MEJDS. 2019; 9:62.

Published online 2019 Nov. **Research Article**

Metacognitive Therapy on Mental Health, Self-efficacy and Illness Perception in Coronary Heart Disease

Hossein Khosroshahi[1], *Bahram Mirzaian[2], Ramezan Hasanzadeh[3]

Author Address
1. PhD student Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran;
2. Assistant Professor in Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran;
3. Professor in Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
***Corresponding Author's Email:** bmirzaiann@yahoo.com

Received: 2018 June 10 **; Accepted:** 2018 July 1

Abstract

Background & Objective: heart disease is caused by stenosis and coronary artery disease, is a health problem in developing and developing countries, and is one of the leading causes of death in the world, including Iran. Coronary heart disease *(CHD)* is among the diseases affected by psychological factors. Recently, role of disease perception has been taken into account on the life quality of people with chronic diseases. The concept of perceived illness is organized cognitive representation of the patient. One of the factors influencing the life quality of patients is self–efficacy during researches on different patients, which refers to the ability of a person to perform their caring behaviors in specific circumstances. Self–efficacy is considered as an important predictor of behavior that it acts as an independent part of a person's basic skills. Of course, it should be noted that the role of self–efficacy in initiating and maintaining health behaviors is illustrated by several studies in other subjects. Holistic philosophy about health emphasizes on the unity of various human dimensions. From the perspective, diseases are result of an irregular in physical, psychological and environmental dimensions. Therefore, all dimensions integrate and work together such as health types including physical, social and emotional health. Several studies have been carried out on the identification of risk factors for cardiovascular disease. The treatment that emphasis in this study was metacognitive therapy. The metacognitive therapy approach describes the cognitive and metacognitive factors of the underlying and continuing perspectives of psychological disorders and emotional vulnerabilities. The aim of this study was to investigate the effect of metacognitive therapy on general health, self–efficacy and perception of disease in cardiovascular patients

Methods: In this study, 30 patients were selected through purposeful sampling. Then, 15 patients were randomly assigned to the experimental group and 15 to the control group. The questionnaires included general health questionnaire, self–efficacy and perception of the disease. Data were collected before and after the implementation of 8 sessions of treatment and analyzed by SPSS 21 software and by covariance analysis.

Results: Mean and standard deviation of pretest scores in the experimental group in the general health, self–efficacy and perceived disease variables were 63.67, 2.14, 54.8, 6.1, 54.2 and 71.7 respectively. The post–test was 46.45, 23.2, 66.13, 58.9, 58.46 and 12.28 respectively. In addition, the pre–test score in the control group was 62.22, 2.71, 64.06, 4.84, 39.26, 4.99 and 63.41 after test, 2.71, 65.73, 41.4, 40.38 and 65.2. The results of covariance analysis indicated that treatment significantly decreased anxiety and depression in general health, increased autoimmunity and perceived illness ($p<0.001$).

Conclusion: As a result, metacognitive therapy could be an effective treatment for general health, self–efficacy and modulation of perception of disease in patients with coronary artery disease.

Keywords: Metacognitive therapy, General health, Self–efficacy, Perception of the disease, Coronary artery disease.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.63.5]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۶۲.

انتشار برخط آبان ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر درمان فراشناختی بر شاخص‌های سلامت عمومی و خودکارآمدی و ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی

حسین خسروشاهی[۱]، *بهرام میرزائیان[۲]، رمضان حسن‌زاده[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛

۳. استاد گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: bmirzaiann@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۰خرداد۱۳۹۷ ؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۰تیرماه۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش‌ها نشان داده‌اند بیماران قلبی‌عروقی دارای مشکل‌هایی در سلامت عمومی و خودکارآمدی و ادراک بیماری هستند. جهت افزایش این شاخص‌ها درمان‌های روان‌شناختی متعددی به‌کار رفته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان فراشناختی بر شاخص‌های سلامت عمومی و خودکارآمدی و ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی صورت گرفت.

روش‌بررسی: طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی مردان مبتلا به بیماری قلبی (CHD) در شهر قائم‌شهر تشکیل دادند که به کلینیک قلب بیمارستان ولیعصر قائم‌شهر در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ مراجعه کردند. از این تعداد ۳۰ نفر به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس به پرسشنامه‌های سلامت عمومی (گلدنبرگ و همکاران، ۱۹۹۷) و خودکارآمدی (شرر و همکاران، ۱۹۸۲) و ادراک بیماری (برودبنت، پتریه، وینمن و مین، ۲۰۰۶) پاسخ دادند. برنامهٔ مداخله فراشناختی به‌مدت هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای بر گروه آزمایش انجام پذیرفت. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ و به‌شیوهٔ تحلیل کواریانس تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات پیش‌آزمون در گروه آزمایش در نمرهٔ کل سلامت عمومی و خودکارآمدی و ادراک بیماری به‌ترتیب ۶۳/۶۷ و ۵۴/۸۰ و ۵۴/۲ و در پس‌آزمون به‌ترتیب ۴۶/۴۵ و ۶۶/۱۳ و ۵۸/۴۶ است. نتایج آنالیز کواریانس مشخص کرد درمان فراشناخت به‌طور معناداری موجب کاهش مشکل‌های سلامت عمومی و افزایش خودکارآمدی و ادراک بیماری بیماران می‌شود ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌ها، درمان فراشناختی می‌تواند درمان مناسبی جهت افزایش سلامت عمومی و خودکارآمدی و همچنین تعدیل ادراک بیماری در بیماران مبتلا به کرونر قلبی باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی، سلامت عمومی، خودکارآمدی، ادراک بیماری، بیمار کرونر قلبی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.63.5]

