

Research Paper



The Effectiveness of Combined Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness on Learned Helplessness, Cognitive Emotion Regulation and Blood Pressure in Patients with Coronary Heart Disease



mahboobe Ramezani Rezaabad¹, Masoumeh Bighonah², Mojtaba Morghzari³, Alireza Taleghani⁴

1. M. Sc of Clinical Science, Ferdous Branch, Islamic Azad University, Ferdous, Iran.
2. PhD in Health Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran.
3. M. Sc in Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran.
4. M. Sc in Clinical Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.25.5](https://doi.org/10.127173852.1401.17.66.25.5)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15286.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Cognitive-behavioral intervention, Mindfulness, Learned helplessness, Cognitive emotion regulation, Blood pressure

Received:
Accepted:
Available:

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a combination of cognitive-behavioral therapy and mindfulness on learned helplessness, cognitive regulation of emotion and blood pressure in patients with coronary heart disease. The present study is a quasi-experimental with pre-test post-test design with a control group. The statistical population of this study included all heart patients referred to a cardiovascular office in Mashhad. The sample size consisted of at least 30 people and for each group 15 people were selected by available sampling method and randomly selected in two experimental and control groups. In this study, the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) of Granfsky et al. (2001), the learned helplessness questionnaire of Quinels and Nelson (2009), and the measurement of blood pressure by the 44 BEURER-B digital device were used. After completing the questionnaires, the data were analyzed using SPSS 26 software. In this regard, multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used to analyze the data. The results showed the effectiveness of the combined method of cognitive-behavioral therapy and mindfulness on the three variables ($P < 0.05$). The components of learned helplessness, cognitive regulation of emotion and blood pressure inefficiently can predispose and perpetuate heart disease. Therefore, in addition to medication, a combination of cognitive-behavioral intervention and mindfulness can be used to prevent recurrence of this chronic disease.



* Corresponding Author:

E-mail:

مقاله پژوهشی



اثربخشی درمان ترکیبی شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر درماندگی آموخته‌شده، تنظیم هیجان شناختی و فشارخون بیماران کرونر قلبی



محبوبه رضائی رضاآباد^{۱*}، معصومه بی‌گناه^۲، مجتبی مرغزاری^۳، علیرضا طالقانی^۴

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد فردوس، دانشگاه آزاد اسلامی، فردوس، ایران.

۲. دکترای روانشناسی سلامت، واحد تربت جام دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.25.5](https://doi.org/10.27173/852.1401.17.66.25.5)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15286.html



چکیده

مشخصات مقاله

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان ترکیبی شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر درماندگی آموخته شده، تنظیم شناختی هیجان و فشارخون بیماران کرونر قلبی بود. پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران قلبی مراجعه کننده به مطب تخصصی قلب و عروق در شهر مشهد بود. حجم نمونه شامل حداقل ۳۰ نفر و برای هر گروه ۱۵ نفر بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند انتخاب شده بودند. در این پژوهش از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، پرسشنامه درماندگی آموخته شده کوینلس و نیلسون (۱۳۸۸)، اندازه‌گیری فشارخون توسط دستگاه دیجیتال ۴۴ BEURER-B استفاده شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌های مزبور با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۶ به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته شد. در همین راستا از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. نتایج پژوهش حاکی از اثر بخشی روش ترکیبی درمان شناختی- رفتاری و ذهن‌آگاهی بر سه متغیر موردنظر بود ($P < 0/05$). مؤلفه‌های درماندگی آموخته‌شده، تنظیم شناختی هیجان و فشارخون به‌صورت ناکارآمد می‌توانند زمینه‌ساز و تداوم بخش بیماری قلبی باشند. لذا در کنار دارودرمانی می‌توان از مداخله ترکیبی شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی جهت جلوگیری از عود این بیماری مزمین استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها:

مداخله شناختی رفتاری، ذهن آگاهی، درماندگی آموخته شده، تنظیم هیجان شناختی، فشارخون

دریافت شده:

پذیرفته شده:

منتشر شده:

* نویسنده مسئول: محبوبه رضائی رضاآباد

رایانامه: mahbooberamezani26@gmail.com

مقدمه

بیماری‌های مزمن پزشکی از مهم‌ترین عوامل مرگ و میر در جهان هستند. بیماری‌های قلبی و عروقی^۱ از جمله بیماری‌های مزمنی هستند که تقریباً هر ساله مرگ ۱۸ میلیون نفر در سراسر جهان را رقم می‌زند (یوسف و همکاران^۲، ۲۰۲۱). بررسی‌های انجام‌شده در ایران نیز نشان می‌دهد که بیماری‌های قلبی و عروقی در بین هر صد هزار نفر ۳۵۰۰ نفر را به خود اختصاص داده است (رنجبران، اکبری، دهکردی، صفاری‌نیا، علیپور، ۲۰۲۰). تعداد زیادی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی نقش کلیدی در بهبودی بیماران مزمن دارد (اسمالهر و لمن، دیتريش^۳، ۲۰۱۸). هنگامی که تلاش بیمار برای بهتر شدن وضعیت بیماری به نتایج مطلوبی منتج نمی‌شود، در این حالت فرد تصور می‌کند هر تلاشی برای بهبودی انجام می‌دهد باز هم محکوم به شکست است و انتظارات برای بهبودی کاهش می‌یابد. این اساس رشد درماندگی آموخته‌شده است که بر شناخت و احساسات فرد تأثیر می‌گذارد. در نتیجه، نقص شناختی ایجاد می‌شود و انگیزه تلاش برای تغییر وضعیت نامطلوب را کاهش می‌دهد (اسمالهر، و لمن، دیتريش، ۲۰۱۸). درماندگی آموخته‌شده به‌عنوان پل ارتباطی با بیماری‌های مزمن متعدد شناخته‌شده است (اسمالهر و دیتريش^۴، ۲۰۱۹). چنین بیماری معمولاً برای حل مشکلاتش هیچ تلاشی نمی‌کند؛ حتی اگر شرایط برای حل مشکل فراهم باشد (اسمالهر و دیتريش، ۲۰۱۹). لذا یک بیمار بدون داشتن باور برای تأثیرگذاری بر نتیجه یک موقعیت استرس‌زا، نسبت به تعدادی از پیامدهای منفی سلامتی، مانند افزایش بستری شدن مجدد، افزایش مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی در معرض خطر است (اسمالهر و لمن، دیتريش، ۲۰۱۸). مروری بر ادبیات تجربی و نظری موجود نشان می‌دهد که درماندگی آموخته‌شده در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند نارسایی کلیوی در مرحله نهایی (تئوفیلیا^۵، ۲۰۱۱)، درد مزمن (کاماچو، ورستپین، چپینگ و سیمونز^۶، ۲۰۱۳)، بیماری قلبی عروقی (اسمالهر و لمن، دیتريش، ۲۰۱۸) با علائم افسردگی همراه است.

