



The efficacy of interpersonal psychotherapy on action flexibility and blood-pressure in women with coronary artery disease

Hashemiyeh Ahmadi¹, Sheida Jabalameli², Maryam Moghimian³, Seyed Mostafa SeyedHossieni Tezerjani⁴

1. Ph.D Candidate in Health Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. E-mail: Ahmadi.hashemiyeh@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. E-mail: sh.jabalameli@phu.iaun.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Nursing, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. E-mail: m-moghimian@iaun.ac.ir

4. Yazd Cardiovascular Research Center, Non-communicable Diseases Research Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. E-mail: m.seydhoseini@ssu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 29 November 2022
Received in revised form 26 December 2022
Accepted 30 January 2023
Published Online 23 August 2023

Keywords:
Interpersonal psychotherapy,
Action flexibility,
Blood-pressure,
Women with coronary artery disease

ABSTRACT

Background: Based on the evidence, Patients with coronary artery disease have unstable blood pressure and low action flexibility, which causes disease recurrence and increased risk of death. Based on previous studies, Interpersonal therapy can help treat disorders in chronic patients, However, there is a research gap regarding the effectiveness of this type of treatment on action flexibility and blood pressure of women with coronary artery disease.

Aims: The current study aims to determine the efficacy of interpersonal psychotherapy on action flexibility and blood- pressure in women with coronary artery disease.

Methods: The current study was a quasi-experimental pre-test-post-test type with a control group and a follow-up period (45 days). The statistical population of the study includes all female patients with coronary artery disease who had an appointment at the Cardiac Rehabilitation in Afshar Clinic of Yazd in 2021; 28 of them were selected in a targeted method and replaced by random assignment in the groups. Data collection tools include Action flexibility questionnaire (Connor & Davidson, 2003) and sphygmomanometer. The data was analyzed using mixed variance analysis and SPSS²⁴ software.

Results: According to the results obtained, interpersona psychotherapy significantly affects the flexibility of patients' actions ($P>0.05$). Although this treatment had a significant effect on systolic and diastolic blood pressure at the end of the interventions, this effect was not effective in the follow-up stage ($p<0.05$).

Conclusion: Based on the findings of the present research, it seems, interpersonal psychotherapy improves the functional flexibility of coronary artery patients. Therefore, it is important for specialists to know about this treatment in order to improve the action flexibility and blood pressure of coronary artery patients.

Citation: Ahmadi, H., Jabalameli, Sh., Moghimian, M., & SeyedHossieni Tezerjani, S.M. (2023). The efficacy of interpersonal psychotherapy on action flexibility and blood-pressure in women with coronary artery disease. *Journal of Psychological Science*, 22(126), 1225-1242. [10.52547/JPS.22.126.1225](https://doi.org/10.52547/JPS.22.126.1225)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 126, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.126.1225](https://doi.org/10.52547/JPS.22.126.1225)



✉ **Corresponding Author:** Sheida Jabalameli, Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

E-mail: sh.jabalameli@phu.iaun.ac.ir, Tel: (+98) 9134139464

Extended Abstract

Introduction

Although there have been many advances in the field of medical science in the world, coronary artery disease is still the main cause of death in the world (Sacks et al, 2017). The role of psychological factors in cardiovascular diseases is confirmed by many studies (Nasiłowska-Barud et al, 2020; Freak-Poli et al, 2021; Santosa et al, 2021). Since coronary artery disease is severe and chronic and concerns people's resistance to environmental pressures, coronary artery patients should strengthen their resistance to environmental pressures. Action flexibility is defined as the ability to adapt one's cognitive representations and adapt appropriately in facing adversity and trauma with any source that is meaningfully psychologically stressful (Allen & Palk, 2018). Blood pressure is one of the most important biological factors concerning this disease. As a result of psychological and physiological factors, this disease undergoes irreparable fluctuations that are involved in the occurrence of cardiac events. So, one of the risk factors for heart disease is high blood pressure, which causes high death rates in people (Schultz, 2018). Psychological factors such as daily stress are significantly involved in high blood pressure (Santosa et al, 2021). Interpersonal psychotherapy (IPT) is one of the most effective interventions for chronic diseases. It is time-limited psychotherapy focused on emotions and life events in the present, focusing on interpersonal domains (Miniati, Callari, Maglio & Calugi, 2018). IPT improves the functioning of depressed patients with coronary heart disease (Koszycki et al, 2004). IPT has achieved promising results in treating chronic patients. However, no study in Iran has investigated the effect of IPT on coronary artery patients so far. Therefore, the present study aims to answer the question of whether interpersonal psychotherapy has an effect on action flexibility and blood pressure of women with coronary artery disease. Done.

Method

This study was conducted using a quasi-experimental method with a 45-day pretest-posttest follow-up

design on a control group. The statistical population of study consisted of all female patients with coronary artery disease who were referring to the Cardiac Rehabilitation Clinic of Afshar Hospital in Yazd. The sample size was determined based on a similar study based on Cohen's table with test power of 0.08, alpha level of 0.05 and effect size of 0.8, 15 people in each group (Akbari et al, 2015). Through phone interviews, the researcher selected the samples based on meeting the inclusion criteria using purposive sampling and randomly assigned them to the experimental and control groups. The subjects then responded to the Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC) in the pre-test, post-test, and follow-up phases and were assessed in terms of blood pressure. The experimental group received IPT in 8 sessions of 90 minutes online with a weekly sequence. The tool used in this study was the Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC) (2003). Another tool was a digital sphygmomanometer.

Results

After the statistical assumptions of the research were satisfied, the mixed variance test was performed on the experimental and control groups in three stages: pre-test, post-test and control. Based on the mixed variance analysis test in competence variables, trust in personal instincts, the effect of time and the interaction of time and group .significant and the effect of group is not significant, in the variables of restraint and spirituality in individuals, the effect of time and the interaction effect of time and group and the effect of group were not significant, in the variable of tolerance of negative emotions and systolic blood pressure, the effect of time and the interaction of time and group were not significant, and the effect of group was significant. It was, in the diastolic blood pressure variable, the effect of time is not significant, but the effect of group and the interaction of time and group is significant, and in the variable of action flexibility, the effect of time, the interaction of time and group and group is significant. Based on the results of Table 1 and the Bonferroni test to compare the difference between the pre-test and post-test and follow-up averages, there is a significant difference between the averages in the pre-test and post-test and pre-test and follow-up stages in the

competence variables, and there is a significant difference in the variables of trust in personal instincts and control between the pre-test and the post-test In spirituality, There is a significant difference in people in pre-test and follow-up. There is a significant difference in people in pre-test and follow-up. There is a significant difference in action

flexibility in the stages of pre-test and post-test, pre-test with follow-up and post-test with follow-up, and there is no significant difference between pre-test, post-test and follow-up in the variables of tolerance of negative emotions and blood pressure. The results of mixed variance analysis related to Intra -group and Inter -group effects are presented in Table 1.