۱ مقدمه

بیماری‌های قلبی که در اثر تنگی و گرفتگی عروق کرونری قلب به‌وجود می‌آید و مشکلی بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و همچنین توسعه‌یافته است، از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان ازجمله ایران به‌شمار می‌رود (۱،۲). یکی از الگوهای مطرح در زمینهٔ سبب‌شناسی بیماری‌های قلبی، الگوی زیستی–روانی–اجتماعی بوده که به‌اختصار BPS[1] گفته می‌شود. براساس این مدل، بیماری نتیجهٔ نبود تعادل منظم ابعاد جسمانی و روان‌شناختی و محیط است؛ بنابراین تمام ابعاد به‌طور یک‌پارچه و باهم کار می‌کنند؛ همچون سلامت: ۱. سلامت جسمانی؛ ۲. سلامت اجتماعی؛ ۳. سلامت هیجانی (۳،۴). در رابطه با شناخت عوامل خطر مؤثر بر بیماری‌های قلبی و عروقی بررسی‌های زیادی انجام شده است. محققان به علل خطری مانند پرفشاری خون، دیابت نوع دو، شاخص تودهٔ بدن، درصد افزایش وزن، نسبت دور کمر به دور باسن، سطح کلسترول تام، سطح کلسترول بد (LDL)، مصرف سیگار، وجود سابقهٔ فامیلی بیماری قلبی و عروقی و سطح سواد افراد اشاره داشته‌اند (۵،۶). بسیاری از پژوهش‌ها رابطهٔ بین اضافه‌وزن و چاقی یا فشارخون و انسداد عروق کرونری قلب (CVD) را تأیید کردند (۷). ری و کولکارنی و اسرینواس (۸) دریافتند ارتباط قوی بین پرفشاری خون و تری‌گلیسیرید و کلسترول خوب (HDL) وجود دارد. یااو و همکاران (۹)، نیز زیادبودن کلسترول را از عوامل خطر ابتلا به پرفشاری خون در افراد بیشتر از ۳۰ سال معرفی کردند. لاکسونن و همکاران (۱۰) نشان دادند کلسترول بد (LDL) و تری‌گلیسیرید (TG) دارای رابطهٔ مستقیم با ابتلا به پرفشاری خون است؛ ولی کلسترول خوب (HDL) نقش حفاظتی دارد.

طی تحقیقات صورت‌گرفته درخصوص بیماران مختلف، از عوامل مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی بیماران، خودکارآمدی[2] است که به اطمینان‌یافتن فرد از توانمندی در انجام رفتارهای مراقبت از خود در موقعیت خاص اشاره دارد (۱۱). خودکارآمدی، پیش‌گویی‌کننده مهم رفتار شمرده می‌شود؛ زیرا به‌عنوان بخش مستقلی از مهارت‌های اساسی فرد عمل می‌کند. البته باید اشاره کرد نقش خودکارآمدی در شروع و حفظ رفتارهای بهداشتی توسط چندین مطالعه در موضوعات دیگر بیان شده است (۱۲).

خودکارآمدی، از زمینه‌های مهم کنترل فردی است؛ یعنی اعتقاد به اینکه می‌توانیم در آنچه خواستار انجامش بوده، موفق شویم (۱۲). هنگامی‌که اشخاص با بیماری تهدیدکننده‌ای نظیر بیماری قلبی، مواجه می‌شوند، شناخت یا روان‌سازه‌ای از این بیماری در ذهن خود می‌سازند. همچنین ممکن است دارای باورهایی باثبات درخصوص بیماری بوده که می‌تواند به فهم بیماری و علائم آن‌ها کمک کند (۱۳). اگر فرد درکی درست از بیماری خویش داشته و تصور کند بیماری وی درمان‌پذیر و کنترل‌شدنی و نیز مدت آن متناوب است، میزان ناتوانی ناشی‌از بیماری و جدی‌بودن آن، زیاد نخواهد بود (۱۴).

اخیراً به نقش ادراک بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن توجه می‌شود که منظور از ادراک مذکور، بازنمایی شناختی سازمان‌یافتهٔ بیمار از بیماری‌اش است (۱۵). براساس نظریهٔ لونتال و همکاران (۱۶) بیماران، رفتار و واکنش هیجانی خود را دربرابر بیماری براساس ادراکات خویش از ماهیت، علل، پیامد، گواه‌پذیری و درمان‌پذیری و مدت‌زمان بیماری، تنظیم می‌کنند. ادراک بیماری[3] شامل اطلاعاتی در پنج بُعد است؛ یعنی برچسب و علائم مربوط به بیماری مانند ماهیت یا باور دربارهٔ علل مسبب آغاز خستگی و ضعف، علت یا ادراک فرد در زمینهٔ طول مدت بیماری، مدت‌زمان بیماری برطبق حاد و دوره‌ای یا مزمن‌بودن، پیامدها و یافته‌های انتظارداشتهٔ فرد از بیماری برحسب اثرهای گواه، اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی و مؤثربودن درمان و بهبود. ارتباط بین ادراک بیماری و پیامدهای بیماری‌های مختلف بررسی شده است. یافته‌ها بیانگر نقش درخورتوجه ادراک بیماری در تعیین پیامدها و انطباق با بیماری‌ها نظیر آرتریت روماتوئید، بیماری‌هانتینگتون، دیابت، سکتهٔ قلبی، کلیوی و سرطان سر و گردن است (۱۵). همان‌طورکه اشاره شد، بیماری‌های مزمن به درمان‌های چندبُعدی نیاز دارد (۱۷). از مداخلاتی که تاکنون در حیطهٔ درمان مشکل‌های روان‌شناختی بیماران قلبی‌عروقی قرار گرفته است، می‌توان به درمان شناختی‌رفتاری و درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش و درمان‌های شناختی اشاره کرد (۱۸).

امروزه با نسل سوم درمان‌های شناختی و رفتاری مواجه بوده که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی مبتنی‌بر پذیرش نامید: مانند درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[4] و درمان فراشناختی[5] و درمان پذیرش و تعهد (۱۹). درمان بررسی‌شده در این پژوهش، درمان فراشناختی است. رویکرد درمان فراشناختی به توصیف عوامل شناختی و فراشناختی عام زمینه‌ساز و تداوم‌بخش اختلال‌های روان‌شناختی و آسیب‌پذیری‌های هیجانی می‌پردازد. در این رویکرد درمانی استدلال می‌شود اختلال با سبک غیراختصاصی تفکر همراه است که در اصطلاح سندرم شناختی‌توجهی[6] (CAS) نام دارد (۲۰).

درمان فراشناختی رویکردی است که درنتیجهٔ مدل‌سازی و فرضیه‌آزمایی نظامدار به‌وجود آمده و فنون مختلفی را به‌دنبال دارد که اثربخشی آن‌ها را در مطالعات علمی نشان داده‌اند. این رویکرد در درک و درمان اختلال اضطراب فراگیر (۲۱)، استرس پس از آسیب (۲۲)، اختلال وسواس فکری و عملی (۲۳)، اضطراب اجتماعی (۲۴) و افسردگی (۲۵) بسیار مؤثر بوده است.