همچنین برای بیمار عروق کرونر قلب، عدم تنظیم هیجان شناختی خطر زیستی محسوب می‌شود، از این رو افراد مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی که با مشکلاتی در تنظیم هیجان روبه‌رو هستند، در معرض خطر ابتلا به بیماری قلبی قرار دارند (چیاناروس و همکاران^۷، ۲۰۱۴). البته شناخت و رفتار نقش اصلی را در برخورد با رویدادهای استرس‌زا در تنظیم احساسات بازی می‌کند (عاشوری و آبکنار^۸، ۲۰۲۰). تنظیم هیجان فرآیند پیچیده‌ای است که شامل چندین بعد زیستی، روانی، شناختی (فرایندهای خودآگاه و ناخودآگاه)، رفتاری و اجتماعی است که افراد بیمار از طریق آن احساسات

خود را مدیریت کرده و با موقعیت‌های مختلف کنار می‌آیند (چنگ، زانگ، ونگ، چنگ^۹، ۲۰۲۰). لذا بیماران دارای مشکلات عاطفی، اغلب از راهبردهای غیر انطباقی مانند اجتناب، نگرانی و تفکر وسواسی استفاده می‌کنند. پیش‌نیازهای مداخله در مشکلات عاطفی، اصلاح یا ریشه‌کن کردن راهبردهای غیر انطباقی و آموزش راهبردهای انطباقی است. احساسات از طریق فرآیندهای درون فردی و بین فردی تنظیم می‌شوند. (عاشوری و آبکنار، ۲۰۲۰) طبق پژوهش‌های چنگ، زانگ، ونگ، چنگ (۲۰۲۰) راهبردهای تنظیم ناکارآمد هیجانی (مانند عدم پذیرش^{۱۰}، نشخوار فکری^{۱۱}، سرزنش خود^{۱۲}) به طور مثبت با شدت تنگی عروق کرونر مرتبط هستند، در حالی که راهبردهای تنظیم هیجان کارآمد (مانند تمرکز مجدد مثبت^{۱۳}، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی^{۱۴}) با تنگی شدید عروق کرونر ارتباط منفی دارند. پژوهش‌های ون و همکاران^{۱۵} (۲۰۲۱) نقش عامل تنظیم هیجان را در بروز اختلالات روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی و ...) و جسمانی (کرونر قلبی) برجسته ساخته‌اند.

بر طبق رهنمودهای انجمن قلب و عروق اروپا، از عوامل خطر بیماری‌های قلبی، جنبه‌های آسیب شناختی را مشخص کرده‌است که باعث افزایش مرگ و میر در این گروه از بیماران می‌شوند و آن‌ها را می‌توان به دو گروه قابل اصلاح از جمله فشارخون و غیر قابل اصلاح تقسیم کرد، به همین دلیل باید رفتار سبک زندگی سالم ترویج داده شود (ویرانی و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۰). این عامل یک مشکل بهداشت عمومی و عامل اصلی در مرگ و میر بیماران قلبی و عروقی است (نیوکی، انگوفور، امبه، امبانی^{۱۷}، ۲۰۱۷). به گزارش هوانگ، سو، جیانگ، ژو^{۱۸} (۲۰۲۰) از آنجا که فشارخون بالا با واکنش‌های روان‌شناختی رابطه معناداری برقرار می‌کند، افراد مبتلا به فشارخون بالا به عوامل استرس‌زای حاد، از جمله افزایش مقاومت محیطی بیش از حد پاسخ می‌دهند. بنابراین در طول استرس و اضطراب، فعالیت عصب سمپاتیک عروق خونی اسکلتی عضلانی که مسئول تنظیم فشارخون هستند، افزایش می‌یابد (کلهرنیا گلکار، بنی‌جمالی، بهرامی، حاتمی، احدی، ۲۰۱۵). این امر نیاز به تمرکز بر روی پیشگیری از این بیماری در کاهش بیشتر فشارخون و درمان سایر عوامل عمده خطر کرونر قلب در بزرگسالان با فشارخون ۸۰/۱۳۰ میلی‌متر جیوه را برجسته می‌کند (تاجئو و همکاران^{۱۹}، ۲۰۱۷).

تحقیقات انجام گرفته در طی ۱۰ سال اخیر به این نتیجه رسیده که مداخله شناختی رفتاری^{۲۰} در جلوگیری از پیشرفت علائم و نشانه‌های منفی بیماری مؤثر واقع شده و از این درمان به عنوان تثبیت کننده خلق در طولانی مدت می‌توان استفاده کرد (محمدی، بقولی، مهریار، سامانی، ۱۳۹۹).

1. Cardiovascular diseases
2. Yousef et al
3. Smallheer Smallheer, Vollman, & Dietrich
4. Smallheer and Dietrich
5. Theofilou
6. Camacho, Verstappen, Chipping, & Symmons
7. Gianaros et al
8. Ashori, Abkenar
9. Cheng, Zhang, Wang & Chang
10. Rejection

11. rumination
12. self-blame
13. Positive refocus
14. refocus on planning
15. Wen et al
16. Virani et al
17. Nyuyki, Ngufor, Mbeh, Mbanaya
18. Huang, Su, Jiang, Zhu
19. Tajeu et al
- 20- Cognitive-behavioral intervention

دیگر غیر از دیابت، حداقل سطح تحصیلات بیمار ابتدایی و بالاتر، طول مدت ابتلای به بیماری کرونر قلبی (۶ ماه)، عدم دریافت درمان و خدمات روانپزشکی و روانشناسی به‌طور همزمان با جلسات پژوهش، عدم اعتیاد به مواد مخدر، نداشتن اختلالات شخصیت. همچنین انصراف و تمایل نداشتن به ادامه مشارکت در هر مرحله از مطالعه بنا به دلخواه و تصمیم بیمار و وقوع هرگونه شرایط خاص پزشکی که با ادامه مشارکت افراد مطالعه مغایرت داشته باشد و غیبت بیش از ۳ جلسه به‌عنوان ملاک‌های خروج تعیین شده بود. روش انجام پژوهش حاضر بدین صورت بود که ابتدا پس از اخذ مجوزهای لازم برای ورود و اجرای پژوهش و اخذ موافقت اخلاقی از شرکت‌کنندگان، گروه آزمایش تحت ۸ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) آموزشی مداخله ترکیبی شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی به صورت حضوری در مرکز مشاوره و آموزش مستقیم پژوهشگر اصلی مطالعه قرار گرفتند و گروه کنترل هم به جز دارو درمانی هیچ مداخله روانشناختی دریافت نکردند و در لیست انتظار بودند. در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، متغیرهای وابسته به‌صورت الکترونیکی مورد سنجش قرار گرفتند. همچنین واکنش قلبی و عروقی بیماران (فشارخون سیستولیک و دیاستولیک) به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با مداخله پژوهشگر و توسط دستگاه فشارسنج دیجیتال سنجش و ثبت شد. به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پس از اتمام پژوهش برای بیماران گروه کنترل نیز یک جلسه آموزش مهارت کنترل خشم اجرا گردید.

