

## Effectiveness of Stress Inoculation Therapy Alexithymia and Medication Adherence of Cardiovascular Patients

Fatemeh Zeinalpour 

Ph.D. student of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Ali Shaker Dioulag \*

Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Ali Khademi 

Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

### Abstract

The aim of this study was to the effectiveness of stress inoculation therapy on alexithymia and medication adherence of cardiovascular patients. The quasi-experimental research design was pretest-posttest and follow-up with the nonequivalent control group. The statistical population of this study included all patients with coronary heart disease who referred to the specialized heart hospital in Urmia in 2022 who had referred to this center for medical services. The sample size consisted of 40 people from the mentioned community who were selected by available sampling method and placed in two experimental and control groups. The research instruments included The Toronto Alexithymia Scale (1994) and the Morisky Medication Adherence Scale-8 (2008). The results showed that stress inoculation therapy had a significant effect on improving alexithymia and medication adherence in the post-test and follow-up stages. The findings of the present study show that stress inoculation therapy can improve alexithymia and medication adherence in cardiovascular patients.


**Keywords:** Alexithymia, Cardiovascular Patients, Medication Adherence, Stress Inoculation Therapy.

\* Corresponding Author: alishaker2000@gmail.com


**How to Cite:** Zeinalpour, F., Shaker Dioulag, A., Khademi, A. (2023). Effectiveness of Stress Inoculation Therapy Alexithymia and Medication Adherence of Cardiovascular Patients, *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, 14(53), 151-177.

## اثربخشی درمان ایمن‌سازی در برابر استرس بر ناگویی خلقی و تبعیت از درمان در بیماران عروق کرونر قلب


دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

فاطمه زینالپور 

استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

علی شاکر دولق  \*

دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

علی خادمی 

### چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان ایمن‌سازی در برابر استرس بر ناگویی خلقی و تبعیت از درمان در بیماران عروق کرونر قلب بود. طرح پژوهشی نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل نابرابر بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران عروق کرونر قلب مراجعه‌کننده به بیمارستان تخصصی قلب شهرستان ارومیه در سال ۱۴۰۰ بود که جهت دریافت خدمات درمانی به این مرکز مراجعه کرده بودند. حجم نمونه شامل ۴۰ نفر بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب‌شده و در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. برای گروه آزمایشی، آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس اجرا شد درحالی‌که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (۱۹۹۴) و پرسشنامه تبعیت دارویی مورسکی (۲۰۰۸) بود. نتایج نشان داد که درمان ایمن‌سازی در برابر استرس بر بهبود ناگویی خلقی و تبعیت از درمان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌دار داشته است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس می‌تواند ناگویی خلقی و تبعیت از درمان را در بیماران عروق کرونر قلب بهبود بخشد.

کلیدواژه‌ها: ناگویی خلقی، عروق کرونر قلب، تبعیت از درمان، ایمن‌سازی در برابر استرس.

## مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی عامل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است (وانگ، وو، ژانگ، کی، وانگ، ژانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). در این میان بیماری عروق کرونر قلب<sup>۲</sup> (CHD) آسیب‌زاترین بیماری و علت اصلی بستری شدن در بیمارستان و مرگ در میان بیماران قلبی بزرگسالان است (دی‌هرت، دتروکس و وانکامپفورت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). اگرچه در دو دهه اخیر، علاقه‌مندی به درمان بیماران قلبی اتفاق افتاده است، اما شیوع بیماری قلبی عروقی در حال افزایش است، به طوری که در سال ۲۰۱۷، بیش از ۱۷ میلیون نفر در سراسر جهان بر اثر این بیماری جان خود را از دست دادند که این رقم در حدود ۳۲ درصد از کل مرگ و میر در جهان است (کیو، ابات، ابات، آبابی، آباباتی، عباسی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران نیز ۳۹ درصد از مرگ و میرها به دلیل بیماری قلبی عروقی می‌باشد (نیک دانش، دوازده امامی، قیداری، بختیاری و محمدی، ۱۳۹۶). عوامل متعددی مانند وراثت ژنتیکی (تچندجیو، ژو، هیلارد، کلارک، ناپولیونی، ما<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)، عوامل اجتماعی و محیطی (باوان، پاندی، گریگس، دالتون، زیدار، پاتل<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) و فعالیت بدنی مرتبط با سبک زندگی (هان و وون<sup>۷</sup>، ۲۰۲۲) می‌تواند بر خطر ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب تأثیر بگذارد. برخی از این عوامل خطر، از جمله سیگار کشیدن (هوانگ، هیو، گوین، هو، گویومی، واسکارینو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)، رژیم غذایی ناسالم (وانگ، برگ، شارپ، لئو، آیوینگک و کیم<sup>۹</sup>، ۲۰۲۲)، عدم تحرک بدنی (هان و وون، ۲۰۲۲) و مصرف الکل (لئونگ، بولتون، اکوما، پریور، سینگال، نیپون<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۲) قابل تغییر هستند. از سوی

- 
1. Wang, X., Wu, Y. L., Zhang, Y. Y., Ke, J., Wang, Z. W., Zhang, B. Y
  2. Coronary heart disease
  3. De Hert, M., Detraux, J., & Vancampfort, D
  4. Kyu, H. H., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N
  5. Tcheandjieu, C., Zhu, X., Hilliard, A. T., Clarke, S. L., Napolioni, V., Ma, S
  6. Bevan, G., Pandey, A., Griggs, S., Dalton, J. E., Zidar, D., Patel, S
  7. Han, N. S., & Won, M. H
  8. Huang, Y., Hui, Q., Gwinn, M., Hu, Y. J., Quyyumi, A. A., Vaccarino, V
  9. Wang, M., Brage, S., Sharp, S. J., Luo, S., Au Yeung, S. L., & Kim, Y
  10. Leong, C., Bolton, J. M., Ekuma, O., Prior, H. J., Singal, D., Nepon, J

دیگر، شیوع عوامل خطر سنتی برای این بیماری، از جمله دیابت شیرین، مصرف سیگار، عدم تحرک فیزیکی، اضافه‌وزن و چاقی، فشارخون بالا و دیس لیپیدی<sup>۱</sup> (به معنای هرگونه اختلال در سطح سرمی چربی‌ها شامل افزایش یا کاهش غیرطبیعی است) رو به افزایش است (یانگ، هو، جلالودین، کینبس، مارکوویچ، هنریچ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

از طرف دیگر مشخص شده است که عوامل روان‌شناختی در تشدید و گاه در ایجاد بیماری قلبی عروقی نقش دارند (اوبروا، سویووا، ایوونوا، فورستوا، تابورسکی<sup>۳</sup>، ۲۰۲۲). از میان تعداد زیادی از مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر در بروز و پیشرفت این بیماری، می‌توان به ناگویی خلقی<sup>۴</sup> (هیجانی) اشاره کرد (رهنمازاده، عشایری، رنجبری‌پور، کاکاوند و مسچی، ۲۰۲۲). ناگویی خلقی یک ویژگی بالینی است که با مشکلات زیر مشخص می‌شود: الف) شناسایی، توصیف و انتقال احساسات خود، ب) تمایز دادن آن‌ها از احساسات بدنی غیر مرتبط با عاطفه، ج) آگاهی عاطفی مربوط به علائم روان‌تنی و د) تخیل، رؤیاپردازی و درون‌نگری (پاناسیتی، پونسی و ویولانی<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). اخیراً مشخص شده است که ۵ تا ۱۹٪ از افراد مبتلا به ناگویی خلقی هستند (لایورس، هالوی، نیدهام و توربرگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). گزارش شده است که افراد با ناگویی خلقی شدید در کنار آمدن با عوامل استرس‌زای روزانه، اختلال عملکرد بیشتری دارند (جانی و عطادخت، ۱۳۹۹) و همین امر آن‌ها را در مقابل بیماری جسمی مانند اختلالات قلبی عروقی آسیب‌پذیرتر می‌کند (کاجانوچا، کاروکیوی، موستونن، شینین، کورتسلوما، رودریگوز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع ناگویی خلقی ممکن است اضطراب، افسردگی و استرس را افزایش دهد و به یک عامل مستعد برای بیماری‌های جسمی و اختلال در کیفیت زندگی تبدیل شود

