR, Khairy P, Diller G, Kasparian NA, Brophy J, Jenkins K, et al. Clinical risk assessment and prediction in congenital heart disease across the lifespan: JACC scientific statement. *Journal of the American College of Cardiology*. 2024;83(21):2092-111.
- 16- Rojas M. Valuations of Life/Injury. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer; 2024.
- 17- Lewandowska A, Lewandowski T, Rudzki G, Próchnicki M, Strykowska-Góra A, Laskowska B, et al. Anxiety levels among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and attitudes towards COVID-19 vaccines. *Vaccines*. 2024;12(4):366.
- 18- Liu J, Xu J, Jia L, Zhou Y, Fu Q, Wang Y, et al. Pterostilbene nanoemulsion promotes Nrf2 signaling pathway to downregulate oxidative stress for treating Alzheimer's disease. *International Journal of Pharmaceutics*. 2024;655:124002.
- 19- Gkintoni E, Antonopoulou H, Kazantzi E, editors. Cognitive behavioral therapy for enhancing emotional regulation and resilience in online learning environments. a clinical psychology perspective. In: ICERI2024 Proceedings. 17th International Conference of Education, Research and Innovation; Nov 11-13; Seville, Spain. IATED; 2024.
- 20- Norton PJ, Provencher MD, Roberge P. Transdiagnostic approaches to cognitive behavioural therapy for negative emotional disorders in adults. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2024;66(3):158-70.
- 21- Farchione TJ, Long LJ, Spencer-Lai D, Moreno J, Barlow DH. State of the science: the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behavior Therapy*. 2024;55(6):1189-1204.
- 22- Eslami M, Khoshakhlagh H, Rezaei Dehnavi S, Zareh Neyestanek M. Comparing the effectiveness of unified transdiagnostic treatment of Barlow and acceptance and commitment therapy on rumination and intolerance of uncertainty in Corona victims' wives. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2024;13(2):137-62.
- 23- Wiederhold B. The stress vaccine? how technology can increase resilience. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*. 2024;27(4):235-37.
- 24- Meichenbaum D. Stress inoculation training: a preventative and treatment approach. In: Lehrer PM, Woolfolk RL, Sime WE, editors. *Principles and practice of stress management*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2005.

- 25- Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Latin HM, Ellard KK, Bullis JR, et al. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: therapist guide. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2017.
- 26- Jones MV, Turner MJ. Stress Inoculation Training (SIT). Applying Cognitive Behavioural Therapeutic Approaches in Sport: Routledge; 2023.
- 27- Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*. 2002;16(5):403-20.
- 28- Pazoki L, Entezar RK, Panah AG. Psychometric characteristics of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Psychometry*. 2015;4(14):1-11.
- 29- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983;24(4):385-96.
- 30- Lee E-H. Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nursing Research*. 2012;6(4):121-27.
- 31- Meri F, Sharifi Shahrivar S, Kuhi V, Etemadi M, Kalaei Rad M, Mousavi S. The effectiveness of cognitive-behavioral intervention based on stress-induced immunization training on improving sleep quality and mental health of adults during COVID-19 pandemic. *Journal of Research in Psychopathology*. 2021;2(6):10-16.
- 32- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*. 1992;30:473-83.
- 33- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. Educational inequalities in self-reported health in a general Iranian population. *BMC Research Notes*. 2008;1:1-6.
- 34- Chen B, Wen J, You D, Zhang Y. Implication of cognitive-behavioral stress management on anxiety, depression, and quality of life in acute myocardial infarction patients after percutaneous coronary intervention: a multicenter, randomized, controlled study. *Irish Journal of Medical Science*. 2024;193(1):101-109.
- 35- Sadeghlou E, Pashang S, Sabet M. Effectiveness of stress immunization on resilience, anger rumination, and perceived stress among women with hypertension. *Razavi International Journal of Medicine*. 2022;10(2):7-11.
- 36- Bigonah Roodmajani M, Nayyeri M, Ramezani J. Comparison of mindfulness-based cognitive therapy and integrated transdiagnostic psychotherapy for emotion regulation and distress tolerance. *Elderly Health Journal*. 2024;10(1):52-61.
- 37- Ordoubadi AS, Golmakani ZB, Amiri M, Mansouri A. The effectiveness of transdiagnostic treatment in clinical symptoms, cognitive emotion regulation, and distress tolerance of university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2021;23(1):49-56.
- 38- Iwakabe S, Nakamura K, Thoma NC. Enhancing emotion regulation. *Psychotherapy Research*. 2023;33(7):918-45.
- 39- Nordahl H, Anyan F, Hjemdal O, Wells A. Metacognition, cognition and social anxiety: a test of temporal and reciprocal relationships. *Journal of Anxiety Disorders*. 2022;86:102516.
- 40- Alimehdi M, Mohammadinia Z. The effectiveness of emotion regulation therapy on cognitive disturbance, function, and difficulty in emotion regulation among adolescents. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*. 2022;9(4):9-16.
- 41- Harris KM, Jacoby DL, Lampert R, Soucier RJ, Burg MM. Psychological stress in heart failure: a potentially actionable disease modifier. *Heart Failure Reviews*. 2021;26(3):561-75.
- 42- Verdejo-García A, Rossi G, Albein-Urios N, Lozano OM, Diaz-Batanero C. Identifying internalizing transdiagnostic profiles through motivational and cognitive control systems: relations with symptoms, functionality, and quality of life. *Comprehensive Psychiatry*. 2024;133:152498.
- 43- Flores-Mendoza JB, Robles García R, García-Méndez M, Rodríguez-Argüelles NL. Psychological barriers to adherence to pharmacological treatment of cardiovascular risk conditions in healthcare workers. *Frontiers in Public Health*. 2024;12:1462281.

- 44- Mufassery MR, Asadnia S, Arabi Divrazmi S, Rahimi F, Shahini S, Shahini P. The comparison of illness anxiety disorder with panic disorder based on meta-diagnostic cognitive structures: pain catastrophizing and anxiety sensitivity. *Journal of Research in Psychopathology*. 2023;4(14):29-36.
- 45- Taheri Kondar R, Hassani L, Ghanbarnejad A. The effect of educational intervention based on social support theory on the perceived stress caused by the COVID-19 pandemic in patients with diabetes in hormozgan (2020–2021). *BMC Public Health*. 2024;24(1):691.