پژوهش‌هایی در زمینهٔ اثربخشی درمان فراشناختی بر شاخص‌های سلامت صورت گرفته است. شاکری و همکاران (۲۶) نشان دادند درمان فراشناختی تغییرهای معناداری در کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده ایجاد می‌کند. پاروال و فیشر (۲۷) دریافتند باورهای فراشناختی با اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به دیابت مرتبط است و باورهای فراشناختی منفی برای نبود کنترل و خطر، معناداری بیشتری دارد. همچنین، جانسون و همکاران (۲۸) بیان کردند درمان فراشناختی بر متغیرهای سلامت عمومی همچون

[1]. Biopsyehosocial
[2]. Self-efficacy
[3]. Illness perception
[4]. Based cognitive therapy mindfulness
[5]. Metcognitive
[6]. Cognitive - attentional syndrome - CAS

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.63.5]

افسردگی واضطراب دارای تأثیر معناداری است. در پژوهش‌های گروز و همکاران (۳۹) و روچات و همکاران (۴۰) مشخص شد درمان فراشناخت بر سلامت روانی و افسردگی تأثیر می‌گذارد.
کاربرد درمان فراشناختی بر متغیرهایی مانند اضطراب و افسردگی و به‌طورکلی سلامت عمومی اثبات شده است؛ اما پژوهشی با طرح بررسی اثر این درمان بر خودکارآمدی و ادراک بیماری و سلامت عمومی بیماران مبتلا به کرونر قلبی، صورت نگرفته است. همچنین، به‌دلیل وجود مشکل‌های سلامت عمومی و خودکارآمدی و ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی، نیاز است تا درمان‌های روان‌شناختی جهت اصلاح این مؤلفه‌ها در این گروه از بیماران ارزیابی شود. باتوجه به ارائهٔ مبانی نظری و پژوهشی، هدف از انجام این مطالعه بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر شاخص‌های سلامت عمومی و خودکارآمدی و ادراک بیماری در بیماران انسداد عروق کرونر بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و طرح آن، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون دو گروهی (یک‌گروه آزمایش و یک‌گروه گواه) بود. جامعهٔ آماری را تمامی مردان مبتلا به بیماری قلبی (CHD) در شهر قائم‌شهر تشکیل دادند که به کلینیک قلب بیمارستان ولیعصر قائم‌شهر در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ مراجعه کردند. گروه نمونه شامل ۳۰ نفر بود که به‌روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس ملاک‌های ورود انتخاب شده و به‌صورت تصادفی ساده، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود عبارت بودند از: مذکربودن؛ سن بین ۳۴تا۵۷ سال؛ تحصیلات حداقل سیکل؛ مصرف‌نکردن داروهای روان‌گردان؛ دریافت‌نکردن همزمان روان‌درمانی دیگر. معیارهای خروج شامل وجود عقب‌ماندگی ذهنی، داشتن بیماری‌های حاد روان‌پزشکی، سوءمصرف مواد، اختلال شخصیت شدید و غیبت بیش از دو جلسه در طول درمان بودند. جهت انجام پژوهش بر بیماران کرونر قلبی، توسط کلینیک قلب بیمارستان ولیعصر قائم‌شهر مجوز گرفته شد. همچنین، تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامهٔ ورود به پژوهش را امضا کردند.
ابزارهای زیر در این مطالعه به‌کار رفت.
ـ پرسشنامهٔ سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال است که گلدبرگ آن را در سال ۱۹۹۷ ابداع کرد. هدف از طراحی آن، کشف و شناسایی اختلال روان‌شناختی در مراکز و محیط‌های مختلف بود. سؤال‌های پرسشنامه، چهار خرده‌مقیاس دارد که عبارت است از: مقیاس کارکرد جسمانی (سؤال‌های ۱تا۷)؛ مقیاس کارکرد اجتماعی (سؤال‌های ۸تا۱۴)؛ اضطراب (سؤال‌های ۱۵تا۲۱)؛ افسردگی (سؤال‌های ۲۲تا۲۸). روش نمره‌گذاری GHQ بدین‌ترتیب است که از گزینهٔ الف تا د نمرهٔ ۰، ۱، ۲و ۳ تعلق می‌گیرد؛ درنتیجه نمرهٔ هر فرد در هریک از خرده‌مقیاس‌ها از ۰تا۲۱ و نمرهٔ کل بین ۰تا۸۴ است. نمرات هر مقیاس