- 
1. dyslipidemia
  2. Yang, B.Y., Hu, L.W., Jalaludin, B., Knibbs, L.D., Markevych, I., Heinrich, J
  3. Obrova, J., Sovova, E., Ivanova, K., Furstova, J., & Taborsky, M
  4. Alexithymia
  5. Panasiti, M. S., Ponsi, G., & Violani, C
  6. Lyvers, M., Holloway, N., Needham, K., Thorberg, F.A
  7. Kajanoja, J., Karukivi, M., Mustonen, P., Scheinin, N. M., Kortelma, S., Rodrigues, A. J

(ژانگ و ژانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۲۲، بشارت، حافظی و مقدم‌زاده، ۱۳۹۶). در همین راستا وادینی، سوزیو، مادیدو، دی‌سوچیو، ماگی، نوناری<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۹) دریافتند که ناگویی خلقی ممکن است یک ابزار اضافی برای ارزیابی چند عاملی خطر قلبی عروقی در افراد مبتلا به اچ آی وی<sup>۳</sup> باشد. نتایج مطالعه کریچنر، بروئر، وان‌در‌آیوورا و گرب<sup>۴</sup> (۲۰۲۲) نیز نشان داد که بیماران مبتلا به عروق کرونر قلبی سطوح بالایی از مشکلات در شناسایی و توصیف هیجانات را از خود نشان می‌دهند.

از سویی اتخاذ و حفظ رفتارهای کاهش‌دهنده ریسک فاکتورهای قلبی عروقی چالش‌هایی را برای بیماران به همراه دارد (رینولدز، تریمونت، سانتورلی، دنی، مارگولیس و اوت<sup>۵</sup>، ۲۰۲۲). به همین دلیل پیشگیری از عوارض بیماری‌های قلبی و درمان موفق آن‌ها ضروری بوده و نیازمند انجام اقدامات پیشگیرانه و درمانی مانند فعالیت‌های فیزیکی، رعایت رژیم غذایی مناسب و تداوم در مصرف داروهای مربوط است. این امر تنها با مشارکت فعال بیماران در امور درمان و اجرای توصیه‌های اعضا تیم درمان میسر است؛ که از آن تحت عنوان تبعیت از درمان یاد شده است (پشت چمن، جدیدمیلانی، آتش زاده شوریده و اکبرزاده باغبان، ۱۳۹۴). تبعیت از درمان یک رفتار پیچیده است که تحت تأثیر عوامل متقابل متعددی است که توسط سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد شده است، از جمله عوامل مرتبط با بیمار، عوامل اجتماعی / اقتصادی، عوامل مرتبط با درمان، عوامل مرتبط با شرایط و عوامل مرتبط با سیستم مراقبت بهداشتی / تیم مراقبت‌های بهداشتی (یو، وانگ، گوان، گیان، الوی و دنک<sup>۶</sup>، ۲۰۲۲). تبعیت از درمان برای پیشگیری ثانویه از بیماری عروق کرونر قلب و برای دستیابی به تأثیر کامل داروهای کاهش‌دهنده لیپیدها و داروهای ضد فشار خون مهم است و از این طریق از حوادث جدید قلبی عروقی جلوگیری می‌کند

- 
- 1.- Zhang, W., & Zhang, H
  2. Vadini, F., Sozio, F., Madeddu, G., De Socio, G., Maggi, P., Nunnari, G
  3. HIV
  4. Kirchner, K., Brauer, H., Van der Auwera, S., & Grabe, H. J
  5. Reynolds, G. O., Tremont, G., Santorelli, G. D., Denby, C., Margolis, S. A., & Ott, B. R
  6. Yu, M., Wang, L., Guan, L., Qian, M., Lv, J., & Deng, M

(سوتورا-فیگورولا، اوچی، گینر-سوریانو و موروس<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). دلایل زیادی برای عدم تبعیت درمانی ذکر شده است که از آن جمله می‌توان به فراموشی، کمبود انگیزه، قیمت بالای دارو، سواد سلامت ناکافی، رژیم دارویی ناکافی، رژیم دارویی پیچیده، بی‌اعتمادی به پزشک و تشخیص وی، بی‌اهمیتی به مصرف دارو، اثرات جانبی دارو، ملاحظات مذهبی و فهم نادرست دستورات پزشک اشاره نمود (کریپالانی، اشموزر و جیکوبسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). مدیریت و کنترل بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی تا حد زیادی به میزان تبعیت از درمان بستگی دارد (العصیمی، الوافی، الهیندی، فالمان، الشنبری، ایوب<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). در همین راستا پدرس، پرمیکریو، هالورسن، ایگن، گارسیا، شیرمر<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که تبعیت از درمان برای مثال پایبندی به داروهای ضد فشار خون، کلسترول در میان افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی علی‌رغم دستیابی کم به اهداف درمانی برای فشار خون و کلسترول بالا بود. نتایج اسماعیل، مارشال، پاتل، طارق و محمد<sup>۵</sup> (۲۰۲۲) نیز حاکی از این بود که تبعیت از درمان پایین با فراموش کردن و عدم مصرف داروها در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله بیماری عروق کرونر قلبی همراه بود.

از مداخلات مؤثر بر مؤلفه‌های روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی، آموزش ایمن‌سازی استرس<sup>۶</sup> است که یک شکل چندوجهی و منعطف از درمان شناختی رفتاری است (مایکنام<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶). با توجه به طیف گسترده‌ای از عوامل استرس‌زا که افراد، خانواده‌ها و جوامع تجربه می‌کنند، آموزش ایمن‌سازی استرس به‌جای یک فرمول درمانی خاص، مجموعه‌ای از اصول کلی و دستورالعمل‌های بالینی را برای درمان افرادی که با بیماری‌ها و

- 
1. Sotorra-Figuerola, G., Ouchi, D., Giner-Soriano, M., & Morros, R
  2. Kripalani, S., Schmotzer, B., & Jacobson, T. A
  3. Alosaimi, K., Alwafi, H., Alhindi, Y., Falemban, A., Alshanberi, A., Ayoub, N
  4. Pedersen, E., Primicerio, R., Halvorsen, K. H., Eggen, A. E., Garcia, B. H., Schirmer, H
  5. Ismail, H., Marshall, V. D., Patel, M., Tariq, M., & Mohammad, R. A
  6. Stress Inoculation Therapy
  7. Meichenbaum, D

استرس‌های مزمن روبه‌رو هستند، ارائه می‌دهد و شامل آموزش، بحث سقراطی (حل مسئله) آموزش آرمیدگی، تمرین‌های ذهنی و رفتاری، خودبازبینی و خودتقویتی است (مایکنام، ۲۰۱۷). هدف این درمان، سازگاری با استرس، انعطاف‌پذیری روانی و یادگیری پذیرش موقعیت‌های استرس‌زا به منزله صرفاً یک رویداد است (آیاش، اشمیت، لیونس و مولر<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). این رویکرد درمانی می‌تواند تجربه‌ای جسمی، فراگیر و هیجان‌انگیز را برای بیماران فراهم کند و آن‌ها برای مقابله با چالش‌های پس از درمان، بازسازی باورهایشان و یادگیری نحوه کنار آمدن با مشکلات و در عین حال افزایش تحمل استرس آماده کند (سانسونی، اسکارزیلو، سرینو، گراف و ریوا<sup>۲</sup>، ۲۰۲۲). اصل اساسی در ایمن‌سازی در برابر استرس، توجه به فرایند تفکر، احساس و رفتار است و تأثیری که بر دیگران می‌گذاریم را به‌عنوان یک پیش‌نیاز اصلی تغییر رفتار می‌داند (نیکوئی، اورکی، جان‌بزرگی و علی‌پور، ۱۴۰۰). در راستای اثربخشی مداخله ایمن‌سازی در برابر استرس نتایج پژوهش هاشمی، علیلو و حسن‌زادگان (۱۳۸۹) نشان داد که آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس قادر است مدیریت استرس و علائم حیاتی بیماران مبتلا به انسداد کرونر قلبی را بهبود بخشد. نیکوئی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه خود نشان دادند که آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس، بر میزان کورتیزول بزاق و هیجانات منفی (افسردگی، استرس و اضطراب) بیماران دارای پیوند عروق کرونری اثربخش است. در مطالعه دیگری نریمیسایی، صفرزاده و مرعشیان (۱۴۰۱) دریافتند که آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر حس عاملیت و تنظیم هیجانی مثبت و منفی نوجوانان پسر تأثیر داشته است. نتایج عاشوری و قاسم‌زاده (۱۳۹۷) نیز نشان داد که آموزش ایمن‌سازی استرس اثر معناداری بر ناگویی هیجانی، خودتعیین‌گری و جهت‌گیری زندگی افراد دارد.