ساختار کلی مداخله شناختی - رفتاری این جلسات مبتنی بر مدل بک بود. محتوای ترکیبی مداخله شناختی - رفتاری و ذهن‌آگاهی در این پژوهش ارائه شده است:

جدول ۱: خلاصه دستور جلسه و محتوای مداخله

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات، قوانین اصلی گروه، تعداد جلسات و مدت زمان جلسه، بیان انتظارات از شرکت‌کنندگان در جلسات، توضیح مختصر بیماری‌های قلبی و انواع آن و آشنایی با داروهای درمانی مرتبط با این بیماری، اجرای تمرین مایندفولنس (تنفس آگاهانه)، ارائه بروشور (شماره ۱: مشکلات جسمی و پزشکی بیماران و سبک زندگی) و فایل صوتی تمرین ذهن‌آگاهی
جلسه دوم	شیوع بیماری کرونر قلبی، عوامل خطر ابتلا به بیماری کرونر قلبی، سازگاری‌های روانی - اجتماعی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی، بیماری قلبی و سبک زندگی شامل: تغذیه سالم و رژیم غذایی مطلوب، فعالیت و تحرک بدنی، مصرف سیگار، وضعیت خواب، بستری شدن در بیمارستان، مشکلات جنسی بیماران، اجرای تمرین مایندفولنس (بادی اسکن)، ارائه بروشور (شماره ۲: افسردگی و اضطراب در بیماران قلبی) و فایل صوتی تمرین ذهن‌آگاهی

مطالعات عملکرد عصبی میسیاگنا^۱ (۲۰۲۰) نشان داده که این رویکرد باعث فعال شدن مغز و تغییرات عملکردی در مدارهای مغز آمیگدالا^۲، انسولا^۳ و کورتیکولیمبیک^۴ قدامی می‌شود که جنبه‌های شناختی، انگیزشی و احساسی فیزیولوژی و رفتار را کنترل می‌کنند. مداخله شناختی رفتاری از همکاری بیماران به‌عنوان یک عامل انگیزشی استفاده می‌کند تا تغییراتی در رفتار، عقاید و عادت‌های آنها ایجاد شود که می‌تواند خود تقویت شوند. در حقیقت، این مدل بیماران را به‌طور فعال درگیر معالجه خود می‌کند تا بدانند که راه بهبود زندگی آنها تنظیم تفکر و رویکرد آنها به موقعیت‌های روزمره است (هیول، رکتور و سگال^۵، ۲۰۲۱). همچنین مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۶ (MBI) به‌طور فزاینده‌ای محبوب شده‌اند و برای انواع شکایات روانی و جسمی از جمله استرس و اضطراب استفاده می‌شوند. تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی شامل تمرکز بر افکار و احساسات فیزیولوژیکی فعلی است و به فرد آموزش می‌دهد تا به جای واکنش ناخودآگاه، آگاهانه عمل کند. این فرایند به بیمار کمک می‌کند تا به جای اینکه در نگرانی‌های آینده غرق شود بر تجربه فعلی متمرکز بماند و پذیرش آن را افزایش دهد (کایرو و همکاران^۷، ۲۰۲۰).

لذا با توجه به اینکه درمان‌دگی آموخته‌شده با علائم افسردگی در بیماران قلبی همراه است (اسمالهر ولمن، دیتربیش، ۲۰۱۸) و تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان متغیری است که به طور مثبت با شدت تنگی عروق کرونر مرتبط هستند (چنگ، زانگ، ونگ، چنگ، ۲۰۲۰) و همچنین طبق نتایج مطالعات تاجتو و همکاران (۲۰۲۱) تنظیم بهینه فشارخون که جهت بهبود و عدم پیشرفت این بیماری مؤثر می‌باشد و همچنین با توجه به اینکه معدود پژوهش داخلی و خارجی در این زمینه شکل گرفته بود، اهمیت بررسی نقش ترکیبی درمان شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر روی بیماران عروق کرونر قلبی را در این مطالعه برجسته‌تر می‌کند. با توجه به آنچه اشاره شد، هدف اصلی مطالعه حاضر این است که آیا درمان ترکیبی شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر درمان‌دگی آموخته‌شده، تنظیم هیجان شناختی و فشارخون در بیماران کرونر قلبی تأثیرگذار است؟

روش

پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران قلبی تحت درمان پزشکی و مراجعه‌کننده به مطب تخصصی قلب و عروق شهر مشهد بودند که از بین آنها بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی، در نیمه اول سال ۱۴۰۰ به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. حجم نمونه شامل حداقل ۳۰ نفر و برای هر گروه ۱۵ نفر بود که به شیوه نمونه‌گیری دردسترس و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جابجایی شدند انتخاب شده بودند. در پژوهش حاضر ملاک‌های ورود عبارت بود از: تمایل به شرکت در مطالعه با رضایت آگاهانه، محدوده سنی ۴۰ تا ۷۵ سال، عدم ابتلا به بیماری مزمن پزشکی