به‌طور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات مقیاس‌ها باهم جمع و نمرهٔ کلی به‌دست می‌آید. در تفسیر این آزمون می‌توان گفت اگر در هر مقیاس فردی نمرهٔ فرد بیشتر از ۱۷ و در مقیاس کلی نمره بیشتر از ۴۱ باشد، وخامت وضع آزمودنی را نشان می‌دهد. در بررسی گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۹۸)(۲۹) پایایی دونیمه‌کردن پرسشنامه برای کل پرسشنامه ۵درصد گزارش شد. میرفشتی و صولتی (۲۹) اعتبار پرسشنامه (نسخهٔ فارسی) GHQ–28 را به‌ترتیب به‌میزان قابل قبولی گزارش کردند (۲۹).
ـ پرسشنامهٔ ادراک بیماری: این پرسشنامه را برودبنت و همکاران در سال ۲۰۰۶ تهیه کردند که براساس مدل خودتنظیمی لونتال ساخته شده است. در پژوهش حاضر به‌منظور سهولت کار و برای رعایت حال مراجعان فرم کوتاه پرسشنامه به‌کار رفت. پرسشنامه نُه‌سؤالی بوده که جهت ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است (۳۰). هر خرده‌مقیاس به‌شکل یک‌سؤال است که به بهترین صورت از ماده‌های هریک از خرده‌مقیاس‌های نسخهٔ تجدیدنظرشده به‌طور اختصار درآمده است. سؤال‌های ۱تا۸ در مقیاس درجه‌بندی از صفر تا ده پاسخ داده می‌شود و براساس آن نمره‌گذاری صورت می‌گیرد. سؤال ۹ به‌شکل بازپاسخ است. هر خرده‌مقیاس یک‌مؤلفهٔ ادراک از بیماری را می‌سنجد. نُه خرده‌مقیاس این پرسشنامه عبارت است از: ۱. ادراک از پیامدها؛ ۲. طول مدت بیماری؛ ۳. کنترل شخصی؛ ۴. درمان‌پذیری؛ ۵. شناخت علائم؛ ۶. واکنش عاطفی؛ ۷.نگرانی دربارهٔ بیماری؛ ۸. توانایی درک و فهم بیماری؛ ۹. جهت‌گیری علی. سؤال نُه، پرسشی باز است که از بیمار خواسته می‌شود سه عامل از عوامل مهم‌تر در ایجاد بیماری وی را فهرست کند (۳۰). آلفای کرونباخ در این پرسشنامه ۸۰درصد و ضریب پایایی بازآمایی به فاصلهٔ شش هفته برای سؤال‌های مختلف، از ۴۲درصد تا ۷۵درصد گزارش شده است. روایی هم‌زمان مقیاس با پرسشنامهٔ ادراک بیماری تجدیدنظرشده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم و دیابت و بیماران کلیوی نشان‌دهندهٔ همبستگی زیرمقیاس از ۳۲درصد تا ۶۳درصد است. آلفای کرونباخ نسخهٔ فارسی پرسشنامه ۰/۹۷ به‌دست آمد (۳۱).
ـ پرسشنامهٔ خودکارآمدی عمومی شرر (SES): این مقیاس توسط شرر و همکاران (۳۲) در سال ۱۹۸۲ ساخته شد. نسخهٔ اصلی آزمون شامل ۳۶ سؤال بود که تهیه‌کنندگان آن برای تحلیل‌های انجام‌شده، سؤال‌هایی را نگه داشتند که بار ۴۰درصد را در هریک از عوامل اجتماعی و عمومی دارا بودند. بر این اساس ۱۳ سؤال بدون این ویژگی، حذف شده و آزمون به ۲۳ سؤال کاهش یافت. از این ۲۳ سؤال، ۱۷ سؤال خودکارآمدی عمومی را با میانگین ۹۹/۵۷ و انحراف معیار ۱۲/۸۰ می‌سنجد. نمره‌گذاری این پرسشنامه در مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت از یک تا پنج است. در سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ برای گزینه‌های کاملاً موافقم، موافقم، نه موافقم نه مخالف، مخالفم و کاملاً مخالفم به‌ترتیب نمره‌های ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ و بقیهٔ گویه‌ها به‌صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شود. کمترین نمره در این مقیاس برابر با ۱۷ و بیشترین آن برابر با ۸۵ است. نمرهٔ بیشتر، احساس خودکارآمدی زیاد را نشان می‌دهد. در مطالعات خارجی، ضریب پایایی ازطریق روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده‌مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به‌ترتیب ۸۶درصد و ۷۱درصد به‌دست آمده است. همچنین در مطالعهٔ داخلی، براتی (به‌نقل از ۳۳) جهت بررسی اعتبار مقیاس خودکارآمدی از روش دونیمه‌کردن استفاده کرد. ضریب اعتبار آزمون با روش اسپیرمن‌ـ براون با طول برابر ۷۶درصد و با طول نابرابر ۷۶درصد و با شیوهٔ نیمه‌کردن گاتمن، برابر