با توجه به افزایش شیوع بیماری قلبی عروقی، امروزه با وجود اقدامات مختلف شواهد نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر اعمال جراحی، دارودرمانی، رژیم غذایی و ورزش به‌تنهایی قادر به درمان همه‌جانبه این بیماری نیستند، لذا درمان‌ها و مداخلات

1. Ayash, S., Schmitt, U., Lyons, D. M., & Müller, M. B
2. Sansoni, M., Scarzello, G., Serino, S., Groff, E., & Riva, G

روان‌شناختی از جمله آموزش ایمن‌سازی استرس در حل این مشکل مورد استقبال قرار گرفته‌اند. از طرفی با توجه به نقش غیرقابل‌انکار هیجان از جمله ناگویی خلقی (هیجانی) در بروز و تشدید بیماری‌های قلبی و میزان تبعیت از درمان در مدیریت و کنترل بیماری و همچنین با توجه به اهمیت پیامدهای بیماری قلبی عروقی، وجود موقعیت‌های استرس‌زا و نیاز به مدیریت استرس در بیماران قلبی، تأثیر عوامل روان‌شناختی در پیشگیری و کاهش و درمان این اختلال و کمبود مطالعات مربوط به انجام مداخله ایمن‌سازی در برابر استرس بر ناگویی خلقی و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلبی، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان ایمن‌سازی در برابر استرس بر ناگویی خلقی و تبعیت از درمان در بیماران عروق کرونر قلب انجام گرفت.

## روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل برابر بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران عروق کرونر قلب مراجعه‌کننده به بیمارستان تخصصی قلب شهرستان ارومیه در بهار ۱۴۰۰ بود که جهت دریافت خدمات درمانی به این مرکز مراجعه کرده بودند. از جامعه مذکور بر اساس ملاک‌های ورود ۴۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب‌شده و سپس در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. پرسشنامه‌های ناگویی خلقی تورنتو و تبعیت دارویی موریسکی در مرحله پیش‌آزمون از گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. در مرحله بعد، برای گروه آزمایشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر اساس رویکرد مایکنام (۱۹۹۶) که به صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول چهار هفته و هفته‌ای دو جلسه اجرا و پس از طی دوره آموزشی بار دیگر ارزیابی‌های مربوط با گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری ۱ ماهه انجام شد. لازم به ذکر است که همه شرکت‌کنندگان فرایند آموزش را دنبال کردند و ریزشی وجود نداشت. پس از انتخاب افراد بر اساس اصول اخلاقی، در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به آن‌ها ارائه شد، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر



می‌شوند و آن‌ها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند و رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تشخیص بیماری قلبی عروقی توسط پزشک متخصص، عدم مبتلا به آریتمی، عدم نارسایی قلبی، عدم نقص مادرزادی قلب، سن بین ۴۰ تا ۶۵ سال، توانایی تکلم و برقراری ارتباط، نداشتن اختلال روانی شدید بر اساس مصاحبه بالینی و تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: داشتن بیماری جسمی قابل‌ملاحظه غیر از بیماری قلبی عروقی، غیبت بیش از یک جلسه و شرکت در جلسات درمانگری مشابه بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ انجام یافت.

### ابزار گردآوری داده‌ها

۱) پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو<sup>۱</sup>: یک مقیاس ۲۰ ماده‌ای می‌باشد که توسط بگ بی، پارکر و تیلور<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) ساخته شده است و ناگویی خلقی را در سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساس و تفکر با جهت‌گیری خارجی ارزیابی می‌کند. دامنه پاسخ به هر ماده پنج درجه و از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) متغیر است، روش نمره گذاری آن به شیوه لیکرت است. بگ بی و همکاران (۱۹۹۴) در نمونه‌ای شامل ۴۰۱ دانشجوی کارشناسی آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را، ۰/۸۰ و برای سه مؤلفه آن به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۶۶ گزارش کردند. پارکر، تیلور و بگ بی<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) نیز جهت سنجش روایی سازه این مقیاس، آن را با سیاهه بهره هیجانی بار-ان همبسته نمود و نتیجه  $r = -0.72$  به دست آمد. مدستین، فیرر و مالتی<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) نمرات ۶۰ به بالا را به عنوان ناگویی خلقی و نمرات ۵۲ به پایین را به عنوان غیرناگویی خلقی در نظر

- 
1. The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
  2. Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J
  3. Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M
  4. Modestin, J., Furrer, R., & Malti, T

گرفته‌اند. قربانی، بینگ، واتسون، دویسون و ماک<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) آلفای این مقیاس را در نمونه ایرانی، برای دشواری در تشخیص احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساس‌ها ۰/۶۱ و برای تفکر با جهت‌گیری بیرونی ۰/۵۰ به دست آوردند. بشارت (۲۰۰۷) اعتبار ملاکی نوع همزمان این مقیاس را برحسب همبستگی بین خرده مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی کرد و نتایج مورد تأیید قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی عاطفی کل با هوش هیجانی ( $r = -0/011$ ,  $p < 0/001$ )، بهزیستی روان‌شناختی ( $r = -0/011$ ,  $p < 0/001$ )، و درماندگی روان‌شناختی ( $r = -0/078$ ,  $p < 0/001$ ) رابطه معنی‌داری وجود دارد.

(۲) پرسشنامه تبعیت دارویی موریسکی<sup>۲</sup> (MMAS-8): این پرسشنامه توسط موریسکی، آنگک، کروسل وود و وارد<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) طراحی شده است. آیت‌های پرسشنامه برای درک پاسخ‌دهندگان ساده هستند و اغلب در جمعیت با سواد کم استفاده شده است (اولیویرا فیلهو، بارتو فیلهو، نئوس و لیرا جونیور<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). این پرسشنامه شامل هفت سؤال دوگزینه‌ای (با پاسخ‌های بله یا خیر) و یک سؤال به صورت لیکرت است و سؤال شماره ۵ آن برعکس سایر آیت‌ها نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات کلی آن بین صفر تا ۸ است. هرچه نمره کسب شده کمتر باشد تبعیت دارویی افراد بیشتر خواهد بود. موریسکی و همکاران (۲۰۰۸) آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۳ به دست آوردند و بررسی روایی مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مقیاس ۸ ماده‌ای یک بعدی است و آیت‌ها به خوبی بر روی یک عامل بارگذاری می‌شوند. در نمونه ایرانی محرم‌زاد، سعادت، شهرکی، سعادت، عرب شیبانی و موریسکی (۲۰۱۵) پایایی آن با روش آلفای کرونباخ را ۰/۷۰ و جهت سنجش روایی سازه این مقیاس، آن را با فشار خون سیستولی و دیاستولی همبسته نمود و به ترتیب نتیجه  $r = -0/31$ ،  $r = -0/28$  به دست آمد که در سطح  $P < 0/001$  معنی‌دار بود.

1. Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & Mack, D. A

2. Morisky Medication Adherence Scale-8

3. Morisky, D. E., Ang, A., Krousel Wood, M., & Ward, H. J

4. Oliveira-Filho, A. D., Barreto-Filho, J. A., Neves, S. J. F., & Lyra Junior, D. P. D

آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر اساس رویکرد مایکنبام (۱۹۷۴) که به صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول چهار هفته و هفته‌ای دو جلسه اجرا خواهد شد. خلاصه جلسات درمان ایمن‌سازی در برابر استرس در جدول ۱ اشاره شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان ایمن‌سازی در برابر استرس

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	-آشنایی هرچه بیشتر اعضاء با همدیگر. -مفهوم سازی و توصیف استرس، علائم و تأثیر آن در ایجاد بیماری‌های قلبی -عروقی	معارفه. مشاور در مورد استرس و تأثیر آن بر روابط بین فردی و فعالیت‌های گروهی و موفقیت‌های دیگر اشاره می‌کند. سپس در مورد مقررات گروهی، طول مدت و تعداد جلسات گروه و تکالیف اطلاعاتی به گروه داده و زمان برگزاری جلسات با توافق اعضاء تعیین می‌گردند.	ثبت وقایع روزانه نسبت به شناسایی رویدادهای زندگی اعم از خوشایند و ناخوشایند
دوم	آموزش آرام‌سازی.	ابتدا مشاور علائم بدنی استرس و تنیدگی جسمانی اعضاء گروه را تبیین می‌نماید و به اعضاء می‌آموزد که آرام‌سازی می‌تواند استرس و تنش آن‌ها را کاهش دهد. سپس مشاور منطق آموزش آرام‌سازی را برای آن‌ها تبیین می‌کند.	ثبت وقایع و رویدادهای استرس آور و میزان تنش قبل و بعد از آرام سازی عضلانی
سوم	آشنایی با مفاهیم شناختی و نقش افکار در ایجاد استرس و ارتباط افکار با احساسات و رفتار و شناسایی آن‌ها	در خصوص تغییر باورها و عقاید از طرف مشاور بحث می‌شود. نخست این موضوع مطرح می‌شود که بیشترین ناراحتی‌ها و نگرانی‌های انسان ناشی از احساسات او می‌باشد، یعنی اگر بتوانیم از احساسات خود آگاهی یابیم بهتر می‌توانیم با مشکلات روبرو شویم.	برگه روزنگار ثبت احساسات و برداشت‌های منفی و افکاری که این احساسات را به وجود آورده است
چهارم	آموزش بازسازی شناختی آگاه ساختن گروه از افکار و احساسات غیر منطقی	مشاور در خصوص هیجان‌ها و باورهای نادرست و غیر منطقی توضیحاتی می‌دهد و تصریح می‌کند که بسیاری از رفتارها و واکنش‌های هیجانی ناسازگارانه که به صورت بالینی مشاهده می‌شوند، ناشی از نگرشها و گمانه‌های نادرستی هستند که فرد در مورد جهان اطراف خود دارد و این موضوع که چگونه ارزیابی‌های ما از موقعیت‌های مختلف با نامگذاری که برای آن موقعیت می‌کنیم رابطه مستقیم دارند.	اجرای بازسازی شناختی در موقعیت‌های واقعی زندگی

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
پنجم	آموزش خودگویی و نقش خودگویی‌های منفی در ایجاد استرس.	ابتدا مشاور مراجع را به شناخت افکار و خودگویی‌های خودکار آگاه سازد که علت بسیاری از شرایط استرس‌زا، افکار خودکار، تصاویر ذهنی و احساسات همراه با آن است. سپس مهارت‌های شناختی به افراد آموزش داده می‌شود.	برگه ثبت شناخت افکار خودگویی‌های اتوماتیک: شناسایی خطاهای شناختی
ششم	چالش با خودگویی‌های اتوماتیک، جایگزینی خود بیانی‌های مثبت	نخست این انگاره مطرح می‌شود که چقدر سخن گفتن غیر منطقی علت عمده آشفتگی‌های هیجانی است و سخن گفتن با خود یا تلقین به خود در ایجاد رفتارهای سازگارانه بسیار مؤثر است.	لیست انجام مرحله به مرحله آموزش به خود دستور دادن
هفتم	آموزش حل مسئله آموزش لازم جهت تصمیم‌گیری مناسب و به موقع در شرایط پر فشار و استرس‌زا.	این موضوع مطرح می‌شود که افراد در برخی شرایط مشکل و فشار روانی نمی‌توانند به خوبی تصمیم‌گیری نمایند، بنابراین شما یاد خواهید گرفت که چگونه در یک موقعیت پر تنش و استرس آور به خوبی تصمیم‌گیری کنید. برای این منظور شما باید در یک موقعیت خاص به مشکلات کلی خود پی ببرید و با آن مواجه شوید.	ثبت موارد استفاده از مراحل پنج گانه آموزش حل مسئله برای تصمیم‌گیری در لحظات پر استرس
هشتم	تمرین تصویر سازی ذهنی تشویق به حداکثر رساندن احتمال تعمیم نتایج. بحث و نتیجه‌گیری	در این رابطه مشاور از شیوه تسلط گام به گام استفاده می‌کند که در این روش ابتدا واحدهای کوچک قابل کنترل استرس در شرایط آزمایشی ارائه می‌شود و سپس به تدریج به شرایط واقعی انتقال می‌یابد. مشاور این انتقال را به تصادف و شانس و نمی‌گذارد و نیز انتظار ندارند که مهارت‌های مقابله‌ای تمرین شده در کلینیک به طور خودکار به دنیای واقعی تعمیم یابند.	

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه آزمایش ( $۶۱/۴۷ \pm ۶/۴۸$ ) و گروه کنترل ( $۶۰/۰۷ \pm ۳/۷۱$ ) بود. در گروه آزمایش ۸ نفر (۴۰ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۳ نفر (۱۵)

درصد) دارای مدرک فوق‌دیپلم و ۹ نفر (۴۵ درصد) لیسانس و بالاتر بودند و در گروه کنترل ۹ نفر (۴۵ درصد) مدرک دیپلم، ۴ نفر (۲۰ درصد) مدرک فوق‌دیپلم و ۷ نفر (۳۵ درصد) لیسانس و بیشتر داشتند. نتایج آزمون‌های آماری خی دو و تی مستقل نشان داد که بین گروه‌های مداخله و کنترل از نظر سطح تحصیلات ( $X^2=0/168$ ,  $P=0/920$ ) و سن ( $t=0/726$ ,  $P=0/474$ ) تفاوت معناداری وجود نداشت. داده‌های مربوط به متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
دشواری در تشخیص احساسات	آزمایش	۱۹/۰۰۰	۱/۲۵۳	۱۷/۰۰۰	۱/۳۶۲	۱۷/۴۰۰	۱/۵۹۴
	کنترل	۱۹/۲۶۷	۰/۸۸۳	۱۹/۷۳۳	۱/۰۳۲	۱۹/۴۶۶	۰/۹۱۵
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۱۵/۴۰۰	۱/۱۸۳	۱۱/۹۵۴	۱/۲۲۳	۱۲/۲۶۸	۱/۳۸۷
	کنترل	۱۴/۹۳۳	۱/۲۲۲	۱۴/۵۳۴	۱/۰۶۰	۱۴/۶۰۰	۱/۰۵۵
تفکر با جهت‌گیری خارجی	آزمایش	۲۲/۵۰۲	۱/۱۴۵	۱۹/۷۳۰	۱/۵۳۳	۱۹/۹۳۳	۱/۷۰۹
	کنترل	۲۲/۲۰۰	۱/۸۲۰	۲۱/۸۶۶	۱/۴۵۷	۲۱/۷۳۳	۱/۴۸۶
تبعیت از دارو	آزمایش	۶/۴۶۸	۱/۴۹۶	۴/۷۳۳	۱/۵۳۳	۴/۰۶۸	۱/۶۲۴
	کنترل	۷/۱۶۲	۱/۳۵۵	۶/۸۱۰	۱/۴۷۳	۷/۱۳۳	۱/۶۴۱