Table 1. Results of mixed variance analysis related to ingroup and outgroup effects

Variable	Factors	Sources of Change	Sum of Squares	df	Mean of Squares	F	Sig	Effect Size
competence	Intra -group	Time	672/667	2	336/333	37/439	0/001	0/590
		Time×Group	103/524	2	51/762	5/762	0/005	0/181
		Error	467/143	52	8/984	-	-	-
trust in personal instincts	Inter -group	Group	94/298	1	94/298	1/578	0/220	0/057
		Error	1551/157	26	59/745	-	-	-
		Time	119/643	2	59/821	7/033	0/002	0/213
tolerance of negative emotions	Intra -group	Time×Group	82/738	2	41/369	4/864	0.012	0/158
		Error	442/286	52	8/505	-	-	-
		Group	141/440	1	141/440	3/640	0/067	0/123
restraint	Inter -group	Error	1010/214	26	38/854	-	-	-
		Time	84/667	1/368	61/871	1/789	0/189	0/064
		Time×Group	51/714	1/368	37/791	1/093	0/324	0/040
spirituality in individuals	Intra -group	Error	1230/286	355/79	34/579	-	-	-
		Group	207/429	1	207/429	4/339	0/047	0/143
		Error	1242/857	26	47/802	-	-	-
action flexibility	Inter -group	Time	77/881	2	13/940	9/305	0/001	0/264
		Time×Group	7/881	2	3/940	2/641	0/081	0/092
		Error	77/571	52	1/492	-	-	-
Systolic blood pressure	Intra -group	Group	26/298	1	26/298	2/651	0/116	0/093
		Error	257/929	26	9/920	-	-	-
		Time	90/500	1/162	77/781	4/033	0/048	0/134
diastolic blood pressure	Inter -group	Time×Group	64/738	1/162	55/711	2/885	0/095	0/100
		Error	583/429	302/13	19/311	-	-	-
		Group	3/440	1	3/440	0/296	0/591	0/011
action flexibility	Intra -group	Error	301/929	26	11/613	-	-	-
		Time	502/381	2	251/190	1/390	0/258	0/051
		Time×Group	650	2	325	1/798	0/176	0/065
Systolic blood pressure	Inter -group	Error	9397/619	52	180/723	-	-	-
		Group	502/381	52	251/190	1/390	0/258	0/051
		Error	9680/952	26	372/344	-	-	-
diastolic blood pressure	Intra -group	Time	30/952	2	15/476	0/248	0/781	0/009
		Time×Group	521/429	2	260/714	4/174	0/021	0/138
		Error	3247/419	52	62/454	-	-	-
diastolic blood pressure	Inter -group	Group	2916/964	1	2916/964	25/275	0/001	0/493
		Error	3000/595	26	115/408	37/439	0/001	-
		Error	3000/595	26	115/408	37/439	0/001	-

Conclusion

The current study aims to determine the efficacy of interpersonal psychotherapy on action flexibility and blood pressure in women with coronary artery disease. According to the results, IPT affects the action flexibility of women with coronary artery disease, and this effect is stable for 45 days after treatment. The results are consistent with the results of a study titled (Macedo et al, 2014 & Blanco et al, 2014 & Luthar & Zigler 1991 & Qaderi, Yousefi, Akbari & Sadeghi, 2019) in which the effect of IPT on

resilience and mental health measures has been confirmed. People with coronary artery disease often have social and interpersonal disturbances concerning their disease, such as taking additional drugs, drug side effects, surgeries, etc. These, together with the stressful nature of the disease treatment, reduce their action flexibility. In a study, treatments affecting strengthening interpersonal relationships were proven to be effective in promoting resilience. One of the interpersonal problems in these patients is role transfer. When

receiving a diagnosis of a serious illness, these patients experience a role transfer that involves job loss, shifting family responsibilities, and anticipation of approaching death.

The first step of treatment is to help the patient understand so that he can actively change his/her condition. IPT has applications such as responding to complications caused by stressors and important effects on social support, health, and resilience (Markowitz & Weissman, 2012). Patients can be assisted in the role transfer process by clarifying feelings such as frustration and guilt and developing new skills. Patients acquire new skills, friendships, and social relationships along with solving life crises and reducing symptomatic pains by discovering the emotions that prevent them from adapting to crises. During IPT, patients' mental capacity is opened to new experiences and their adaptive social interactions, sense of trust, and more flexible understanding are improved (Markowitz, Milrod, B., Luyten & Holmqvist, 2019). No study has yet been conducted to investigate the effect of IPT on blood pressure in women with coronary artery disease. It can be argued that IPT indirectly affects blood pressure regulation by affecting depression and other unpleasant emotions.

Short-term psychodynamic interpersonal therapy improves patients' quality of life and physical symptoms and is more effective in improving physical symptoms than advanced medical care (Sattel et al, 2012). The role transfer caused by the disease can deprive the patient of social support (Weissman et al, 2008). These patients avoid intimate relationships with others because they feel unable to form this kind of attachment. IPT enables patients to practice new situations using role-play techniques. Transitioning to a new role is accompanied by the development of a social network and new friendships. Patients establish effective communication by practicing communication and social skills. Patients will gain peace in the psychological field with the sense that they are capable people. In addition, this issue has positive effects on the physiological processes and functioning of the nervous system of people, which helps to balance the blood pressure of patients. In

addition, it positively affects the physiological processes and functioning of the nervous system of patients, balancing their blood pressure. The duration of the sessions seems to be insufficient for the stability of the effect of the techniques taught on the symptoms and severity of blood pressure due to the implementation of the treatment during the COVID-19 pandemic, the increase in morbidity and mortality due to the pandemic, its unpleasant effects on patients, and the time limitation of the study.