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.63.5]

با ۷۵درصد است. آلفای کرونباخ یا همسانی کلی سؤال‌ها ۷۹درصد محاسبه شد که رضایت‌بخش است (۳۳).

در این پژوهش یک‌گروه آزمایشی و یک‌گروه گواه شرکت کردند. گروه آزمایشی شامل گروه درمان فراشناختی بود که هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای و به‌صورت یک‌بار در هفته درمان دریافت کرد. تمام شرکت‌کنندگان در این تحقیق، اولین جلسه قبل از آموزش و اجرای درمان و نیز در آخرین جلسه، به پرسشنامه‌های ادراک بیماری و خودکارآمدی عمومی و سلامت عمومی پاسخ دادند. درمان فراشناختی شیوهٔ مداخله‌ای کوتاه‌مدت است که براساس دستورعمل گام‌به‌گام راهنمای عملی درمان فراشناختی برای اختلال‌های اضطراب و افسردگی بوده و ولز آن را در سال ۲۰۰۹ تهیه کرد (۲۵). پروتکل درمان فراشناخت در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. پروتکل جلسات درمان فراشناخت

جلسات	اهداف و فعالیت‌ها	ابزار و تکنیک‌ها
جلسهٔ اول	مروری بر مشکل‌های فرد، مشخص‌کردن انتظارهای (اهداف) بیمار و درمانگر از درمان، ارائهٔ تکلیف‌های خانگی.	معارفه، ارزیابی و گردآوری داده‌هایی چون علت جراحی، دلایل نگرانی، معرفی هیجان‌ها و ابعاد آن و رابطهٔ آن‌ها با باورهای فراشناختی به‌عنوان بی‌نظمی هیجانی.
جلسهٔ دوم	مروری بر فعالیت‌های هفتهٔ قبل (برقراری ارتباط جلسهٔ قبلی و فعلی)، آموزش الگوی سندرم شناختی‌توجهی (CAS)، بررسی خُلق مراجع به‌صورت شفاهی، ارائهٔ تکلیف‌های خانگی.	معرفی بیماری و ترسیم نمودار فراشناختی آن، معرفی منطق درمان شناختی و تعیین اهداف درمانی، شناسایی و الگوی فراشناختی، فراخوانی شناخت‌واره‌های منفی. آموزش به افراد در زمینهٔ چگونگی توجه به نگرانی و نشخوار فکری و توجه تثبیت‌شده و تنظیم آن با راهبردهای خودتنظیمی.
جلسهٔ سوم	آموزش تحریف‌های شناختی به مُراجع، شناخت باورهای تحریف‌شده، شناسایی تحریف‌های شناختی مراجع با دیگران، ارائهٔ تکلیف‌های خانگی.	آموزش تکنیک فاصله‌گرفتن از ذهن‌آگاهی (یادگیری بیماران جهت برخورد با افکار هم چون ابری در ذهن خود، درصورت نیازنداشتن به پردازش).
جلسهٔ چهارم	مروری بر فعالیت‌های هفتهٔ قبل (برقراری ارتباط جلسهٔ قبلی و فعلی)، تغییر باورها و جایگزین‌کردن آن با افراد عادی بدون مشکل آن‌ها. شناسایی تصمیم‌های دارای نقش در مشکل‌های روان‌شناختی مراجع. ارائهٔ تکلیف‌های خانگی.	ارزیابی فراباورهای مثبت و منفی به‌منظور تغییر فراباورهای مربوط به نگرانی‌ها و اضطراب و نوع تفکر آن‌ها. آموزش تجارب رفتاری دیگران، آرایهٔ اسناد مجدد کلامی جهت شکستن چرخهٔ افکار ازطریق سؤال‌هایی دربارهٔ سازوکار افکار یعنی کاهش ناهمخوانی، بازنگری تاریخچه‌ای و تجارب رفتاری.
جلسهٔ پنجم	مروری بر فعالیت‌های هفتهٔ قبل (برقراری ارتباط جلسهٔ قبلی و فعلی)، تغییر و اصلاح تحریف‌های شناختی در تصمیم‌های گرفته‌شده، ارائهٔ تکلیف‌های خانگی.	آموزش جهت درگیرشدن با نشخوار فکری و نگرانی تکرارشونده و تضعیف باورهای مربوط و ایجاد سبک سازگارتر فکری و رفتاری (جریان پردازشی جدید). توضیح تفاوت شیوهٔ پردازشی بین افراد بهنجار و بیمار.
جلسهٔ ششم	مروری بر فعالیت‌های هفتهٔ قبل (برقراری ارتباط جلسهٔ قبلی و فعلی)، فراخوان افکار خودکار (یادآوری افکار و مسائل گذشته در موقعیت‌های مختلف)، ارائهٔ تکلیف‌های خانگی.	رویکردهای رفتاری درمان، تحلیل سود و زیان، تمرکز مجدد توجه موقعیتی، دو روش آموزش توجه، یک‌جهت کاهش اضطراب و افسردگی.
جلسهٔ هفتم	مروری بر فعالیت‌های هفتهٔ قبل (برقراری ارتباط جلسهٔ قبلی و فعلی)، ارائهٔ تکلیف‌های خانگی.	آموزش به بیمار جهت فاصله‌گرفتن از غنی‌سازی ذهن از حد و به‌تعویق‌انداختن نگرانی و توسعهٔ هوشیاری. برنامه‌های رفتاری اصلاح توجه. توجه به افکار خود و تأثیر آن بر بدن برای دوری از افکار منفی. آماده‌کردن شرکت‌کنندگان برای اختتام جلسات، اصلاح نشانه‌های توقف افکار و ملاک دانستن، طرح‌ریزی اولیه، طرح‌ریزی جایگزین، شناسایی موانع موجود در به‌کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و درنهایت نتیجه‌گیری.
جلسهٔ هشتم	مروری بر فعالیت‌های هفتهٔ قبل (برقراری ارتباط جلسهٔ قبلی و فعلی).	

در این مطالعه لیست بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک قلب بیمارستان ولیعصر قائم‌شهر توسط واحد پژوهش بیمارستان به پژوهشگر ارائه شد. باتوجه به محدودبودن فضا جهت فرایند روان‌درمانی و کوتاه‌بودن زمان بستری، اجرای جلسات درمانی در کلینیک اوج در قائم‌شهر صورت گرفت. بدین‌ترتیب که با مراجعه به بخش قلب بیمارستان ولیعصر و گفت‌وگو با بیماران و همراهانشان، اطلاعاتی جهت روان‌درمانی به ایشان داده و از آنان برای شرکت در جلسات روان‌درمانی دعوت شد. در ادامه پس از کسب رضایت کتبی و موافقت آن‌ها برای شرکت در جلسات روان‌درمانی، بیماران به کلینیک اوج مراجعه کردند. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها، روش‌های توصیفی و استنباطی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.63.5]

(تحلیل کوواریانس) و نیز نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

یافته‌های مربوط به شاخص‌های دموگرافیک اعضای نمونهٔ تحقیق شامل سن، مدت ابتلا به بیماری قلبی از زمان تشخیص قطعی توسط متخصص، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج آزمون تی‌مستقل نشان داد متغیرهای سن و مدت زمان ابتلا به بیماری بین دو گروه تفاوت معناداری ندارد. همچنین نتایج آزمون کای‌اسکوئر مشخص کرد در متغیرهای وضعیت تأهل و سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. این یافته‌ها نشانگر تناسب زیاد بین اعضای دو گروه در شاخص‌های دموگرافیک است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران قلبی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه		مقدار p
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن	۵۰/۳	۵/۲۵	۴۹/۹	۵/۷۲	۰/۷۵۶
مدت ابتلا به بیماری (سال)	۴	۱/۲۴	۳/۸	۱/۸۷	۰/۷۵۶
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
وضعیت تأهل					۰/۵۵۸
مجرد	۳	۱۷/۶	۴	۱۴/۴	
متأهل	۱۱	۱۸/۴	۱۰	۲۰/۶	
سطح تحصیلات					۰/۷۵۲
سیکل	۲	۱۸/۶	۴	۱۸/۶	
دیپلم	۴	۱۴/۳	۲	۱۹/۶	
فوق‌دیپلم	۴	۱۸/۶	۴	۱۹/۶	
لیسانس	۴	۱۷/۶	۲	۱۴/۳	
وضعیت شغل					۰/۵۲۶
کارمند	۷	۱۷/۶	۴	۲۱/۶	
آزاد	۵	۳۹	۸	۴۵/۱	
بازنشسته	۱	۴/۱	۲	۱۰/۳	
بیکار	۱	۴/۱	۰	۰	

باتوجه به جدول ۲ ملاحظه می‌شود ۷۱/۱درصد از شرکت‌کنندگان مدرک دیپلم و ۲۸/۹درصد مدرک لیسانس دارند. همچنین میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان در تحقیق به‌ترتیب برابر با ۳۱/۷۳ و ۲/۸۷ است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای سلامت عمومی و خودکارآمدی و ادراک بیماری در گروه‌های آزمایش و گواه به‌همراه نتایج آنالیز کوواریانس