به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع مؤلفه‌های دشواری در تشخیص احساسات ( $F=0/951$ ,  $P > 0/178$ )، دشواری در توصیف احساسات ( $F=0/946$ ,  $P > 0/134$ )، تفکر با جهت‌گیری خارجی ( $P > 0/274$ )،  $F=0/958$  و تبعیت از دارو ( $F=0/938$ ,  $P > 0/079$ ) در هر دو گروه رد نشد. از آزمون لوین برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد

برابری واریانس مؤلفه‌های دشواری در تشخیص احساسات ( $F=0/790, P > 0/05$ )، دشواری در توصیف احساس ( $F=0/053, P > 0/05$ )، تفکر با جهت‌گیری خارجی ( $F=0/426, P > 0/05$ ) و تبعیت از دارو ( $F=0/24, P > 0/05$ ) همچنین نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد نشد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار است.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین‌گروهی برای

مؤلفه‌های پژوهش

مؤلفه	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
دشوای در تشخیص احساسات	۸/۹۵۶	۲	۴/۴۷۸	۵/۰۷۸	۰/۰۰۱	۰/۱۵۴
	۲۱/۶۶۷	۲	۱۰/۸۳۳	۱۲/۲۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰۵
دشواری در توصیف احساس	۶۷/۸۲۲	۲	۳۳/۹۱۱	۲۸/۱۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
	۴۳/۲۸۹	۲	۲۱/۶۴۴	۱۷/۹۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۱
تفکر با جهت‌گیری خارجی	۴۸/۰۶۷	۲	۲۴/۰۳۳	۶۱/۹۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸۹
	۲۶/۸۶۷	۲	۱۳/۴۳۳	۳۴/۶۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۳
تبعیت از دارو	۲۰/۳۵۶	۲	۱۰/۱۷۸	۲۱/۲۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳۱
	۱۲/۸۰۰	۲	۶/۴۰۰	۱۳/۳۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲۳

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میزان اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای دشواری در تشخیص احساسات ( $F=12/286, P < 0/001$ )، دشواری در توصیف احساس ( $P < 0/001$ )، تفکر با جهت‌گیری خارجی ( $F=17/942, P < 0/001$ ) و تبعیت از دارو ( $F=13/351, P < 0/001$ ) معنی‌دار است. در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی متغیرها برای ۳ بار اجرا نشان داده شده است.

جدول ۴-۱۲- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مؤلفه‌های پژوهش برای ۳ بار اجرا

مؤلفه	مراحل	گروه آزمایش	
		تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
دشوای در تشخیص احساسات	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۷۶۷	۰/۰۰۸
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۷۰۰	۰/۰۴۲
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۰۶۷	۱/۰۰۰
دشواری در توصیف احساس	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱/۹۳۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱/۷۳۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۲۰۰	۱/۰۰۰
تفکر با جهت‌گیری خارجی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱/۵۶۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۱/۵۳۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۰۳۳	۱/۰۰۰
تبعیت از دارو	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱/۱۳۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۸۰۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۳۳۳	۰/۱۲۸

با توجه به جدول ۴، تفاوت بین نمرات تمامی مؤلفه‌های ناگویی خلقی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است ( $P < 0/01$ )، در حالی که در این مؤلفه‌ها تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ( $P > 0/01$ ). همچنین با توجه به جدول ۴، در مؤلفه تبعیت از دارو در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است ( $P < 0/01$ )، در حالی که در این متغیر تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ( $P > 0/01$ ). این یافته بدان معنی است که آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس نه تنها منجر به بهبود مؤلفه‌های ناگویی خلقی و تبعیت از دارو بیماران در گروه آزمایش شده است، بلکه این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ایمن‌سازی در برابر استرس بر ناگویی

خلقی و تبعیت از درمان در بیماران عروق کرونر قلب انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که درمان ایمن‌سازی در برابر استرس بر ناگویی خلقی بیماران عروق کرونر قلب اثربخش است. این یافته با برخی نتایج آنه، شیخ، میائو، لیائو، چونگ، چونگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۷)، شین و نیکلانی<sup>۲</sup> (۲۰۱۸)، نریمیسایی و همکاران (۱۴۰۱)، سهرابی، خانجانی، اعظمی، خانجانی، مام‌شریفی و فروغی‌نژاد (۱۳۹۸) و عاشوری و قاسم‌زاده (۱۳۹۷) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که با توجه به ارتباط نزدیک هیجانات ادراک‌شده با احساس استرس، مهارت کنترل استرس می‌تواند بر کاهش هیجانات منفی اثر بیشتری داشته باشد. مطابق شواهد، اجزای شناختی و جسمانی استرس، در تعامل با یکدیگر حالات هیجانی مثبت و منفی را ایجاد نموده و هیجانات منفی ناشی از استرس نیز حالتی از عدم کنترل را در افراد به‌وجود می‌آورند (شین و نیکلانی، ۲۰۱۸). این هیجانات با کاهش خودکارآمدی و خوش‌بینی همراه بوده و هیجانات کنترل نشده منفی را ارتقاء می‌بخشد. آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس با مجهز کردن افراد به آگاهی‌های لازم و مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه در مقابل استرس ناشی از بیماری، بر جزء شناختی استرس مؤثر بوده و باعث کاهش هیجان منفی شده و از این رو بر ارتقاء هیجانات مثبت و بهبود ناگویی خلقی مؤثر می‌باشد (نریمیسایی و همکاران، ۱۴۰۱). علاوه بر این توانایی افراد در مقابله با استرس بر هیجانات‌شان تأثیر مثبت می‌گذارد و این مهم نیز موجب کاهش مشکلات روانی و افزایش سازگاری افراد با مسائل زندگی و در نتیجه بهبود روابط فرد با دیگران می‌شود؛ بنابراین آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس نسبت به مدیریت هیجانات باعث بهبود در توصیف، شناسایی و بیان هیجانات می‌شود (شریبر، گران و اودلوگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸). در همین راستا آیش و همکاران (۲۰۲۰) معتقدند که ایمن‌سازی استرس از طریق مهارت‌هایی مانند آرامش، بازسازی شناختی و سبک‌های مقابله‌ای که در مدیریت