This study had limitations such as the samples being female, the age range being limited to 30-64 years, and only selecting people with coronary artery disease. Therefore, this study is recommended to be conducted on the population of men and people with coronary artery disease in other age groups and other psychosomatic disorders. Since IPT positively affects the action flexibility and blood pressure of women with coronary artery disease, this technique is recommended to be taught as a complementary treatment protocol to psychologists, physicians, and cardiologists who are most in contact with these people. It is also recommended that IPT be included as a psychotherapy program in cardiac rehabilitation centers of hospitals all over Iran to improve the physical and psychological problems of patients.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This study is part of the doctoral dissertation in the field of health psychology, which has been approved in terms of ethical principles before conducting research with the code IR.IAU.NAJAFABAD.REC/1400/040 in the Medical School of the Islamic Azad University, Najafabad Branch. In this research, ethical considerations such as the subjects' complete satisfaction and observance of the principle of information confidentiality have been satisfied.

Funding: This research was conducted in the framework of a PhD. Dissertation without any sponsors.

Authors' contribution: The first author of this article as the main researcher, the second author as the first supervisor, the third author as the second supervisor and the fourth author as a consultant were involved in this research.

Conflict of interest: The authors express no conflict of interest regarding this study.

Acknowledgments: We thank and appreciate all the patients participating in the study, professors, respected officials of the Islamic Azad University, Najafabad Branch and Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in Yazd, who helped the authors in conducting this research.



اثربخشی درمان بین فردی بر انعطاف پذیری کنشی و فشارخون زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر

هاشمیه احمدی^۱، شیدا جبل عاملی^۲، مریم مقیمیان^۳، سید مصطفی سیدحسینی طزرجانی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۳. استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۴. مرکز تحقیقات قلب و عروق یزد، پژوهشکده بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۸

بازنگری: ۱۴۰۱/۱۰/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۰

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۶/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان بین فردی،

انعطاف پذیری کنشی،

فشارخون،

زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر

زمینه: بر اساس شواهد، بیماران مبتلا به عروق کرونر فشارخون ناپایدار و انعطاف پذیری کنشی پایینی دارند که این عوامل موجب عود بیماری و افزایش خطر مرگ و میر می‌شود. بر اساس مطالعات پیشین، درمان بین فردی می‌تواند به درمان اختلالات مزمن کمک کند، اما در مورد اثربخشی این نوع درمان بر انعطاف پذیری کنشی و فشارخون زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر، شکاف پژوهشی وجود دارد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان بین فردی بر انعطاف پذیری کنشی و فشارخون زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام شد.

روش: پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه همراه با یک دوره پیگیری (۴۵ روزه) بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران زن مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه کننده به کلینیک بازتوانی قلب بیمارستان افشار یزد در سال ۱۴۰۰ بود که ۲۸ نفر از آن‌ها به روش هدفمند انتخاب شده و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزارهای جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) و دستگاه فشارسنج بود. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس آمیخته و نرم‌افزار SPSS²⁴ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: طبق نتایج به دست آمده، درمان بین فردی تأثیر معناداری بر انعطاف پذیری کنشی بیماران دارد ($P < 0/05$). با این که این درمان تأثیر معناداری بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در پایان مداخلات دارد اما این تأثیر در مرحله پیگیری معنادار نبود ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد درمان بین فردی موجب بهبود انعطاف پذیری کنشی بیماران عروق کرونر می‌شود. بنابراین آگاهی متخصصان از این درمان در جهت بهبود انعطاف پذیری کنشی و فشارخون بیماران عروق کرونر حائز اهمیت است.

استناد: احمدی، هاشمیه؛ جبل عاملی، شیدا؛ مقیمیان، مریم؛ و سیدحسینی طزرجانی، سید مصطفی (۱۴۰۲). اثربخشی درمان بین فردی بر انعطاف پذیری کنشی و فشارخون زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۶، ۱۲۲۵-۱۲۴۲.

DOI: [10.52547/JPS.22.126.1225](https://doi.org/10.52547/JPS.22.126.1225) . شماره ۱۲۶، ۱۴۰۲.



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: شیدا جبل عاملی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. رایانامه: sh.jabalameli@phu.iaun.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۳۴۱۳۹۴۶۴

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های زیادی که در زمینه علم پزشکی در جهان رخ داده است اما هنوز هم بیماری عروق کرونر^۱ علت اصلی مرگ و میر در جهان به شمار می‌آید و سالیانه سبب مرگ ۱۷ میلیون نفر در جهان می‌شود که ۳۱ درصد از کل مرگ و میر جهان را تشکیل می‌دهد (ساکس و همکاران، ۲۰۱۷). بیماری عروق کرونر بیش از هر بیماری دیگری موجب مرگ، ناتوانی و ضرر اقتصادی در کشورهای مختلف شده است، شیوع بیماری عروق کرونر در مناطق شهری کشورهای خاورمیانه به ویژه در افراد سنین ۳۵ تا ۶۴ سال، حدود ۶ تا ۸ برابر افزایش یافته است. این در حالی است که سگته قلبی، شایع‌ترین تظاهر بیماری قلبی - عروقی در کشورهای چین، جنوب شرق آسیا و کشورهای آفریقایی در سال‌های اخیر بوده است (لین و همکاران، ۲۰۱۶). در ایران نیز شیوع این بیماری ۳۵۰۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر است (شیرالی و دشت بزرگی، ۱۳۹۷). خطرات بیولوژیکی و روانی اجتماعی در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر نسبت به مردان بیشتر است (دتر، ۲۰۱۸). همچنین بر اساس نتایج یک پژوهش، میزان مرگ و میر زنان و مردان به ترتیب ۸/۶ و ۶ درصد بوده که این موضوع توجه بیشتر به زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر را نشان می‌دهد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۴). پژوهش‌های بسیاری نقش عوامل روانشناختی در بیماری‌های قلبی - عروقی را تأیید نموده‌اند (نسیلوسکا-بارود و همکاران، ۲۰۲۰؛ فرک-پولی و همکاران، ۲۰۲۱؛ سانتوسا و همکاران، ۲۰۲۱).