5. Hawley, Rector, Segal
6. Mindfulness based interventions
7. kairo et al

1. Misciagna
2. Anterior brain amygdala
3. insula
4. corticolimbic circuits

جلسه سوم	لیست مشکلاتی که بیماران نوشته‌اند (مشکلات روانی، رژیم غذایی، سبک زندگی و...) و مشخص کردن مشکلاتی که شایع‌تر است. بیان اهداف درمان با توجه به مشکلات روانی که بیماران قلبی با آن درگیر هستند. توضیح مدل مثلث شناختی و بررسی فن افکار اتوماتیک منفی و توضیح مختصر درباره اضطراب و خشم و مشکلات روانی بیماران
جلسه چهارم	کرونر قلبی شامل افسردگی و اضطراب، اجرای تمرین مایندفولنس (پیاده روی ذهن آگاهانه)، ارائه بروشور (شماره ۳: توضیح مدل شناختی رفتاری) و فایل صوتی تمرین ذهن آگاهی
جلسه پنجم	توضیح دادن درباره‌ی درمان شناختی رفتاری توسط بیماران و بیان تجارب واحساس خود درباره‌ی تمرین ذهن آگاهانه که در طول هفته گذشته داشته‌اند. ادامه تکنیک افکار اتوماتیک منفی، توضیح خطاهای شناختی و تشخیص هر کدام به صوت جداگانه، اجرای تکنیک شواهد و چالش افکار خودآیند منفی و پیدا کردن فکر جایگزین واقعی، پر کردن جدول ثبت افکار روزانه در طی هفته و ادامه تمرین پیاده روی ذهن آگاهانه همراه با فایل صوتی.
جلسه ششم	توضیح افسردگی و اضطراب در بیماران قلبی، اجرای تکنیک پیکان رو به پایین و چالش افکار خودآیند منفی، تمرین تنفس دیافراگمی و تمرکز، تمرین تنفس دیافراگمی و تمرکز در منزل.
جلسه هفتم	آگاهی و مدیریت استرس، مؤلفه‌های استرس و تاثیرات جسمی آن، بررسی افکار منفی و تحریفات شناختی، شناسایی خودگویی‌های غیر منطقی و جایگزینی افکار منطقی و اجتناب از خودانتقادگری، اجرای تمرین مایندفولنس (بادی اسکن و تصویرسازی ذهنی).
جلسه هشتم	یکپارچگی مدیریت استرس و آرمیدگی در زندگی، تعریف مقابله، انواع مقابله و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای، حل مسأله، اجرای تمرین‌های خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی و تکنیک نرم کردن. آموختن مسائلی در مورد خشم، آگاهی از پاسخ‌ها و الگوهای خاص خشم، مدیریت خشم و شیوه‌های ابرازگری، حمایت‌های اجتماعی به‌عنوان منبع مقابله با استرس، اجرای تمرین مراقبه شمارش تنفس و تمرین مراقبه نور خوشید، پیشگیری از عود و کنترل، مرور و جمع‌بندی برنامه درمانی.
	- در ضمن در تمام جلسات درمانی، بررسی وضعیت خلقی اعضا از هفته گذشته تا کنون، توضیح دستور جلسه، پل زدن به جلسه قبل و مرور تکالیف، جمع بندی مطالب، گرفتن بازخورد از اعضای گروه در مورد جلسه نیز مورد بررسی قرار می‌گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ): این پرسشنامه توسط گرانفسکی، کرایچ و اسپینهاون^۲ (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند و ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۷۱ صدم تا ۸۱ صدم گزارش شده است. این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره‌ای

1. Emotion regulation questionnaire
2. Granfsky, Kraaij & Spinhoven

(از همیشه یا هرگز) می‌باشد که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در مجموع نه عامل به قرار، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه آمیز کردن، نشخوار فکری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، پذیرش، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در تحقیق عاشوری و آبکنار (۲۰۲۰) ضرایب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای راهبردهای تطبیقی و غیرانطباقی به ترتیب ۷۸ صدم و ۸۰ صدم برآورد شده است. در تحقیق ایشان اعتبار تحلیل عاملی تأییدی برای راهبردهای تطبیقی و غیرانطباقی به ترتیب ۷۷ صدم و ۸۱ صدم برآورد شده بود که هر دو ضریب در سطح $p < 0/0001$ معنی‌دار بودند.

پرسشنامه درماندگی آموخته‌شده: این مقیاس توسط کوینلس و نیلسون^۳ (۱۹۸۸) طراحی شده است. افراد در مورد ۲۷ گزاره موقعیت خود را بر اساس طیف لیکرت مشخص می‌کنند. نمره‌گذاری آن از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) صورت گرفته است. درستی این پرسشنامه توسط کوینلس و نیلسون (۱۹۸۸) ۷۹ صدم و قابلیت اعتماد به آن به روش آلفای کرونباخ آن را ۸۶ صدم گزارش شده است. این ابزار برای روشن ساختن حیطه‌های خاص درماندگی آموخته شده در افراد کارایی بالایی دارد که با مصاحبه قابل تشخیص نیست. حداقل نمره فرد ۲۷ و حداکثر آن ۲۷۰ می‌باشد. که نمره بالاتر نشان دهنده درماندگی آموخته شده بیشتر می‌باشد. در پژوهش تمدنی آصف آباد، مسعودی، کوهستانی (۱۳۹۸) روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مقدار ۸۷ صدم بدست آمده است. در پژوهش میرنسب و قره‌آغاجی (۲۰۱۵) نیز پایایی پرسشنامه به روش همسانی درونی محاسبه گردید و ضریب آلفای کرونباخ ۹۳ صدم به‌دست آمد.

اندازه‌گیری فشارخون توسط دستگاه دیجیتال ۴۴ BEURER-BM: در پژوهش حاضر واکنش قلبی و عروقی بیماران (فشارخون سیستولیک و دیاستولیک) به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون اندازه‌گیری شد. به‌این ترتیب که فشارخون افراد در دو گروه آزمایش و کنترل با مداخله مستقیم پژوهشگر و توسط دستگاه فشارسنج دیجیتال سنجش و ثبت شد. قابل ذکر است که فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۲۰ میلی متر جیوه و فشارخون دیاستولیک کمتر از ۸۰ میلی متر جیوه تعریف شده است. شرایط اندازه‌گیری فشارخون: بیماران باید در حالت نشسته با پشتی راحت قرار بگیرند. بیماران باید ۳۰ دقیقه قبل از اندازه‌گیری از استعمال دخانیات یا خوردن کافئین خودداری کنند. اندازه‌گیری باید پس از حداقل ۵ دقیقه استراحت آغاز شود.

نتایج

در این مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۶ به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته شد. در بخش آمار توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات، جنسیت و وضعیت تأهل آزمودنی‌ها به تفکیک گروه بررسی شده است. هر دو گروه از نظر مشخصات جمعیت شناختی از جمله سن، جنس، تأهل، میزان تحصیلات، مشابه و از نظر آماری همگن بودند. میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش $42/26 \pm 7/97$ سال و در گروه کنترل $41/01 \pm$

3. Quinless, Nelson

جدول ۳: تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه در نمره تنظیم هیجان شناختی

منبع پراکندگی	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	مجذور اتا
مدل	۵۷۱/۴۱	۱	۲۸۵/۷۱	۳/۷۱	۰/۰۳۸	۰/۲۱۶
اصلاح‌شده						
متغیر کمکی (پیش‌آزمون)	۹۱/۴۱	۱	۹۱/۴۱	۱/۱۸	۰/۲۸۵	۰/۰۴۲
گروه	۵۱۸/۱۳	۱	۵۱۸/۱۳	۶/۷۳	۰/۰۱۵	۰/۲۰۰
خطا	۲۰۷۶/۰۴	۲۷	۷۶/۸۹			
کل	۲۸۷۶۴/۰۰	۳۰				
کل اصلاح‌شده	۲۶۴۷/۴۶	۲۹				

طبق جدول ۳ میانگین گروه آزمایش و کنترل در نمره تنظیم شناختی هیجان تفاوت معناداری دارد ($P < 0.05$). حجم اثر مداخله آزمایشی برابر با ۰/۲۰۰ است.