1. Anh, D.T., Shih, Y.W., Miao, N.F., Liao, Y.M., Chuang, Y.H., Chang, H.J

2. Shin, R., & Nichlany, A

3. Schreiber, L. R., Grant, J. E. & Odlaug, B. L



استرس به روش شناختی-رفتاری آموزش داده می شود سبب ارتقاء سازگاری روانی اجتماعی و مهارت های بین فردی می گردد؛ در نتیجه باعث می شود که فرد در موقعیت های استرس زای مقابله با بیماری مزمن قلبی به شیوه جدیدی برخورد کند و باورهای قبلی خود را درباره بیماری و درمان مورد آزمون قرار دهد. هنگامی که افراد احساس می کنند بر روی محیط و شرایط زندگی خود کنترل دارند، می توانند موجب تغییرات محیطی شوند و بالطبع موجب بازبینی افراد از تجربه های موفقیت آمیز، افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی آن ها در کنترل موقعیت های استرس آفرین زندگی و تعمیم آن به موقعیت های دیگر زندگی خواهد شد و این درک مثبت درونی افراد از مهارت ها و توانایی های خودشان، باعث کنترل فشار روانی و در نتیجه کاهش هیجانات منفی و ناگویی خلقی می شود (سیمی، مخلوق، سرکشیک زاده، آقاییوسفی و قاسمی، ۲۰۲۲). از طرفی آموزش ایمن سازی در برابر استرس سبب افزایش آگاهی افراد می شود که بر اساس آن افراد می توانند هیجانات مثبت و منفی را بپذیرند؛ بنابراین، آموزش آن به افراد دارای بیماران دارای عروق کرونر قلب، باعث می شود که آنان احساسات، هیجانات و نشانه های هیجانی فردی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات و هیجانات، باعث می شود تا این بیماران با آرامش حاصل از پذیرش احساسات و هیجانات، بتوانند پردازش هیجانی و شناختی بهتری را از خود نشان دهند (شیخ الاسلامی و سیداسماعیلی قمی، ۱۴۰۰). در نهایت می توان گفت که آموزش ایمن سازی در مقابل استرس با آموزش سبک های اسناد و تفکر، اهمیت نقش آن ها بر احساسات، واکنش ها و تاب آوری، بازسازی شناختی و چالش با خودگویی های منفی و جایگزینی با خودگویی های مثبت، آموزش مهارت های تنظیم هیجان، تصویرسازی ذهنی در مواجهه با شرایط استرس زا، آموزش حل مسئله و معنا بخشیدن به مشکلات تغییرناپذیر احتمالاً در مرحله اول باعث یادگیری و شناسایی هیجانات و در مرحله دوم باعث استفاده بیشتر از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان در مقابل راهبردهای منفی شده است و در نهایت به بهبود ناگویی خلقی منتهی می شود.

یافته دیگر این مطالعه نشان داد که درمان ایمن سازی در برابر استرس بر تبعیت از

درمان بیماران عروق کرونر قلب اثربخش است. این یافته تا حدی با نتایج سیلوا-گویررو، ستکل، موجین و استرلینگ<sup>۱</sup> (۲۰۲۲)، گرانت<sup>۲</sup> (۲۰۲۲)، نیمیسایی و همکاران (۱۴۰۱)، گازر، تاجری، صبحی قراملکی، حاتمی و صرامی فروشانی (۱۴۰۱)، نیکوئی و همکاران (۱۴۰۰)، هاشمی و همکاران (۱۳۸۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که وقتی این افراد در جلسات درمان ایمن‌سازی در برابر استرس مهارت بازسازی شناختی، حل مسئله، ابراز وجود منطقی، ایفای نقش، جرأت‌آموزی، مهارت‌های بین‌فردی خودگویی‌های مثبت و دیگر مهارت‌های خودکنترلی را می‌آموزند و در موقعیت‌های واقعی خود به کار می‌گیرند، خوداتکایی و تاب‌آوری آن‌ها افزایش می‌یابد. در چنین نمایی افراد به شایستگی شناختی و کفایت رفتاری دست می‌یابند و بهتر می‌توانند متناسب با شرایط محیطی، رفتارهای منطقی‌تر از خود نشان دهند این مهم به نوبه خود موجب تبعیت از درمان در این بیماران می‌گردد (نیکوئی و همکاران، ۱۴۰۰). به تعبیری دیگر تکنیک‌های ایمن‌سازی در برابر استرس، انتظارات منفی افراد تحت استرس را اصلاح نموده و با استفاده از فن بازسازی شناختی، استنباط‌ها و نگرش‌های افراد در خصوص موقعیت‌های استرس‌زا را به موقعیت نزدیک می‌کند و موقعیت استرس‌زا را به صورت یک مسئله در می‌آورد و به فرد کمک می‌کند با استفاده از فن مسئله‌گشایی، بهترین راه‌حل و گزینه را برای مواجهه بهینه با موقعیت استرس‌زا انتخاب و به کار گیرد. از طرفی به فرد کمک می‌کند در موقعیت استرس‌زا، با بکارگیری فن تن‌آرامی به کنترل وضعیت جسمانی خویش نائل شود و با تصویرسازی پیامدهای مثبت رهایی از منبع استرس، خود را برای مواجهه توانمند با موقعیت استرس آماده کند و با پیشروی موفقیت‌آمیز در کنترل موقعیت استرس، به خودتقویتی مشغول شود و از این طریق انگیزش مثبت در مواجهه با موقعیت استرس در خود ایجاد کند و نهایتاً با انجام اقداماتی عملی، به تغییر محیط خویش پردازد. از این رو انتظار بر این است که آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بتواند تبعیت از درمان را بهبود بخشد (هاشمی و همکاران، ۱۳۸۹). از سوی دیگر، روش ایمن‌سازی در برابر

1. Silva Guerrero, A. V., Setchell, J., Maujean, A., & Sterling, M

2. Grant, V. J

استرس به فرد کمک می‌کند که به صورت یک فرد درمانده در موقعیت‌های بحرانی زندگی عمل نکرده و در موقعیت‌های حاد، به صورت فعال با شرایط فشارزا مقابله کند (نریمیسایی و همکاران، ۱۴۰۱) و با ایجاد راهبردهای مقابله‌ای مؤثر قدرت سازگاری را در خود افزایش دهد؛ در واقع آن‌ها در طی این فرایند یاد می‌گیرند که باورهای خود را تغییر دهند و به مهارت‌های خود با دید مثبتی نگاه کنند در نتیجه توانایی آن‌ها برای مدیریت و کنترل رفتارشان در موقعیت‌های استرس‌زا افزایش پیدا می‌کند و به تبع آن می‌توانند پروسه درمان را به شکل مناسبی طی کنند (سیمی و همکاران، ۲۰۲۲). در تبیینی دیگر می‌توان بیان کرد که هدف آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس، آموزش روش‌های مدیریت استرس به افراد و کاربرد آن‌ها در زندگی روزمره و معمول است و این روش فقط برای استفاده در موارد خاص آموزش داده نمی‌شود؛ بنابراین آموزش این روش‌ها توانایی مقابله‌ای و مدیریتی افراد را در برخورد با شرایط استرس‌زا افزایش می‌دهد و فرصتی را برای افراد فراهم می‌آورد که بر وقایع زندگی خود کنترل بیشتری داشته باشند و با موقعیت‌های سخت و استرس‌زا به صورت مؤثرتری برخورد کنند (گازر و همکاران، ۱۴۰۱). این بدان معناست که افرادی که تحت آموزش ایمن‌سازی استرس قرار می‌گیرند زمانی که با مشکلی مواجه می‌شوند، روی خود مشکل تمرکز می‌کنند و برای حل مشکل برنامه‌ریزی می‌کنند و آن را تحت کنترل می‌بینند. فکر کردن در مورد مشکل و کنترل مشکل می‌تواند استرس را کاهش دهد و استرس با شدت کم می‌تواند بر حل مشکل، کنترل بیماری و بهبود فرایند درمان بیماران مبتلا به عروق کرونر قلبی مؤثر باشد. در نتیجه آموزش ایمن‌سازی استرس به فرد اجازه می‌دهد تا با موقعیت‌های استرس‌زا به شیوه‌ای جدید برخورد کند و باورهای قبلی خود را آزمایش کند که این مسئله منجر به شکست در چرخه معیوب افکار منفی درباره بیماری و فرایند درمان می‌شود و به این ترتیب این رویکرد بر بهبود تبعیت از درمان بیماران مبتلا به عروق کرونر قلبی تأثیر می‌گذارد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارتند از: استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس، اجرای پژوهش بر روی بیماران عروق کرونر قلبی شهر ارومیه،

استفاده از پرسش‌نامه‌های خود گزارشی به‌عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها و کوتاه‌مدت بودن زمان پیگیری؛ بنابراین انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی، مرحله پیگیری طولانی‌مدت، استفاده از مصاحبه‌های تشخیصی و مشاهده به‌عنوان یک روش مکمل پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی برای گردآوری داده‌ها و انجام مطالعه بر روی بیماران قلبی سایر شهرها را مدنظر قرار دهند. در نهایت بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان ایمن‌سازی در برابر استرس بر ناگویی خلقی و تبعیت از درمان در بیماران عروق کرونر قلب، پیشنهاد می‌گردد از این روش درمانی به‌عنوان یک راهکار کاربردی و مقرون به صرفه برای بهبود مشکلات هیجانی و تبعیت از فرایند درمان در بیماران قلبی استفاده گردد.