با توجه به شدت و مزمن بودن بیماری عروق کرونر و رابطه این مسائل با میزان مقاومت افراد در برابر فشارهای محیطی، ضروری است که بیماران عروق کرونر توان مقاومت خود را در برابر فشارهای محیطی تقویت کنند. انعطاف‌پذیری کنشی^۲ به توانایی انطباق بازنمایی‌های شناختی فرد و سازگاری مناسب او در رویارویی با مصائب و ضربه‌های روحی با هر منبعی که به‌طور معناداری از نظر روانی فشارزا باشد، اطلاق می‌شود (آلن و پالک، ۲۰۱۸). انعطاف‌پذیری کنشی بر سلامت روان بیماران برای روبرو شدن با مشکلات و حوادث پیش‌بینی نشده بیماری عروق کرونر به شدت تأثیر می‌گذارد، زیرا به‌خوبی می‌تواند با ظرفیت بازگشت از چالش‌های

اجتماعی، مالی و یا احساسی به تعادل مجدد کمک کند. این سازه (انعطاف‌پذیری کنشی) در واقع یک‌گونه مهارت فکری است که به توانایی انسان در سازگاری با موقعیت‌های جدید اشاره دارد (رئیس‌سعدی و همکاران، ۱۳۹۹). مطالعات نشان دادند افرادی که انعطاف‌پذیری کنشی بالایی دارند در هنگام مواجهه با فشارهای روانی از سبک‌های مقابله‌ای کارآمدتری استفاده می‌کنند، زیرا طرحواره‌های ذهنی انعطاف‌پذیرتری دارند و به گونه انطباقی موقعیت را پردازش و با آن کنار می‌آیند (ایل، چانگ-کیناین و بروسارد، ۲۰۱۳)؛ همچنین انعطاف‌پذیری کنشی به عنوان چگونگی واکنش موفقیت‌آمیز یک سیستم به اختلالاتی که بقا و بهزیستی فرد را تهدید و تخریب می‌کند و به عملکردش آسیب می‌رساند، نیز تعریف می‌شود (ماستن و همکاران، ۲۰۲۱). افراد تاب‌آور از نظر عاطفی آرام بوده و دارای رفتارهای خودشکنا نه نیستند و توانایی مقابله با شرایط ناگوار را دارند (رستمی و همکاران، ۱۴۰۱)؛ بنابراین انعطاف‌پذیری کنشی با تحت تأثیر قرار دادن فرد، شیوه‌های مقابله‌اش را در برابر حوادث ناگوار ارتقاء داده و میزان سازگاری و متعاقب آن سلامت جسمانی و روان را بهبود می‌بخشد.

یکی از مهمترین عوامل زیستی مرتبط با این بیماری، فشارخون^۳ است. فشارخون به فشاری که بر دیواره سرخرگ‌ها وارد می‌شود اطلاق می‌شود که حداکثر این دوره را فشار سیستولی^۴ و حداقل آن را فشار دیاستولی^۵ می‌نامند (زودی و همکاران، ۲۰۱۷). این بیماری تحت تأثیر عوامل روانشناختی و فیزیولوژیکی دچار نوسان‌های جبران‌ناپذیری می‌شود که در بروز رخدادهای قلبی نقش دارد. بنابراین فشارخون بالا یکی از عوامل خطرزا برای بیماری‌های قلبی است که موجب مرگ و میر بالایی در افراد می‌شود (شولتز، ۲۰۱۸). این در حالی است که تنظیم بهینه فشارخون می‌تواند خطر حوادث قلبی را کاهش دهد (رحیمی و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر عوامل زیستی، عوامل روانشناختی نیز در بروز پرفشاری خون نقش مهمی دارند، در همین راستا پژوهش سانوتوسا در سال ۲۰۲۱ نشان داد که عوامل روانی مانند تنیدگی‌های روزمره نقش مهمی در پرفشاری خون دارند (سانتوسا، ۲۰۲۱). همچنین یک پژوهش نشان داد عواملی مانند

1. coronary artery disease

2. Action flexibility

3. Blood-pressure

4. Systolic blood pressure

5. diastolic blood pressure

مداخلات ارتقای تاب آوری در بزرگسالان انجام دادند، مطالعات انتخابی با نمونه‌های غیربالینی بزرگسالان که اثربخشی مداخله را از طریق کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی و غیرتصادفی‌سازی و کنترل شده و مطالعات پایان باز ارزیابی کردند تعداد ۷ کارآزمایی کنترل شده تصادفی، ۵ کارآزمایی کنترل شده غیرتصادفی و یک کارآزمایی پایان باز بودند و اکثر مطالعات شامل درجاتی از بهبود در متغیرهای تاب آوری در میان افرادی بود که در معرض برنامه‌های ترویج تاب آوری قرار داشتند. علاوه بر این، یافته‌های مثبت در میان کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی شده و کنترل شده سازگارتر بود. یکی از نتایج نهایی پژوهش مذکور این بود که درمان بین فردی بر تاب آوری مؤثر است. بلاتکو و همکاران (۲۰۱۴) نیز پژوهشی بر روی هفت زن بیمار مبتلا به افسردگی اساسی و سرطان سینه انجام دادند، بیماران درمان بین فردی را در ۱۲ جلسه دریافت نمودند. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که روان‌درمانی بین فردی می‌تواند در توانمندسازی و تقویت پاسخ فعالانه به سختی‌های مداوم و ارتقای تاب آوری به زنان مبتلا به سرطان سینه و افسرده کمک کند. همچنین در فراتحلیلی با عنوان آسیب‌پذیری و تاب آوری: مروری بر پژوهش‌های مؤثر بر تاب آوری در کودکان به این نتایج دست یافتند که مداخلاتی که سازگاری مثبت در زمینه‌های هیجانی و بین فردی را تقویت می‌کنند می‌توانند در ارتقای تاب آوری مؤثر واقع شوند (لودرا و زیگلر، ۱۹۹۱).