متغیر		گروه گواه		گروه آزمایش		مقایسهٔ پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار F	مقدار p
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۶/۶۶	۲/۸۷	۱۵/۹۳	۴/۲۶	۱/۷۱	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون	۱۷/۱۳	۱/۶۸	۱۴/۴۰	۱/۲۲		
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۶/۶۶	۱/۹۸	۱۷/۸۰	۳/۲۷	۲/۳۹	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	۱۷/۰۶	۱/۸۳	۱۴/۴۶	۲/۸۵		
کارکردهای اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۵/۸۰	۱/۸۹	۱۸/۴۶	۲/۹۲	۳/۸۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۶/۷۳	۳/۰۱	۱۴/۰۶	۲/۰۵		
کارکردهای جسمانی	پیش‌آزمون	۱۴/۹۳	۲/۷۳	۱۹/۰۰	۲/۶۷	۲/۱۴	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۴/۹۳	۲/۵۲	۱۴/۰۶	۲/۲۵		
سلامت عمومی (کل)	پیش‌آزمون	۶۲/۳۲	۲/۷۱	۶۳/۶۷	۲/۱۴	۲/۳۳	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۶۳/۴۱	۲/۶۵	۴۶/۴۵	۲/۲۳		
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۶۴/۰۶	۴/۸۴	۵۴/۸۰	۶/۱۰	۱۸/۵۳	<۰/۰۰۱

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.63.5]

ادراک بیماری	پس‌آزمون	۶۵/۷۳	۴/۴۱	۶۶/۱۳	۹/۵۸	
	پیش‌آزمون	۳۹/۲۶	۴/۹۹	۵۴/۲۰	۹/۷۱	۴/۵۷	۰/۰۰۴
	پس‌آزمون	۴۲/۴۰	۲/۶۵	۵۸/۴۶	۱۲/۲۸		

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین متغیرهای اضطراب، افسردگی، کارکردهای اجتماعی و جسمانی و نمرهٔ کل سلامت عمومی در پس‌آزمون گروه آزمایش درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشته که این کاهش معنادار است ($p<۰/۰۵$). همچنین، میانگین خودکارآمدی و ادراک بیماری در پس‌آزمون گروه آزمایش درمقایسه با پیش‌آزمون افزایش معناداری دارد ($p<۰/۰۵$).

ابتدا جهت استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس، مفروضه‌های آن برای همهٔ متغیرهای پژوهش تحت بررسی قرار گرفت. به‌منظور ارزیابی نرمال‌بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد توزیع نمرات سلامت عمومی و ادراک بیماری و خودکارآمدی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است؛ درنتیجه پیش‌فرض مذکور تأیید شد. برای تعیین همسانی و برابری واریانس‌ها، آزمون لوین به‌کار رفت. ملاحظه شد پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها نیز وجود دارد. همچنین، نتایج آزمون ام‌باکس مشخص کرد مفروضهٔ همگنی کوواریانس‌ها برقرار است؛ بنابراین آزمون کوواریانس جهت اجرا مناسب بود. نتایج آنالیز کوواریانس نشان داد با خنثی‌سازی اثر پیش‌آزمون، درمان فراشناخت به‌طور معناداری سبب کاهش نمرات اضطراب، افسردگی، کارکردهای اجتماعی، کارکردهای جسمانی، سلامت عمومی و افزایش خودکارآمدی و ادراک بیماری شده است ($p<۰/۰۵$).

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان فراشناختی بر شاخص‌های سلامت عمومی و خودکارآمدی و ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی بود. جهت آزمون داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد درمان فراشناختی می‌تواند بر سلامت عمومی و خودکارآمدی و ادراک بیماری تأثیر معناداری بگذارد. یافته‌های مرتبط با سلامت عمومی با پژوهش‌های شاکری و همکاران (۲۶)، پاروال و فیشر (۲۷)، جانسون و همکاران (۲۸)، گروز و همکاران (۳۹) و روچات و مانولو و بیلوکس (۴۰) همسوست. جانسون و همکاران (۲۸) نشان دادند درمان فراشناختی تأثیر معناداری بر سلامت عمومی دارد. در مطالعهٔ گروز و همکاران (۳۹) مشخص شد درمان فراشناختی باعث کاهش افسردگی می‌شود. تفاوت عمده بین این پژوهش و مطالعات قبلی، در جامعهٔ بررسی‌شده است. در تحقیق‌های پیشین، اجرای درمان فراشناختی در گروه‌های عادی و دیابتی و افسرده بود؛ درحالی‌که پژوهش حاضر بر بیماران کرونر قلبی صورت گرفت؛ بنابراین نوع جامعه می‌تواند عاملی مهم جهت اثرگذاری درمان در نظر گرفته شود.

یافته‌های این پژوهش در بُعد خودکارآمدی و ادراک بیماری از نوآوری‌های تحقیق حاضر است؛ زیرا پژوهشی یافت نشد که درمان فراشناختی را بر این متغیرها بررسی کرده باشد. باتوجه به دیدگاه تئوری شناختی‌اجتماعی بندورا، خودکارآمدی مفهومی بین‌حرفه‌ای بوده که در ارتباط با درک افراد از توانایی‌شان برای تغییر یا ادامهٔ رفتاری به‌صورت موفقیت‌آمیز است. بر این اساس خودکارآمدی با تلاش و ثبات‌قدم فرد در هر جنبه از زندگی ربط دارد. بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلبی به‌طور معمول دچار مشکلات متعددی مانند درد، تغییر در جریان خون بافتی، تحمل‌نکردن فعالیت، سازگاری غیرمؤثر با بیماری، اضطراب و افسردگی می‌شوند. در این پژوهش مشخص شد درمان فراشناخت باعث اثرگذاری بر متغیر خودکارآمدی بیماران کرونر قلبی شده است. به‌دلیل توجه درمان فراشناختی به باورهای مثبت مانند تعدیل ۱. باورهای مرتبط با کنترل‌ناپذیری افکار و ۲. باورهای مربوط به خطر، اهمیت و معنای این افکار، تأثیر بر خودکارآمدی را به‌همراه دارد. در این درمان تلاش شده تا مراجع دربارهٔ احساس‌ها و افکار درونی خود آگاهی یابد و توانایی‌های موجود خویش را بشناسد؛ بنابراین با شناسایی توانمندی‌های فرد سبب می‌شود تا بر احساس کارآمدی و موفقیت وی اثر بگذارد.