## منابع

اسدی، مریم؛ اسد زندی، مینو؛ عبادی، عباس (۱۳۹۲). تأثیر مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر تجارب معنوی بیماران تحت عمل بای پس عروق کرونر. نشریه پرستاری قلب و عروق.

۲ (۲): ۳۹-۳۰

امیدی، عبدالله؛ مؤمنی، جواد؛ رایگان، فریبا؛ اکبری، حسین؛ طلیقی، انسیه (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی.

اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی (اندیشه و رفتار). ۱۱ (۴۲): ۷-۱۶.

بالجانی، اسفندیار؛ رحیمی، ژاله؛ حیدری، شیوا؛ عظیم پور، افسانه (۱۳۹۱). تأثیر مداخلات خودمدیریتی بر تبعیت از رژیم دارویی و سبک زندگی در بیماران قلبی - عروقی. مجله

مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا. ۲۰ (۳): ۶۸-۵۸

بشارت، محمدعلی؛ حافظی، الهه؛ مقدم زاده، علی (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آشکارسازی هیجانی نوشتاری بر مکانیسمهای دفاعی افراد ناگو هیجان. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۸ (۳۰):

۸۳-۱۰۶

پشت چمن، زهرا؛ جدیدمیلانی، مریم؛ آتش زاده شوریده، فروزان؛ اکبرزاده باغبان، علیرضا (۱۳۹۴). بررسی تبعیت از درمان بیماران بعد از جراحی پیوند شریان کرونر در

بیمارستان‌های شهر تهران سال ۱۳۹۳. دانشگاه علوم پزشکی سبزوار. ۲۲ (۴): ۶۶۸-۶۷۵.

جانی، ستاره؛ عطادخت، اکبر (۱۳۹۹). پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی زنان دارای همسر معتاد بر اساس استرس ادراک شده و ناگویی خلقی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۱۱

(۴۳): ۲۳۶-۲۱۷.

حیدری، عباس؛ ضیایی، الهه سادات؛ ابراهیم زاده، سعید (۱۳۹۰). بررسی فراوانی بستری مجدد و عوامل مرتبط با آن در بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب شهر مشهد در

سال ۱۳۸۹. افق دانش. ۱۷ (۲): ۷۱-۶۵

سهرابی، فرامرز؛ خانجانی، مهدی؛ اعظمی، یوسف؛ خانجانی، اسماعیل؛ مام‌شریفی، پیمان؛ فروغی‌نژاد، الهه (۱۳۹۸). آموزش برنامه ایمن‌سازی در مقابل استرس بر سبک مواجهه با

استرس، تنظیم هیجان و سلامت روانی زنان بی‌سرپرست. مجله علمی - پژوهشی دانشگاه

علوم پزشکی سبزوار. ۲۶ (۴): ۴۴-۴۳۱

شیخ‌الاسلامی، علی؛ سیداسماعیلی قمی، نسترن (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان پسر دچار استرس تحصیلی. *دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری*. ۹ (۱۷): ۱۶۱-۱۴۹

عاشوری، محمد؛ وقاسم زاده، سوگند (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ایمن‌سازی روانی بر ناگویی هیجانی، خودتعیین‌گری و جهت‌گیری زندگی نوجوانان با آسیب‌شنوایی. *مطالعات روان‌شناختی*. ۱۴ (۲): ۷-۲۴.

گازر، آذین؛ تاجری، بیوک؛ صبحی قراملکی، ناصر؛ حاتمی، محمد؛ صرامی فروشانی، غلامرضا (۱۴۰۱). اثربخشی ایمن‌سازی در مقابل استرس بر میزان اضطراب، استرس ادراک شده و پیروی از درمان در بیماران مبتلا به آسم. *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۲۹ (۱): ۲۵-۳۵.

مهرتک، محمد؛ همتی، امیر؛ بخش‌زاده، آرمان (۱۳۹۷). سواد سلامت و ارتباط آن با تبعیت از رژیم دارویی، تغذیه و ورزش در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم. *فصلنامه سواد سلامت*. ۳ (۲): ۱۳۷-۱۴۴.

نریمیسایی، فریده؛ صفرزاده، سحر؛ مرعشیان، فاطمه سادات (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس و آموزش خودشفقت‌ورزی بر حس‌عاملیت، تنظیم‌هیجانی در نوجوانان پسر. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی*. ۲۹ (۱): ۹۷-۱۱۶.

نیک‌دانش، میثم؛ دوازده‌امامی، محمد حسن؛ قیداری، محمد اسماعیل؛ بختیاری، مریم؛ محمدی، ابوالفضل (۱۳۹۶). تنظیم هیجانی، ذهن‌آگاهی و اضطراب وجودی در افراد مبتلا به بیماری‌های کرونری قلب: یک مطالعه تطبیقی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*. ۲۸ (۶): ۳۹۳-۳۸۴.

نیکوئی، فاطمه؛ اورکی، محمد؛ جان‌بزرگی، مسعود؛ علیپور، احمد (۱۴۰۰). اثر بخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر شاخص‌های سایکوفیزیولوژیکی و روان‌شناختی بیماران دارای جراحی عروق کرونر. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران*. ۳۱ (۲): ۱۹۵-۲۰۴.

هاشمی، تورج؛ محمودعلیلو، مجید؛ فخمی حسن‌زادکان، وحیده (۱۳۸۹). تأثیر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر مدیریت استرس و علایم حیاتی (فشار خون پایین و فشار

خون بالا) در بیماران قلبی تحت عمل جراحی. فصلنامه پژوهش های نوین روان شناختی؛ ۵  
(۱۷): ۱۸۵-۲۰۴.

## References

- Alosaimi, K., Alwafi, H., Alhindi, Y., Falemban, A., Alshanberi, A., Ayoub, N., & Alsanosi, S. (2022). Medication Adherence among Patients with Chronic Diseases in Saudi Arabia. *International journal of environmental research and public health*, 19 (16) , 10053.
- Anh, D.T., Shih, Y.W., Miao, N.F., Liao, Y.M., Chuang, Y.H., Chang, H.J., Huang, H.C., Tsai, H.T. (2017). Differences of selfmanagement in controlling blood pressure between patients with hyper-tension and healthy people in Vietnam. *POJ Nursing Practice & Research*. 1: 1-8.
- Ayash, S., Schmitt, U., Lyons, D. M., & Müller, M. B. (2020). Stress inoculation in mice induces global resilience. *Translational Psychiatry*, 10 (1) , 1-8.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38 (1): 23-32.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101, 209-220.
- Bevan, G., Pandey, A., Griggs, S., Dalton, J. E., Zidar, D., Patel, S..... & Al-Kindi, S. (2022). Neighborhood-level social vulnerability and prevalence of cardiovascular risk factors and coronary heart disease. *Current problems in cardiology*, 101182.
- De Hert, M., Detraux, J., & Vancampfort, D. (2018). The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 20 (1): 31–40.
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of psychology*, 37 (5) , 297-308.
- Grant, V. J. (2022). *The Role of Polytrauma in Treatment Engagement, Completion, and Outcomes among Treatment Resistant Veterans Undergoing Stress Inoculation Training for PTSD* (Doctoral dissertation, Alliant International University).
- Han, N. S., & Won, M. H. (2022, February). Association between Social Support and Physical Activity in Patients with Coronary Artery Disease: Multiple Mediating Roles of Self-Efficacy and Autonomous Motivation. *Healthcare* 10, 3: 425
- Huang, Y., Hui, Q., Gwinn, M., Hu, Y. J., Quyyumi, A. A., Vaccarino, V., &