در جدول شماره ۴ تاثیر این درمان ترکیبی را بر فشارخون افراد مبتلا به عروق کرونر قلبی مورد بررسی قرار گرفت:

جدول ۴: تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه در نمره فشارخون

منبع پراکندگی	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	مجذور اتا
مدل	۶۵/۰۱	۲	۳۲/۵۰	۴۳/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱
اصلاح‌شده						
متغیر کمکی (پیش‌آزمون)	۴/۳۴	۱	۴/۳۴	۵/۷۵	۰/۰۲۴	۰/۱۷۶
گروه	۱۸/۰۱	۱	۱۸/۰۱	۲۳/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۹
خطا	۲۰/۳۷	۲۷	۰/۷۵۵			
کل	۴۵۱۸/۹۳	۳۰				
کل اصلاح‌شده	۸۵/۳۹	۲۹				

بر اساس جدول شماره ۴ میانگین گروه آزمایش و کنترل در سطح فشارخون تفاوت معناداری دارد ($P < 0.05$). حجم اثر مداخله آزمایشی ۰/۴۶۹ بود.

جدول شماره ۵ اصلی‌ترین نتیجه آزمون مانکوا را که تأیید یا عدم تأیید تفاوت معنادار میان متغیرها را بیان می‌کند، می‌باشد.

جدول ۵: نتایج جدول معناداری آزمون مانکو

منبع پراکندگی	مقدار F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۲۷/۵۶	۷	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲۸
لامبدای ویلکز	۲۷/۵۶	۷	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲۸
اثر هتلینگ	۲۷/۵۶	۷	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲۸
بزرگ‌ترین ریشه	۲۷/۵۶	۷	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲۸

جدول ۵، ۴ آزمون مهم دارد که از بین این آزمون‌ها نتایج آزمون اثر پیلایی و لاندای ویلکز از همه مهم‌تر است. آزمون اثر پیلایی که هرچه به یک نزدیک‌تر باشد بیانگر وجود تفاوت معنادار در دو گروه آزمایش و کنترل است (۰/۹۲۸). آزمون لامبدای ویلکز که این آزمون با نزدیک بودن به مقادیر صفر مؤید تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل است (۰/۰۷۲). با توجه

۴۳/۱۳ سال بود. تعداد زنان و مردان در گروه آزمایش به ترتیب ۷ نفر (۴۶٪) و ۸ نفر (۵۴٪) و در گروه کنترل به ترتیب ۹ نفر (۶۰٪) و ۶ نفر (۴۰٪) بودند. تعداد افراد متاهل و مجرد در گروه آزمایش به ترتیب ۹ نفر (۶۰٪) و ۶ نفر (۴۰٪) و در گروه کنترل به ترتیب ۱۰ نفر (۶۷٪) و ۵ نفر (۳۳٪) بودند.

برای بررسی پیش‌فرض نرمالیتی از آزمون شاپیروویلکز استفاده شد ($P < 0.01$). پیش‌فرض بعدی آزمون همگنی واریانس‌ها است. بدین منظور از آزمون لوین استفاده شده و نتایج مورد بررسی قرار گرفت. براساس واریانس نمرات دو گروه در همه متغیرها برابر است ($P > 0.01$)، بنابراین از این نظر معنی برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس و تحلیل کوواریانس برای آزمون فرضیه‌های پژوهش وجود ندارد.

همچنین با بیان میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک گروه و زمان اندازه‌گیری پرداخته شد (جدول شماره ۱).

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایشی و کنترل

گروه	کنترل		آزمایش	
	تعداد	انحراف استاندارد	تعداد	انحراف استاندارد
کنترل شناختی هیجان	۱۵	۸/۹۶	۹۳/۰۰	۸/۷۱
	۱۵	۶/۹۷	۹۳/۴۶	۱۰/۳۰
درماندگی آموخته‌شده	۱۵	۱۸/۰۳	۸۴/۰۶	۱۱/۵۲
	۱۵	۱۵/۵۲	۸۲/۵۳	۱۱/۹۳
فشارخون	۱۵	۱/۷۴	۱۴/۱۱	۱/۷۸
	۱۵	۱/۴۶	۱۳/۱۲	۱/۴۰

براساس جدول ۱ واریانس نمرات دو گروه در همه متغیرها برابر است ($P > 0.01$). تحلیل‌ها نشان داد که پیش فرض‌های اصلی این روش تحقق یافته است ($P < 0.01$).

جدول ۲: تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه در درماندگی آموخته‌شده

منبع پراکندگی	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	مجذور اتا
مدل اصلاح‌شده	۳۰۰۶/۰۴	۲	۱۵۰۳/۰۲	۱۳/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸
متغیر کمکی (پیش‌آزمون)	۲۳۳۳/۹۱	۱	۲۳۳۳/۹۱	۲۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵
گروه	۶۸۳/۵۹	۱	۶۸۳/۵۹	۶/۰۸	۰/۰۲۰	۰/۱۸۴
خطا	۳۰۳۴/۷۵	۲۷	۱۱۲/۳۹			
کل	۱۸۷۶۲۶/۰۰	۳۰				
کل اصلاح‌شده	۶۰۴۰/۸۰	۲۹				

بر اساس جدول ۲ میانگین گروه آزمایش و کنترل در نمره درماندگی آموخته‌شده تفاوت معناداری دارد ($P < 0.05$). حجم اثر مداخله آزمایشی برابر با ۰/۱۸۴ است. به عبارت دیگر درمان شناختی رفتاری بر درماندگی آموخته‌شده تأثیر معناداری دارد.

بر طبق جدول ۳ درمان ترکیبی شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان تأثیر معناداری دارد.

پیدا کنند؛ بدین ترتیب باید گفت کاهش استرس باعث افزایش اعتمادبه‌نفس و بهبود وضعیت سلامتی بیمار قلبی می‌شود.