یکی دیگر از سازوکارهای اصلی این درمان، راهبردهای فراشناختی است. راهبردهای فراشناختی پاسخ‌هایی هستند که برای کنترل و تغییر تفکر به‌کار می‌روند و به خودتنظیمی هیجانی و شناختی کمک می‌کنند. راهبردهای انتخابی می‌توانند فعالیت‌های شناختی را تشدید یا سرکوب کرده یا ماهیت آن را تغییر دهند. هدف برخی از راهبردها کاهش افکار یا هیجان‌های منفی ازطریق تغییر ابعاد خاص شناخت است.

درواقع، چون باورهای فراشناختی منفی شخص را هدایت می‌کند که راهبرد مقابله‌ای نامناسب و غیرمؤثری را در پاسخ به تفکرها یا احساس‌های ناخواسته انتخاب کرده و آن را مداوم به‌کار گیرد، اصلاح این باورها نقش اساسی در درمان فراشناختی برای تمام اختلال‌های هیجانی بازی می‌کند (۳۴). دیگر سازوکار این درمان، تجربه است. تجربیات مانند احساس دانستن و قضاوت دربارهٔ یادگیری وجود دارد که در کارهای آزمایشی در زمینهٔ حافظه و قضاوت بررسی می‌شود (۳۵،۳۶). خودکارآمدی به‌عنوان عاملی مؤثر بر کیفیت زندگی و درک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌هایش (همچون حافظه)، در انجام موفقیت‌آمیز عملکردی شایسته تأثیر دارد؛ بنابراین نتایج پژوهش اثر سازوکار تجربه را در درمان فراشناختی بر افزایش اعتماد به مهارت‌های فردی تأیید می‌کند. به‌عبارت‌دیگر تأثیر تجربه بر خودکارآمدی باعث درک، عملکرد، رفتارهای سازگارانه، انتخاب محیط و شرایطی می‌شود که افراد تلاش کرده تا به آن دست یابند.

هولای و واتسون (۳۷)، گزارش کردند خودکارآمدی در تعدیل رفتارهای بهداشتی بیمار مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی تأثیرگذار بوده و موجب کاهش بروز عوارض شدید بیماری عروق کرونر و به‌دنبال آن کم‌شدن دفعات بستری و حتی به‌تعویق‌انداختن عمل جراحی پیوند عروق کرونر می‌شود؛ درنتیجه افزایش خودکارآمدی، بهبودی علائم این بیماران را به‌همراه دارد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.63.5]

ازطرفی، سازوکار دیگر درمان، کاهش سندرم شناختی‌توجهی است. نشانگان شناختی‌توجّهی شامل نوعی سبک تفکر درجامانده (تکرارشونده) به‌صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه (سرکوب فکر، اجتناب، مصرف مواد) است. این سبک‌ها پیامدهایی دارد که به حفظ و تداوم هیجان‌ها و تقویت افکار منفی منجر می‌شود (۲۲). اعتقاد بر این است که تفاوت بیماران در رفتار بیماری (ادراک و تفسیر علائم) نمی‌تواند صرفاً ناشی‌از اختلاف در درجهٔ تندرستی آن‌ها باشد. علائمی که ممکن است از سوی فرد یا خانواده، نابهنجار تفسیر شده و درنتیجه به ملاقات با پزشک منجر شود، احتمالاً توسط فرد یا خانوادهٔ دیگر به‌شکل متفاوت برداشت خواهد شد (۱۶)؛ بنابراین، نشخوارهایی که بیماران دربرابر بیماری خود دارند (سندرم شناختی‌توجهی) منجربه ادراک غلط و غیرمعقولانه دربارهٔ بیماری می‌شود. در این ارتباط، هندرسون و اوربل وهاگر (۳۸) نشان دادند، طرحواره در زمینهٔ بیماری و سوگیری توجه در شناخت‌های فرد بیمار سبب می‌شود تا راهبردهای مقابله‌ای در راستای بهبود بیماری مختل شود؛ درنتیجه، یافتهٔ این پژوهش از کاهش درک نادرست دربارهٔ بیماری باتوجه به راهبردهای ارائه‌شده در درمان فراشناختی حمایت می‌کند.

در این تحقیق همچون دیگر مطالعات محدودیت‌هایی وجود داشت که ازجمله ارائه‌نکردن یک‌دورهٔ پیگیری جهت آشکارساختن اثرات بلندمدت درمان بود. شرکت‌کنندگان تحقیق را نیز مردان تشکیل دادند. نتایج مطالعهٔ حاضر توانست به برخی از سؤال‌های پژوهشی دربارهٔ بیماران کرونر قلبی پاسخ دهد. از لحاظ کاربردی، می‌توان یافته‌های پژوهش را در بیمارستان‌های تخصصی قلب و کلینیک‌ها و درمانگاه‌های قلب استفاده کرد. به این ترتیب که با اجرای کارگاه‌هایی یا حتی در درمان‌های فردی زمینهٔ آشنایی با احساس‌ها و نحوهٔ ابراز و کنترل آن‌ها و شناسایی موقعیت‌های برانگیزانندهٔ اضطراب را برای افراد تحت درمان فراهم کرده تا بتوانند بهتر خود را با محیط زندگیشان سازگار سازند و نیز از استرس در هنگام بروز هیجان‌های ناخوشایند پرهیز کنند. همین‌طور از لحاظ نظری، توصیه می‌شود نمونه‌گیری به‌شکل تصادفی صورت پذیرد تا استقلال هر فرد رعایت شده و نیز اثر انتظار به درمان در بین مراجعان کاهش پیدا کند. همچنین، درنظرگرفتن یک‌گروه گواه با ارائهٔ متغیر مستقل غیرحقیقی و ارزیابی درمان در دو جنسیت در دستور طرح پژوهشی قرار گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، درمان فراشناختی می‌تواند درمان مناسبی جهت افزایش سلامت عمومی و خودکارآمدی و همچنین تعدیل ادراک بیماری در بیماران مبتلا به کرونر قلبی باشد.