- Sun, Y. V. (2022). Interaction between genetics and smoking in determining risk of coronary artery diseases. *Genetic Epidemiology*, 46 (3-4) , 199-212.
- Ismail, H., Marshall, V. D., Patel, M., Tariq, M., & Mohammad, R. A. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on medical conditions and medication adherence in people with chronic diseases. *Journal of the American Pharmacists Association*, 62 (3) , 834-839.
- Kajanoja, J., Karukivi, M., Mustonen, P., Scheinin, N. M., Kortelainen, S., Rodrigues, A. J.,... & Karlsson, L. (2020). Alexithymic traits and hair cortisol concentrations in pregnant women. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 421.
- Kirchner, K., Brauer, H., Van der Auwera, S., & Grabe, H. J. (2022). The Impact of Resilience, Alexithymia and Subjectively Perceived Helplessness of Myocardial Infarction on the Risk of Posttraumatic Stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1-9.
- Kripalani, S., Schmotzer, B., & Jacobson, T. A. (2012). Improving medication adherence through graphically enhanced interventions in coronary heart disease (IMAGE-CHD): a randomized controlled trial. *Journal of general internal medicine*. 27 (12): 1609-1617.
- Kyu, H. H., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N.,... & Breitborde, N. J. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 392 (10159): 1859-1922.
- Leong, C., Bolton, J. M., Ekuma, O., Prior, H. J., Singal, D., Nepon, J.,... & Nickel, N. (2022). Association of alcohol use disorder on alcohol-related cancers, diabetes, ischemic heart disease and death: a population-based, matched cohort study. *Addiction*, 117 (2) , 368-381.
- Lyvers, M., Holloway, N., Needham, K., Thorberg, F.A. (2019). Resilience, alexithymia, and university stress in relation to anxiety and problematic alcohol use among female university students. *Aust J Psychol*. 72 (1): 59–67.
- Meichenbaum, D. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors.
- Meichenbaum, D. (2017). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. In *The evolution of cognitive behavior therapy*. Routledge.
- Modestin, J., Furrer, R., & Malti, T. (2004). Study on alexithymia in adult non-patients. *Journal of psychosomatic research*, 56 (6): 707-709.
- Moharamzad, Y., Saadat, H., Shahraki, B. N., Rai, A., Saadat, Z., Aerab-Sheibani, H.,... & Morisky, D. E. (2015). Validation of the Persian



- version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in Iranian hypertensive patients. *Global journal of health science*, 7 (4) , 173.
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The journal of clinical hypertension*, 10 (5) , 348-354.
- Obrova, J., Sovova, E., Ivanova, K., Furstova, J., & Taborsky, M. (2022). Let It Beat: How Lifestyle and Psychosocial Factors Affect the Risk of Sudden Cardiac Death-A 10-Year Follow-Up Study. *International journal of environmental research and public health*. 19 (5): 2627.
- Panasiti, M.S., Ponsi, G., Violani, C. (2020). Emotions, Alexithymia, and Emotion Regulation in Patients With Psoriasis. *Front Psychol*. 11: 836.
- Oliveira-Filho, A. D., Barreto-Filho, J. A., Neves, S. J. F., & Lyra Junior, D. P. D. (2012). Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 99: 649-658.
- Panasiti, M. S., Ponsi, G., & Violani, C. (2020). Emotions, alexithymia, and emotion regulation in patients with psoriasis. *Frontiers in Psychology*, 11, 836.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107-115.
- Pedersen, E., Primicerio, R., Halvorsen, K. H., Eggen, A. E., Garcia, B. H., Schirmer, H., & Waaseth, M. (2022). Medication adherence among persons with coronary heart disease and associations with blood pressure and low-density-lipoprotein-cholesterol. *European journal of clinical pharmacology*, 78 (5) , 857-867.
- Rahnama Zadeh, M., Ashayerih, H., Ranjbaripour, T., Kakavand, A., Meschi, F. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, alexithymia and hypertension in patients with coronary heart disease. *Clin Neurosci J*. 9: e15
- Reynolds, G. O., Tremont, G., Santorelli, G. D., Denby, C., Margolis, S. A., & Ott, B. R. (2022). Healthy Lifestyle Behaviors and Viewpoints Among Members of an Alzheimer Prevention Registry. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 36 (2) , 111-117.
- Sansoni, M., Scarzello, G., Serino, S., Groff, E., & Riva, G. (2022). A New Cognitive Approach to Psycho-oncology: Buffering Negative Emotions through Virtual Reality and Embodiment. *Frontiers in Human Neuroscience*, 490.
- Schreiber, L. R., Grant, J. E. & Odlaug, B. L. (2018). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46,

651- 658

- Shin, R., & Nichlany, A. (2018). The effects of stress inoculation training in a high stress simulated medical environment. *Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 19 (1): 1-4.
- Silva Guerrero, A. V., Setchell, J., Maujean, A., & Sterling, M. (2022). "I've learned to look at things in a different way": exploring patients' perspectives on participation in physiotherapist delivered integrated stress inoculation training and exercise for acute whiplash. *Disability and Rehabilitation*, 44 (18) , 5191-5198.
- Simi, Z., Makhloq, M., Sarkeshikzadeh, P., Aghayousefi, A., & Ghasemi, N. (2022). The effectiveness of cognitive-behavioral stress inoculation on coping skills and quality of life among incompatible couples. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 24 (3) , 145-151.
- Sotorra-Figuerola, G., Ouchi, D., Giner-Soriano, M., & Morros, R. (2021). Impact of adherence to drugs for secondary prevention on mortality and cardiovascular morbidity: A population-based cohort study. IMPACT study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 30 (9) , 1250-1257.
- Tcheandjieu, C., Zhu, X., Hilliard, A. T., Clarke, S. L., Napolioni, V., Ma, S.,... & Assimes, T. L. (2022). Large-scale genome-wide association study of coronary artery disease in genetically diverse populations. *Nature medicine*, 28 (8) , 1679-1692.
- Vadini, F., Sozio, F., Madeddu, G., De Socio, G., Maggi, P., Nunnari, G., Vichi, F., et al. (2019). Alexithymia Predicts Carotid Atherosclerosis, Vascular Events, and All-Cause Mortality in Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients: An Italian Multisite Prospective Cohort Study, *Open Forum Infectious Diseases*. 6 (9): 1-10
- Wang, M., Brage, S., Sharp, S. J., Luo, S., Au Yeung, S. L., & Kim, Y. (2022). Associations of genetic susceptibility and healthy lifestyle with incidence of coronary heart disease and stroke in individuals with hypertension. *European Journal of Preventive Cardiology*. 135, 1-10
- Wang, X., Wu, Y. L., Zhang, Y. Y., Ke, J., Wang, Z. W., Zhang, B. Y., Ma, Y., Yang, L. Y., & Zhao, D. (2022). AK098656: a new biomarker of coronary stenosis severity in hypertensive and coronary heart disease patients. *Diabetology & metabolic syndrome*. 14 (1): 10.
- Yang, B.Y., Hu, L.W., Jalaludin, B., Knibbs, L.D., Markevych, I., Heinrich, J., Bloom, M.S., Morawska, L., Lin, S., Jalava, P., et al. (2020 ). Association Between Residential Greenness, Cardiometabolic Disorders, and Cardiovascular Disease Among Adults in China. *JAMA*, 3, e2017507.

- Yu, M., Wang, L., Guan, L., Qian, M., Lv, J., & Deng, M. (2022). Knowledge, attitudes, and barriers related to medication adherence of older patients with coronary heart disease in China. *Geriatric Nursing*, 43, 235-241.
- Zhang, W., & Zhang, H. (2022). Effects of comprehensive nursing intervention based on self-disclosure on improving alexithymia in elder patients with coronary heart disease. *BMC nursing*, 21 (1) , 1-7.

**استناد به این مقاله:** زینالپور، فاطمه، شاکر دولق، علی، خادمی، علی. (۱۴۰۲). اثر بخشی درمان ایمن سازی در برابر استرس بر ناگویی خلقی و تبعیت از درمان در بیماران عروق کرونر قلب، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۴(۵۳)، ۱۵۱-۱۷۷.

DOI: 10.22054/QCCPC.2022.69498.2988



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