علی‌رغم بهره‌گیری از روان‌درمانی بین فردی برای مشکلات و اختلالات مختلف، اما تاکنون پژوهشی به مطالعه تأثیر درمان بین فردی بر فشارخون نپرداخته است. با توجه به این که بیماری عروق کرونر مرگ و میر بالایی در جهان دارد و موجب آسیب‌های جسمانی و روانشناختی بسیاری شده است و از طرفی مطالعات نشان داده است این مشکلات در زنان حادث‌تر از مردان است و موجب صدمات جبران‌ناپذیری بر پیکره خانواده و سیستم درمانی کشور می‌شود، اهمیت بررسی راهکارهای درمانی مؤثر برای ارتقای انعطاف‌پذیری کنشی و بهبود فشارخون اهمیت دارد. از آنجایی که درمان بین فردی یکی از درمان‌های حمایتی، مختصر و کوتاه مدت است که توانسته است نتایج امیدوارکننده‌ای را در بیماران مزمن به دست آورد، لذا کاربرد این نوع درمان در بیماران عروق کرونر به ویژه در زنان ضرورت

اضطراب و استرس، عصبانیت، عدم مدیریت هیجانات، افسردگی ناشی از کیفیت نامناسب زندگی و احساسات منفی در مقایسه با سایر عوامل محیطی، در بالا بردن میزان فشارخون نقش مهمی دارند (ایفاقوازی، ایگری و چکوورجی، ۲۰۱۸، به نقل از تهمت و همکاران، ۱۴۰۰).

از مداخلات مؤثر بر بیماری‌های مزمن می‌توان به درمان بین فردی^۱ اشاره نمود. این درمان، یک روان‌درمانی با زمان محدود و متمرکز بر عواطف و رویدادهای زندگی در زمان حال است که بر حوزه‌های بین فردی متمرکز است (میناتی و همکاران، ۲۰۱۸). این درمان بر اساس نظریه‌های دلبستگی و بین فردی هدایت می‌شود و بر نقش روابط بین فردی در ایجاد و حفظ پریشانی روانی تأکید می‌کند. از اهداف درمان بین فردی، بهبودی علائم، افزایش حمایت اجتماعی و بهبود عملکرد بین فردی است (استوارت و رابرتسون، ۲۰۱۲). درمان بین فردی بر چهار حوزه اصلی در مشکلات بین فردی متمرکز است که شامل سوگ، مشاجره نقش، انتقالات و نارسایی بین فردی است (وایسمن، مارکوویتز، ۲۰۰۷). هرچند مسائل بین فردی شرط لازم برای ایجاد مشکلات روانشناختی نیست ولی این دو به شدت با هم درآمیخته‌اند. در این نوع درمان، با فراهم شدن محیطی که در آن مشکلات به بحث گذاشته و حل می‌شود، کناره‌گیری‌های بین فردی نیز کاهش می‌یابد و افراد می‌بینند که دیگران نیز در بیماری آنان شریک‌اند (وردلی و همکاران، ۲۰۰۳). طبق پژوهش لوتی و همکاران (۲۰۱۷) تغییر در عملکرد بین فردی در درمان بین فردی نسبت به درمان شناختی سریع‌تر رخ می‌دهد. هدف این درمان، کمک به بیماران برای بهبود روابط بین فردی است و به آن‌ها کمک می‌کند تا مهارت درخواست حمایت عاطفی و عملی را به دست آورند و با بهبود حمایت اجتماعی پریشانی فعلی خود را ارتقاء دهند (وایسمن و مارکوویتز، ۲۰۰۷). درمان بین فردی در بهبود عملکرد بیماران افسرده مبتلا به بیماری کرونر قلبی مؤثر است (کویزیک و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهشی با عنوان اثربخشی روان‌درمانی بین فردی گروهی بر ارتقای تاب آوری مادران دارای فرزند معلول، نشان داده شد که روان‌درمانی بین فردی در ارتقای تاب آوری مادران دارای فرزند معلول مؤثر بوده است (قادری بگه جان و همکاران، ۱۳۹۸). ماکدو و همکاران (۲۰۱۴) مطالعه‌ای را با هدف مرور نظام‌مند مطالعات ارزیابی اثربخشی

1. Interpersonal Psychotherapy

درجه‌ای لیکرت کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، تا اندازه‌ای (۳)، مخالفم (۲)، کاملاً مخالفم (۱) است. در صورتی که نمرات مقیاس بین ۱ تا ۲۶ باشد، میزان متغیر ضعیف، در صورتی که نمرات مقیاس بین ۲۶ تا ۷۸ باشد، میزان متغیر در سطح متوسط و در صورتی که نمرات بالای ۱۳۰ باشد، میزان متغیر بسیار خوب است.

ضریب آلفای کرونباخ مقیاس جهت محاسبه ضریب پایایی مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است و اعتبار آن به روش همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله، بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ گزارش شده است (نصیر و نادری، ۱۳۹۳). همچنین در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) در یک بررسی مقطعی، پایایی این مقیاس در دانشجویان دانشگاه شیراز و به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ محاسبه شد. نادری، حیدری و مشعل‌پور (۱۳۸۷) در پژوهشی از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس سرسختی روانشناختی اهواز با محاسبه ضریب همبستگی ۰/۶۴ در سطح معنی‌داری ($p < 0/001$) نشان دادند که این سازه از روایی نسبتاً بالایی برخوردار است. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر با محاسبه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ محاسبه شد.

ج) روش اجرایی

روند اجرای پژوهش حاضر بدین صورت بود که پس از دریافت مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی و دانشگاه علوم پزشکی یزد، پژوهشگر اصلی به مرکز بازتوانی قلب بیمارستان افشار شهر یزد مراجعه نمود و لیست بیماران زن ۳۰ الی ۶۴ سال که طبق تشخیص پزشک متخصص به بیماری عروق کرونر مبتلا بودند را دریافت کرد. سپس پژوهشگر از طریق مصاحبه تلفنی نمونه‌ها را به شیوه هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب نمود و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داد. با توجه به این که اجرای مداخلات هم‌زمان با پاندمی کرونا انجام شد، ۲ نفر از شرکت کنندگان به دلیل ابتلا به کرونا و غیبت بیش از دو جلسه از فرآیند پژوهش خارج شدند و ۲۸ نفر در پژوهش باقی ماندند. بدین ترتیب شرکت کنندگان گروه روان‌درمانی بین فردی ۱۴ نفر و گروه گواه نیز ۱۴ نفر بودند.