همچنین درمان ترکیبی شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان بیماران کرونر قلبی تأثیر معناداری دارد. این نتایج همسو با مطالعات (سیفالله زاده، هاتمی، احدی، غفاری نژاد^۱، ۲۰۲۱؛ قاسم زاده نساجی، ۱۳۸۹؛ بومیا و همکاران^۲، ۲۰۲۰) می‌باشد. به این ترتیب که بی‌نظمی شناختی هیجان یکی از عوامل تأثیرگذار در بیماری قلبی است و درمان شناختی رفتاری در بهبود تنظیم شناختی هیجان بیماران قلبی تأثیر دارد. بومیا و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعات خود به این نتیجه رسید که اجرای مداخله شناختی رفتاری موجب افزایش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مساله‌مدار، راهبردهای شناختی متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت در تنظیم هیجانات و نیز کاهش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و راهبردهای شناختی خودسرزنش‌گری، نشخوارذهنی، فاجعه‌آمیزکردن در تنظیم شناختی هیجانات شده است. لذا برنامه‌های پیشگیری از استرس که تمرین‌های ذهن‌آگاهی و تکنیک‌های بازسازی شناختی را ترکیب می‌کنند می‌تواند سطوح فردی ذهن‌آگاهی را بهبود بخشد و خلق و خوی مثبت را حفظ کند. راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجانی مختلف (مانند پذیرش، نشخوار فکری، قرار دادن در چشم‌انداز) به طور مثبت با شدت تنگی عروق کرونر مرتبط هستند، درحالی‌که راهبردهای تنظیم هیجان سازگار (مانند تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی) با شدت تنگی عروق کرونر ارتباط منفی دارند (چنگ، زانگ، ونگ، چنگ، ۲۰۲۰). علاوه بر این، بین عواطف مثبت و احساسات منفی یک مبادله وجود دارد: افزایش احساسات مثبت به عنوان کاهش احساسات منفی دیده می‌شود (ون و همکاران، ۲۰۲۱).

درمان شناختی رفتاری با رفع موانع بالقوه، آموزش مهارت‌های حل مسئله و مقابله با سرخ‌های استرس به افزایش کنترل علائم حیاتی کمک کرده است. این دو رویکرد به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا دانش و مهارت‌های نامبرده را به طور مؤثرتری بهبود بخشند. علاوه بر این، اکثر شرکت‌کنندگان قبل از مداخله سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی داشتند. نتایج مطالعه نشان داد که مداخله با افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت و کاهش استفاده از مکانیسم‌های مقابله‌ای منفی، انتخاب سبک‌های مقابله‌ای شرکت‌کنندگان را به طور مؤثر تغییر داد. ذهن‌آگاهی ممکن است با آموزش افراد برای ارزیابی مجدد ادراکات حسی (از جمله درد) به شیوه‌ای بدون قضاوت، تنظیم شناختی و عاطفی و ادراکی را تقویت کند. تمرکز حواس به اندازه درمان دارویی فرکانس درد را کاهش می‌دهد (ولز و همکاران^۳، ۲۰۲۰). با گذشت ۸ جلسه، تمرین منظم تکنیک شواهد تأییدکننده و ذهن‌آگاهی به افراد این امکان را می‌دهد که نسبت به محیط خود و هر چیزی که در طول روزشان پیش می‌آید با منطقی و آرامش و متانت بیشتری واکنش نشان دهند. بر طبق نتایج، درمان ترکیبی شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر فشارخون بیماران کرونر قلبی تأثیرگذار است. برخی از پژوهش‌ها (تاجتو و همکاران

به جدول میزان اثر پیلای بسیار به یک نزدیک بوده و میزان لامبدای ویلک نیز به صفر نزدیک است. بر اساس جدول بالا میانگین گروه آزمایش و کنترل در زیر مقیاس‌های تنظیم‌شناختی هیجان دارای تفاوت معنی‌داری هستند. مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس با آزمون باکس انجام شد. نتایج حاکی از برقراری مفروضه می‌باشد (Box's $M=35/49$) و ($p=0/585$)

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان ترکیبی شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر درماندگی آموخته‌شده، تنظیم هیجان شناختی و فشارخون در بیماران عروق کرونر قلبی بود. نتایج پژوهش حاکی از این بود که روش ترکیبی درمان شناختی- رفتاری و ذهن‌آگاهی بر سه متغیر موردنظر تأثیرگذار می‌باشد ($P<0/05$). طبق نتایج، درمان ترکیبی شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر درماندگی آموخته‌شده بیماران کرونر قلبی تأثیر معناداری دارد. چنین مداخله‌ای اغلب از رویکردهای روان‌شناختی، راهبردهای مدیریت رفتاری و آموزش مدیریت خشم استفاده می‌کند. هم درمان شناختی رفتاری و هم مهارت‌های ذهن‌آگاهی عناصر کلیدی مداخله بودند. بنابراین، تمام تکنیک‌هایی که استفاده کردیم باید به شرکت‌کنندگان در تنظیم مؤثر احساساتشان کمک می‌کرد.

طبق تحقیقات انجام‌شده توسط مؤمنی، امید، رایگان، اکبری (۱۳۹۷) هدف ذهن‌آگاهی افزایش آگاهی لحظه‌ای است. این مهارت یک راه شخصی جدید برای مقابله با استرس ارائه می‌دهد. علاوه بر این، عوامل استرس‌زای بیرونی بخشی از زندگی انسان و تغییرناپذیر هستند، اما روش‌های مقابله با استرس و پاسخ به عوامل استرس‌زا ممکن است تغییر کند. در تبیین این نتایج و موازی با مطالعه حاضر شلدون و گاتریت^۱ (۲۰۲۰) با هدف مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای بزرگسالان مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی به این نتیجه رسید که مداخلات ذهن‌آگاهی و مداخلات روان‌شناختی اثرات مطلوبی بر پیامدهای روانی و فیزیولوژیکی در میان بزرگسالان مبتلا به بیماری قلبی عروقی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به تأثیرپذیری ارزیابی‌های شناختی فرد در حوزه اطلاعات بدنی، انحراف توجه از اطلاعات بدنی بالقوه تهدیدکننده، افزایش مقاومت در برابر اطلاعات بدنی مزاحم، تغییر در توضیح و تفسیر احساسات بدن و خودکارآمدی درد در نتیجه افزایش آن اشاره کرد. شرکت‌کنندگان با استفاده از تکنیک تنبیه و پاداش موفق شدند که دستاوردهای خود را در گروه حفظ کنند؛ بعلاوه خودآگاهی آن‌ها در مورد انگیزه‌های رفتاری و عدم دستیابی به نتیجه دلخواه علیرغم تلاش مداوم به‌خصوص در روابط بین فردی نیز به آن‌ها در تغییر شرایط موجود و بهبود درماندگی آموخته‌شده کمک کرد. همچنین در این پژوهش بیماران مبتلا به بیماری قلبی با سبک مقابله‌ای کارآمد مسئله‌مدار در کنار سبک‌های اسنادی سازگانه، از مهارت‌های شناختی خود برای تبیین استرس ناشی از بیماری خود استفاده کردند و توانستند راه‌حل‌های مناسبی را برای کاهش نگرانی‌ها

1. Sheldon, Gathright
- 2.-Seifollahzadeh, Hatami, Ahadi, Ghaffarnejad

3. Bomyea et al
4. Wells

بهبود بسیاری از شرایط بیماری مزمن مانند کنترل فشارخون کمک می‌کند (ولز و همکاران، ۲۰۲۰).