۶ تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترا دانشگاه آزاد گرگان با شماره نامهٔ مصوب پروپوزال در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه است. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده نیز از سازمان یا مؤسسهٔ مربوط با شماره نامهٔ ۲۵۱۶۲۵ صادر شده است. بدین‌وسیله از بیماران قلبی و خانواده‌های محترم آن‌ها که در انجام پژوهش یاری کردند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود. همچنین هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.63.5]

References

1. Sabahi F, Akbarzadeh Tootoonchi M. Comparative evaluation of risk factors in coronary heart disease based on fuzzy probability-validity modeling. Journal of Advances in Medical and Biomedical Research. 2014;22(91):73-83. [Persian] http://zums.ac.ir/journal/article-1-2560-en.html
2. Allender S, Peto V, Scarborough P, Boxer A, Rayner M. Coronary heart disease statistics. First edition. Oxford, England: British Heart Foundation & Stroke Association; 2006.
3. Hatala AR. The status of the "biopsychosocial" model in health psychology: Towards an integrated approach and a critique of cultural conceptions. Open J Med Psychol. 2012;1(4):51-62. doi:10.4236/ojmp.2012.14009
4. Sarafino EP, Smith TW. Health psychology: Biopsychosocial interactions. New Jersey, United States: John Wiley & Sons; 2014, pp: 13.
5. Gavish D, Leibovitz E, Elly I, Shargorodsky M, Zimlichman R. Follow-up in a lipid clinic improves the management of risk factors in cardiovascular disease patients. The Israel Medical Association Journal. 2002;4(9):694-7.
6. Lizarzaburu JL, Palinkas LA. Immigration, acculturation, and risk factors for obesity and cardiovascular disease: a comparison between Latinos of Peruvian descent in Peru and in the United States. Ethn Dis. 2002;12(3):342-52.
7. Rani MU, Sharmila N, Geetanjali MP. Study of BMI, waist-hip ratio, lipid profile in normotensive and hypertensive males. J Evol Med Dent Sci. 2013;2(28):5100-26.
8. Ray S, Kulkarni B, Sreenivas A. Prevalence of prehypertension in young military adults & its association with overweight & dyslipidaemia. Indian J Med Res. 2011;134(2):162-7.
9. Yao X-G, Frommlet F, Zhou L, Zu F, Wang H-M, Yan Z-T, et al. The prevalence of hypertension, obesity and dyslipidemia in individuals of over 30 years of age belonging to minorities from the pasture area of Xinjiang. BMC Public Health. 2010;10(1):91-8. doi:10.1186/1471-2458-10-91
10. Laaksonen DE, Lakka H-M, Salonen JT, Niskanen LK, Rauramaa R, Lakka TA. Low levels of leisure-time physical activity and cardiorespiratory fitness predict development of the metabolic syndrome. Diabetes care. 2002;25(9):1612-18. doi:10.2337/diacare.25.9.1612
11. Strauser DR, Ketz K, Keim J. The relationship between self-efficacy, locus of control and work personality. J Rehab. 2002;68(1):20-6.
12. Bandura A. Social cognitive theory of personality. In: Pervin LA, John OP. Handbook of personality: Theory and research. New York, USA: Guilford Press; 1999, pp: 154-96.
13. Kralik D, Koch T, Price K, Howard N. Chronic illness self-management: taking action to create order. J Clin Nurs. 2004;13(2):259-67. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00826.x
14. Goulding L, Furze G, Birks Y. Randomized controlled trials of interventions to change maladaptive illness beliefs in people with coronary heart disease: systematic review. J Adv Nurs. 2010;66(5):946-61. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05306.x
15. Schoormans D, Mulder BJM, van Melle JP, Pieper PG, van Dijk APJ, Sieswerda GTj, et al. Illness perceptions of adults with congenital heart disease and their predictive value for quality of life two years later. Eur J Cardiovasc Nurs. 2014;13(1):86-94. doi:10.1177/1474515113481908
16. Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. Psychol Health. 1998;13(4):717-33. doi:10.1080/08870449808407425
17. Jones L, Crabb S, Turnbull D, Oxlad M. Barriers and facilitators to effective type 2 diabetes management in a rural context: a qualitative study with diabetic patients and health professionals. J Health Psychol. 2014;19(3):441-53. doi:10.1177/1359105312473786
18. Graham CD, Gillanders D, Stuart S, Gouick J. An acceptance and commitment therapy (ACT)–based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. Clin Case Stud. 2015;14(2):83-97. doi:10.1177/1534650114539386
19. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. 2004 edition. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2004.
20. Salimi SH, Rah Nejat AM, Rabiei M, Fathi Ashtiani A, Dabaghi P, Donyavi V. Review and analysis of the Meta cognitive therapy of post traumatic stress disorder: A systematic review of studies. Nurse and Physician within War. 2014;2(2):38-45. [Persian] http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-1-132-en.html
21. Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisely J, Mendel E. A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. Behav Res Ther. 2010;48(5):429-34. doi:10.1016/j.brat.2009.11.013
22. Wells A, Simons M. Metacognitive therapy. In: Hofmann SG. The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy. First edition. New Jersey, United States: Wiley-Blackwell; 2009. doi:10.1002/9781118528563.wbcbt06
23. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2008;39(2):117-32. doi:10.1016/j.jbtep.2006.12.001
24. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Clark DM, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.63.5]

DA, Schneier FR. Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment. First edition. New York, USA: Guilford Press; 1995, pp: 69-93.
25. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. Cognit Ther Res. 2009;33(3):291-300. doi:10.1007/s10608-007-9178-2
26. Shakeri M, Parhoon H, Mohammadkhani S, Hasani J, Parhoon K. Effectiveness of meta-cognitive therapy on depressive symptoms and quality of life of patients with major depression disorder. J North Khorasan Univ Med Sci. 2015;7(2):253-65. [Persian] http://journal.nkums.ac.ir/article-1-583-en.html
27. Purewal R, Fisher PL. The contribution of illness perceptions and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2018;136:16-22. doi:10.1016/j.diabres.2017.11.029
28. Johnson SU, Hoffart A, Nordahl HM, Wampold BE. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. J Anxiety Disord. 2017;50:103-12. doi:10.1016/j.janxdis.2017.06.004
29. Hasanzadeh R, Foruzan S, Khademloo A. Theories and application of psychological and personality tests. Tehran, Iran: Arasbaran; 2015. [Persian]
30. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res. 2006;60(6):631-7. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
31. Dehghan M, Dehghan Nayeri N, Iranmanesh S. Validating the Persian version of the Hill-Bone's scale of compliance to high blood pressure therapy. Br J Med Med Res. 2015;5(2):235-46. doi:10.9734/BJMMR/2015/13061
32. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: construction and validation. Psychol Rep. 1982;51(2):663-71. doi:10.2466/pr0.1982.51.2.663

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.63.5]