دارد. همچنین علی‌رغم این که درمان بین فردی طبق مطالعه کویزیکو و همکاران (۲۰۰۴) نتایج مؤثری بر بیماران مبتلا به عروق کرونر به همراه داشته است اما تاکنون هیچ مطالعه‌ای در ایران در زمینه اثر درمان بین فردی بر بیماران عروق کرونر صورت نگرفته است؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال اساسی است که آیا درمان بین فردی بر انعطاف‌پذیری کنشی و فشارخون زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر تأثیر دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: طرح پژوهش حاضر، شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه همراه با یک دوره پیگیری (۴۵ روز بعد از پس‌آزمون) بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنانی بود که طبق تشخیص پزشک متخصص، مبتلا به بیماری عروق کرونر بودند و در سه‌ماهه نخست سال ۱۴۰۰ به مرکز بازتوانی قلب بیمارستان افشار شهر یزد مراجعه کرده بودند. حجم نمونه بر اساس جدول کوهن با توان آزمون ۰/۰۸، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸، در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل رضایت آگاهانه، عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان، سواد خواندن و نوشتن، دسترسی به سیستم الکترونیکی و اینترنت، گروه سنی ۳۰ الی ۶۴ سال و ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش بود.

ب) ابزار

مقیاس انعطاف‌پذیری کنشی^۱: این مقیاس به منظور سنجش انعطاف‌پذیری کنشی توسط کونور و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۶ گویه است که در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای انعطاف‌پذیری کنشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. هدف آن سنجش میزان انعطاف‌پذیری بر اساس مؤلفه‌های شایستگی/استحکام شخصی (۱۶-۱۷-۲۳-۱۰-۲۶-۲۵-۱۱-۱۲-۲۴) اعتماد به غرایز شخصی (۱۴-۱۹-۷-۶-۱۵-۱۸-۲۰)، تحمل عواطف منفی (۸-۲-۵-۴-۱)، مهار (۱۳-۲۱-۲۲) و معنویت (۹-۳) در افراد است. مقیاس درجه‌بندی سؤالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵

1. Resiliency Scale

جلسات روان‌درمانی بین فردی از طرح درمانی وایسمن و مارکوویتز (۲۰۰۷) اخذ شد. خلاصه جلسات این نوع درمان در جدول ۱ ارائه شده است. ابزار دیگر پژوهش حاضر، دستگاه فشارسنج از نوع دیجیتال بود که فشارخون سیستول و دیاستول بیماران را اندازه گیری می نمود. همچنین داده‌های پژوهش در سطح آمار توصیفی با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با بهره گیری از نرم افزار SPSS24 تحلیل شد.

سپس شرکت کنندگان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه انعطاف‌پذیری کنشی کونور و دیویدسون پاسخ دادند و با دستگاه فشارسنج از لحاظ فشارخون مورد ارزیابی قرار گرفتند و گروه آزمایش درمان بین فردی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت آنلاین با توالی هفته‌ای یک بار توسط پژوهشگر اصلی (نویسنده اول مقاله) دریافت نمودند، اما اعضای گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. اما به جهت رعایت اصل اخلاقی عدالت در پژوهش، پس از اتمام فرآیند پژوهش برای شرکت کنندگان در گروه گواه، جلسات روان‌درمانی بین فردی برگزار شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات روان‌درمانی بین فردی (وایسمن و مارکوویتز، ۲۰۰۷)

عنوان جلسه	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی با کلیات درمان	هدف این جلسه تبیین ضرورت شرکت در گروه، ترویج هنجارهای گروهی و انسجام گروهی، تأکید بر مشترک بودن مشکلات، آشنایی اعضا با هم، تعهد به پیگیری جلسات، آموزش نظریه G-IPT به اعضای گروه و نقش‌شان در درمان بود.	شناخت اهمیت روابط بین فردی
دوم	شناخت حوزه‌های مورد بررسی در درمان بین فردی	مرتبط ساختن مشکلات اعضاء به بافت بین فردی، یکی ساختن‌های حوزه مشکل اصلی (سوگ، مشاجرات بین فردی، نارسایی‌های بین فردی، انتقال نقش) و تعیین/تصحیح اهداف بود	مرور جلسه قبل و یافتن یکی از حوزه‌های بین فردی مشکل‌دار در خود
سوم	بررسی حوزه انتقال نقش و تأثیر آن بر بافت بین فردی و سلامت جسمانی	تمرکز این جلسه بر روی حوزه انتقال نقش بود و این که این حوزه به عنوان هرگونه تغییر زندگی (بیماری عروق کرونر) است که شامل تغییر دادن شکل یک نقش قدیمی و قرار گرفتن در نقش جدید است. هدف درمان شامل کسب آمادگی برای پذیرفتن نقش بیمار و آسیب‌شناسی دوره بیماری و تأثیر آن بر روند زندگی و وضعیت سلامت فعلی می‌باشد.	یافتن مزایا و معایب نقش جدید و قدیم در حوزه انتقال نقش
چهارم	شناخت ویژگی‌های حوزه انتقال نقش و بررسی راهبردهای بهبود سازگاری	بررسی مزایا و معایب نقش قدیمی و نقش جدید به صورت فردی و سپس ارائه راهبردهای سازگاری از طریق بارش فکری در گروه	یافتن راهکارهای سازگاران برای سازش با نقش جدید
پنجم	بررسی حوزه مشاجره و کاربرد روش‌های حل مشاجره در موقعیت‌های مختلف	موضوعات مشاجره‌ها در افراد گروه را تهیه کرده و بر روی مدل حل مشاجره کار می‌شود.	بررسی مشاجرات فردی
ششم	آموزش الگوهای حل تعارض	آموزش الگوهای حل تعارض به شرکت کنندگان که شامل الگوهای، مشارکتی رقابت‌جویی (تحکم)، اجتناب، انعطاف‌پذیری، مصالحه (توافق)، سبک‌های حل تعارض هستند. میانجی‌گری، مذاکره و داوری نیز روش‌های حل تعارض به شمار می‌روند	تمرین الگوهای حل تعارض در موقعیت‌های زندگی
هفتم	شناخت حوزه نارسایی‌های تعاملات بین فردی و بهبود تعاملات بین فردی	برطرف نمودن و تصحیح نارسایی‌های موجود در تعاملات بین فردی (الگوی تعقیب-گریز، شناسایی انتظارات یک‌سویه، ترجم به خود، سرزنش، رنجش و غیره) و ایجاد روابط صمیمانه و رضایت‌بخش در بین افراد گروه	ایجاد روابط صمیمانه و رضایت‌بخش در بین افراد گروه
هشتم	مرور کلی و کاربرد درمان در زندگی	حوزه‌های بین فردی (سوگ، مشاجرات بین فردی، انتقال نقش، نارسایی‌های موجود در تعاملات بین فردی) مرور شده و روش‌های کار با هر حوزه مشکل به اختصار مرور و جهت تثبیت تغییرات و انتقال آن به موقعیت‌های واقعی روزمره تأکید شد.	مرور کلی درمان