در مجموع، با عنایت به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه‌های درماندگی آموخته‌شده، تنظیم شناختی هیجان و فشارخون به صورت ناکارآمد می‌توانند در تداوم، عود و وخامت بیماری قلبی نقش کلیدی داشته باشند. از آنجا که عوامل روانی نقش مهمی در بیماری‌های قلبی دارد، ارائه‌ی مداخلات ذکر شده به این جامعه آماری نه تنها می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل باشد، بلکه با آموزش سبک زندگی کارآمد و بهزیستی روانی به این بیماران، می‌تواند روند درمان را تسریع بخشیده و باعث کاهش هزینه‌های درمان و استفاده از خدمات درمانی گردد. تفاوت این پژوهش با پژوهش‌های قبلی در امکان تغییر شناخت‌های مخرب و تمرین آموخته‌های ذهن‌آگاهی در جلسات بود که تداوم این تمرین‌ها را بعد از اتمام جلسات در زندگی روزمره نیز فراهم آورد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی به بررسی پایداری اثرات درمان نیز پرداخته شود. همچنین در سطح کلی توصیه می‌شود که روان‌درمانگران، متخصصان و سیاست‌گذاران حوزه پیشگیری با برگزاری دوره‌های آموزشی و تدوین جزوات، بیماران را با تأثیر شناخت، باورها، انتظارات و اهداف و انگیزه بر خوش‌بینی و مدیریت هیجان و فشارخون آگاه سازند.

تقدیر و تشکر

در پایان، بر خود لازم می‌دانم که از کلیه افراد شرکت‌کننده و سایر دوستانی که در این پژوهش یاریگر ما بودند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایم.

منابع

- تمدنی آصف آباد، سحر؛ مسعودی، شاهده؛ کوهستانی، لاله. (۱۳۹۸). پیش‌بینی پذیرش همسر آزاری بر اساس درماندگی و تصویر بدنی در زنان. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲ (ویژه شماره ۱)، ۵۳-۶۰.
- رنجبران، رضا؛ اکبری، علی؛ دهکردی، مهناز؛ صفاری‌نیا، مجید؛ علیپور، احمد. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر سرزندگی، بهزیستی روان‌شناختی و فشارخون زنان مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی. *سلامت جامعه*، ۲۱(۱۴)، ۶۶-۷۷.
- قاسم زاده نساجی، سوگند؛ پیوسته گر، مهرانگیز؛ حسینیان، سیمین؛ موتابی، فرشته؛ بنی هاشمی، سارا. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانان زنان، *نشریه بین‌المللی علوم رفتاری*، ۱(۱۴)، ۳۵. magiran.com/p/۷۲۷۹۱۵.
- کلهرنیا گلکار، مریم؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات؛ بهرامی، هادی؛ حاتمی، حمیدرضا؛ احدی، حسن. (۱۳۹۳). اثربخشی ترکیب آموزش مدیریت استرس و معنویت درمانی بر فشارخون، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا. *مجله روان‌شناسی بالینی*، پاییز ۱۳۹۳، ۱-۱۱.
- محمدی، فرزانه؛ بقولی، حسین؛ مهربار، امیر هوشنگ؛ سامانی سیامک. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم پرخاشگری و مانیا در بیماران اختلال دوقطبی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، بهار، ۲۱(۳) و ۱-۱۳.
- میرنسب، میر محمود؛ قره‌اقاجی، سعید. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای جهت‌گیری هدف و درماندگی آموخته‌شده در رابطه بین نظریه‌های ضمنی هوش و پیشرفت تحصیلی، *مجله مطالعات آموزش و پرورش*، ۱(۱)، ۱-۱۱. magiran.com/p/1929932.

(۲۰۲۱)، ویرانی و همکاران (۲۰۲۰)، برکنترل میزان شاخص فشارخون پرداخته‌اند و افزایش آن را عامل مهمی در بروز بیماری‌های قلبی و عروقی دانسته‌اند. رنجبران، اکبری، دهکردی، صفاری‌نیا، علیپور (۱۳۹۸) به این نتیجه رسیدند که آموزش ذهن‌آگاهی بر بهبود سرزندگی، بهزیستی روانشناختی و فشارخون بیماران قلبی و عروقی تأثیر گذار است. می‌توان گفت که میزان بالای کورتیزول می‌تواند ناشی از سبک زندگی پر استرس باشد. استرس زیاد می‌تواند فشارخون را بالا ببرد که نهایتاً بیمار را بیش‌تر در معرض خطر بیماری قلبی قرار می‌دهد. در همین راستا در پژوهش سیف‌الله زاده، هاتمی، احدی، غفاری نژاد (۱۴۰۰) با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مصاحبه‌انگیزی بر سازگاری روانی اجتماعی، هورمون کورتیزول و تنظیم شناختی هیجان در بیماران عروق کرونر قلب به این نتیجه رسیدند که تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هر دو گروه مداخله شناختی رفتاری و مصاحبه‌انگیزی بر بهبود سازگاری روانی اجتماعی، کاهش هورمون کورتیزول در بیماران عروق کرونر قلب و بهبود تنظیم شناختی هیجان نسبت به گروه کنترل در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری داشته‌اند.

مداخله شناختی رفتاری، برای شرایط پزشکی مزمن، از ۶ مؤلفه زیر تشکیل شده است: ارزیابی شدت و ماهیت بیماری، آموزش کارآمد، ترمیم شناختی، مدیریت استرس، خود انعکاس و یک برنامه دقیق که فرد را قادر می‌سازد تا مهارت‌های شناختی جدیدی کسب کند (مومنی، امید، رایگان، اکبری، ۲۰۱۸). بنابراین با کنترل هیجانان و استرس ناشی از آن، قشر جلوی مغز، قشر سینگولات و هیپوکامپ افزایش فعالیت را نشان می‌دهند و آمیگدال کاهش فعالیت مطابق با تنظیم هیجانی بهبود یافته را نشان می‌دهد (میسایگان، ۲۰۲۰). در همین راستا در سطح فیزیولوژیکی، تولید هورمون‌های اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین کاهش پیدا می‌کند که در نتیجه فشارخون به میزان زیادی کاهش می‌یابد (شیبا، ۲۰۲۱).