یافته‌ها

از دیپلم و ۷ نفر (۵۰ درصد) دیپلم و ۲ نفر (۱۴/۲) لیسانس بودند. در گروه گواه ۱۲ نفر (۸۵/۸) سطح تحصیلاتشان دیپلم و ۱ نفر (۷/۱) دارای فوق دیپلم و یک نفر (۷/۱) نیز دارای لیسانس بود. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با میانگین پیش‌آزمون برای گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه برای مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری کنشی افزایش و برای فشارخون کاهش داشته است.

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن اعضای گروه آزمایش (درمان بین فردی) $53/79 \pm 7/46$ و در گروه گواه $55/71 \pm 6/13$ بود. در گروه آزمایش ۱۳ نفر (۹۲/۲) خانه‌دار و یک نفر (۷/۱) کارمند بودند و در گروه گواه ۹ نفر (۶۴/۳) خانه‌دار، ۲ نفر (۱۴/۳) کارمند و ۳ نفر (۲۱/۴) شغل آزاد داشتند. در گروه درمان بین فردی ۵ نفر (۳۵/۸) میزان تحصیلاتشان کمتر

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش (انعطاف‌پذیری کنشی و فشارخون و مؤلفه‌های آن‌ها)

متغیر / زمان	درمان بین فردی		گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شایستگی	پیش‌آزمون	۲۵/۷۹	۶/۸۶	۲۵/۲۹
	پس‌آزمون	۳۰/۹۳	۴/۳۶	۳۲/۸۶
	پیگیری	۲۸/۶۴	۶/۰۸	۳۳/۵۷
اعتماد به غرایز شخصی	پیش‌آزمون	۲۲/۷۹	۵/۰۴	۲۲/۶۴
	پس‌آزمون	۲۳/۸۶	۴/۴۹	۲۷/۲۹
	پیگیری	۲۲/۴۳	۶/۱۹	۲۶/۹۳
تحمل عواطف منفی	پیش‌آزمون	۱۵/۵۰	۲/۴۴	۱۶/۵۰
	پس‌آزمون	۱۵/۵۷	۲/۲۸	۲۰/۲۹
	پیگیری	۱۳/۷۰	۲/۴۲	۱۷/۵۰
مهاری	پیش‌آزمون	۹/۸۶	۲/۱۸	۱۰/۲۱
	پس‌آزمون	۱۰/۸۶	۱/۹۲	۱۲/۰۰
	پیگیری	۱۰/۰۰	۲/۰۸	۱۱/۸۶
معنویت در افراد	پیش‌آزمون	۴/۸۶	۲/۰۷	۵/۹۳
	پس‌آزمون	۸/۹۳	۷/۳۱	۶/۹۳
	پیگیری	۵/۴۳	۱/۸۷	۷/۵۷
انعطاف‌پذیری کنشی	پیش‌آزمون	۷۸/۷۹	۱۵/۴۷	۸۲/۰۰
	پس‌آزمون	۹۰/۱۴	۱۲/۷۱	۹۹/۳۶
	پیگیری	۸۰/۲۹	۱۴/۵۹	۹۷/۴۳
فشارخون سیستولیک	پیش‌آزمون	۱۳۱/۴۳	۱۸/۰۲	۱۲۶/۴۳
	پس‌آزمون	۱۳۸/۵۷	۱۷/۰۳	۱۲۰/۰۰
	پیگیری	۱۲۹/۲۹	۲۰/۸۳	۱۱۸/۵۷
فشارخون دیاستولیک	پیش‌آزمون	۸۸/۵۷	۱۰/۹۹	۸۲/۵۰
	پس‌آزمون	۹۶/۰۷	۱۰/۰۳	۸۷/۸۶
	پیگیری	۹۲/۱۴	۸/۲۵	۸۱/۰۷

دیاستولیک در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری ($P > 0/05$) و مفروضه برابری واریانس‌ها بر اساس آزمون لویین برای متغیرها ($P > 0/05$) تأیید شد. برای بررسی همگنی ماتریس واریانس-کواریانس از آزمون ام‌باکس

نتایج بررسی مفروضه‌های تحلیل واریانس آمیخته در پژوهش حاضر نشان داد که مفروضه نرمالیتی بر اساس آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای انعطاف‌پذیری کنشی و مؤلفه‌های آن و فشارخون سیستولیک و

زمان و گروه معنادار و اثر گروه معنادار نیست، در متغیرهای مهار و معنویت در افراد اثر زمان معنادار و اثر تعامل زمان و گروه و اثر گروه معنادار نبود، در متغیر تحمل عواطف منفی و فشارخون سیستولیک اثر زمان و تعامل زمان و گروه معنادار نبود و اثر گروه معنادار نبود، در متغیر فشارخون دیاستولیک اثر زمان معنادار نیست ولی اثر گروه و تعامل زمان و گروه معنادار است و در متغیر انعطاف پذیری کنشی اثر زمان، تعامل زمان و گروه و گروه معنادار است.