طبق نتایج حاصل از این مطالعه درمان ترکیبی شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر درماندگی آموخته‌شده، تنظیم هیجان شناختی و فشارخون در بیماران عروق کرونر قلبی تأثیرگذار بود. درمان شناختی رفتاری یکی از درمان‌هایی محسوب می‌شود که جهت بهبود علائم و نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی مورداستفاده قرار می‌گیرد. درمان شناختی رفتاری از دو فرایند راهبردهای شناختی و راهبردهای رفتاری تشکیل شده است که راهبردهای شناختی شامل کشف تحریف‌های شناختی و اضطراب‌آور، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های منفی، راهبردهای رفتاری الگوبرداری، مواجهه‌سازی، ایفای نقش، آرام‌سازی عضلانی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش خودکنترلی و خودکارآمدی می‌باشد. همچنین فرآیندهای عاطفی و شناختی، مانند افسردگی، فاجعه‌سازی درد و خودآگاهی می‌توانند نقش مهمی در عود بیماری مزمن و ناتوانی مرتبط با آن داشته باشند، با کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی که یک درمان بدنی ذهنی است، به مدیریت افکار، رفتار، هیجانان و انگیزه‌ها می‌پردازد و آگاهی لحظه‌ای را با کاهش قضاوت ادراکی حسی تقویت می‌کند و پاسخ‌های عاطفی به استرس را کاهش می‌دهد که با

- Ashori, M., Abkenar, A. S. S. (2021). Emotional intelligence: Quality of life and cognitive emotion regulation of deaf and hard-of-hearing adolescents. *Deafness & Education International*, 23(2), 84-102.
- Bomyea, J., Ball, T. M., Simmons, A. N., Campbell-Sills, L., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2020). Change in neural response during emotion regulation is associated with symptom reduction in cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of affective disorders*, 271, 207-214.
- Camacho, E. M., Verstappen, S. M., Chipping, J., & Symmons, D. P. (۲۰۱۳). Learned helplessness predicts functional disability, pain and fatigue in patients with recent-onset inflammatory polyarthritis. *Rheumatology*, ۵۲(۷), ۱۲۳۳-۱۲۳۸
- Cheng, M. Y., Zhang, R. X., Wang, M. J., & Chang, M. Y. (2020). Relationship between cognitive emotion regulation strategies and coronary heart disease: an empirical examination of heart rate variability and coronary stenosis. *Psychology & Health*, 1-17.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Gianaros, P. J., Marsland, A. L., Kuan, D. C. H., Schirda, B. L., Jennings, J. R., Sheu, L. K., ... & Manuck, S. B. (2014). An inflammatory pathway links atherosclerotic cardiovascular disease risk to neural activity evoked by the cognitive regulation of emotion. *Biological psychiatry*, 75(9), 738-745.
- Hawley L. L., Rector N. A, Segal Z. V. (2021). The Relative Impact of Cognitive and Behavioral Skill Comprehension and Use During CBT for Obsessive Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 439-449.
- Huang Y, Su Y, Jiang Y, Zhu M. (2020). Sex differences in the associations between blood pressure and anxiety and depression scores in a middle-aged and elderly population: the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 274, 118-125.
- Kario, K., Chirinos, J. A., Townsend, R. R., Weber, M. A., Scuteri, A., Avolio, A., ... & Wang, J. G. (2020). Systemic hemodynamic atherothrombotic syndrome (SHATS)—coupling vascular disease and blood pressure variability: proposed concept from Pulse of Asia. *Progress in cardiovascular diseases*, 63(1), 22-32.
- Misciagna, S. (2020). Introductory Chapter: Definition of Cognitive Behavioral Therapy and Its Principal Applications. *Cognitive Behavioral Therapy: Theories and Applications*, 3.
- Momeni, J., Omidi, A., Raygan, F., & Akbari, H. (2018). Comparing the Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction and Cognitive Behavioral Therapy on the Quality of Life of Patients with Cardiovascular Disease. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 94-103.
- Nyuyki CK, Ngufor G, Mbeh G, Mbanya JC. (2017). Epidemiology of hypertension in Fulani indigenous populations—age, gender and drivers. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 36(1), 35
- Quinless, F. W., & Nelson, M. A. (1988). Development of a measure of learned helplessness. *Nursing Research*, 37(1), 11-15.
- Seifollahzadeh, G., Hatami, M., Ahadi, H., Ghaffarnejad, M. (2021). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and motivational interviews on social psychological adjustment, cortisol hormone and cognitive emotion regulation in coronary heart disease patients. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 64(2), -. doi: 10.22038/mjms.2021.18846
- Sheldon, S. L. A., Gathright, E. C., Donahue, M. L., Balletto, B., Feulner, M. M., DeCosta, J., ... & Salmoirago-Blotcher, E. (2020). Mindfulness-based interventions for adults with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(1), 67-73.
- Smallheer, B. A., & Dietrich, M. S. (2019). Social support, self-efficacy, and helplessness following myocardial infarctions. *Critical care nursing quarterly*, 42(3), 246-255.
- Smallheer, B. A., Vollman, M., & Dietrich, M. S. (2018). Learned helplessness and depressive symptoms following myocardial infarction. *Clinical nursing research*, 27(5), 597-616.
- Tajeu GS, Booth JN, Colantonio LD, Gottesman RF, Howard G, Lackland DT, Muntner P. (2017). Incident cardiovascular disease among adults with blood pressure < 140/90 mm Hg. *Circulation*, 136(9), 798-812.
- Theofilou, P. (2011). Noncompliance with medical regimen in haemodialysis treatment: A case study. *Case Reports in Nephrology*, 2011.
- Virani, Alonso, Benjamin, Bittencourt, Callaway, Carson, Heard. (2020). Heart disease and stroke statistics—2020 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, E139-E596.
- Wells, R. E., O'Connell, N., Pierce, C. R., Estave, P., Penzien, D. B., Loder, E., ... & Houle, T. T. (2021). Effectiveness of mindfulness meditation vs headache education for adults with migraine: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 181(3), 317-328.
- Wen, M., Liang, Y., Shen, Q., Yu, J., He, P., OuYang, X., & Zauszniewski, J. A. (2021). Effects of Teaching Resourcefulness in Patients with Coronary Heart Disease. *Western Journal of Nursing Research*, 01939459211020757.
- Yusuf, S., Joseph, P., Dans, A., Gao, P., Teo, K., Xavier, D., ... & Pais, P. (2021). Polypill with or without aspirin in persons without cardiovascular disease. *New England Journal of Me*