($P > 0/05$) استفاده شد که نتایج این آزمون‌ها معنی دار نبود. همچنین به منظور بررسی پیش فرض کرویت از آزمون موجلی استفاده شد و نتایج آن نشان داد پیش فرض کرویت برای متغیرهای تحمل عواطف منفی و معنویت در افراد رعایت نشده است، بنابراین برای تفسیر نتایج در این متغیرها از روش تصحیح گرین‌هاوس-گیسر^۱ استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی در جدول ۳ آمده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که بر اساس آزمون تحلیل واریانس آمیخته در متغیرهای شایستگی، اعتماد به خرایز شخصی اثر زمان و تعامل

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره	سطح معناداری	میزان اثر
شایستگی	درون گروهی	زمان	۶۷۲/۶۶۷	۲	۳۳۶/۳۳۳	۳۷/۴۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹۰
		زمان × گروه	۱۰۳/۵۲۴	۲	۵۱/۷۶۲	۵/۷۶۲	۰/۰۰۵	۰/۱۸۱
	خطا	۴۶۷/۱۴۳	۵۲	۸/۹۸۴	-	-	-	
اعتماد به خرایز شخصی	برون گروهی	گروه	۹۴/۲۹۸	۱	۹۴/۲۹۸	۱/۵۷۸	۰/۲۲۰	۰/۰۵۷
		خطا	۱۵۵۳/۳۵۷	۲۶	۵۹/۷۴۵	-	-	-
	درون گروهی	زمان	۱۱۹/۶۴۳	۲	۵۹/۸۲۱	۷/۰۳۳	۰/۰۰۲	۰/۲۱۳
تحمل عواطف منفی	درون گروهی	زمان × گروه	۸۲/۷۳۸	۲	۴۱/۳۶۹	۴/۸۶۴	۰/۰۱۲	۰/۱۵۸
		خطا	۴۴۲/۲۸۶	۵۲	۸/۵۰۵	-	-	-
	برون گروهی	گروه	۱۴۱/۴۴۰	۱	۱۴۱/۴۴۰	۳/۶۴۰	۰/۰۶۷	۰/۱۲۳
مهار	درون گروهی	خطا	۱۰۱۰/۲۱۴	۲۶	۳۸/۸۵۴	-	-	-
		زمان	۸۴/۶۶۷	۱/۳۶۸	۶۱/۸۷۱	۱/۷۸۹	۰/۱۸۹	۰/۰۶۴
	درون گروهی	زمان × گروه	۵۱/۷۱۴	۱/۳۶۸	۳۷/۷۹۱	۱/۰۹۳	۰/۳۲۴	۰/۰۴۰
معنویت در افراد	برون گروهی	خطا	۱۲۳۰/۲۸۶	۳۵۵/۷۹	۳۴/۵۷۹	-	-	-
		گروه	۲۰۷/۴۲۹	۱	۲۰۷/۴۲۹	۴/۳۳۹	۰/۰۴۷	۰/۱۴۳
	درون گروهی	خطا	۱۲۴۲/۸۵۷	۲۶	۴۷/۸۰۲	-	-	-
فشارخون سیستولیک	درون گروهی	زمان	۲۷/۸۸۱	۲	۱۳/۹۴۰	۹/۳۰۵	۰/۰۰۱	۰/۲۶۴
		زمان × گروه	۷/۸۸۱	۲	۳/۹۴۰	۲/۶۴۱	۰/۰۸۱	۰/۰۹۲
	برون گروهی	خطا	۷۷/۵۷۱	۵۲	۱/۴۹۲	-	-	-
فشارخون سیستولیک	برون گروهی	گروه	۲۶/۲۹۸	۱	۲۶/۲۹۸	۲/۶۵۱	۰/۱۱۶	۰/۰۹۳
		خطا	۲۵۷/۹۲۹	۲۶	۹/۹۲۰	-	-	-
	درون گروهی	زمان	۹۰/۵۰۰	۱/۱۶۲	۷۷/۸۸۱	۴/۰۳۳	۰/۰۴۸	۰/۱۳۴
فشارخون سیستولیک	درون گروهی	زمان × گروه	۶۴/۷۳۸	۱/۱۶۲	۵۵/۷۱۱	۲/۸۸۵	۰/۰۹۵	۰/۱۰۰
		خطا	۵۸۳/۴۲۹	۳۰۲/۱۳	۱۹/۳۱۱	-	-	-
	برون گروهی	گروه	۳/۴۴۰	۱	۳/۴۴۰	۰/۲۹۶	۰/۵۹۱	۰/۰۱۱
فشارخون سیستولیک	برون گروهی	خطا	۳۰۱/۹۲۹	۲۶	۱۱/۶۱۳	-	-	-
		زمان	۵۰۲/۳۸۱	۲	۲۵۱/۱۹۰	۱/۳۹۰	۰/۲۵۸	۰/۰۵۱
	درون گروهی	زمان × گروه	۶۵۰	۲	۳۲۵	۱/۷۹۸	۰/۱۷۶	۰/۰۶۵

1. Greenhouse-Geisser correction

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره	سطح معناداری	میزان اثر
		خطا	۹۳۹۷/۶۱۹	۵۲	۱۸۰/۷۲۳	-	-	-
	برون گروهی	گروه	۵۰۲/۳۸۱	۲	۲۵۱/۱۹۰	۱/۳۹۰	۰/۲۵۸	۰/۰۵۱
		خطا	۹۶۸۰/۹۵۲	۲۶	۳۷۲/۳۴۴	-	-	-
	درون گروهی	زمان	۳۰/۹۵۲	۲	۱۵/۴۷۶	۰/۲۴۸	۰/۷۸۱	۰/۰۰۹
		زمان × گروه	۵۲۱/۴۲۹	۲	۲۶۰/۷۱۴	۴/۱۷۴	۰/۰۲۱	۰/۱۳۸
فشارخون دیاستولیک		خطا	۳۲۴۷/۶۱۹	۵۲	۶۲/۴۵۴	-	-	-
		گروه	۲۹۱۶/۹۶۴	۱	۲۹۱۶/۹۶۴	۲۵/۲۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹۳
		برون گروهی	۳۰۰۰/۵۹۵	۲۶	۱۱۵/۴۰۸	-	-	-

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین مؤلفه‌های انعطاف پذیری کنشی و فشارخون نیز در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین مؤلفه‌های انعطاف پذیری کنشی و فشارخون

متغیر	مراحل	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
شایستگی	پیش آزمون	-۶/۳۵۷	۰/۷۷۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۵/۵۷۱	۰/۹۰۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۷۷۶	۰/۷۱۳	۰/۸۴۱
اعتماد به غرایز شخصی	پیش آزمون	-۲/۸۵۷	۰/۷۶۳	۰/۰۰۳
	پس آزمون	-۱/۹۶۴	۰/۸۸۶	۰/۰۹۶
	پیگیری	۰/۸۹۳	۰/۷۰۰	۰/۶۴۰
تحمل عواطف منفی	پیش آزمون	-۱/۹۲۹	۱/۳۸۳	۰/۵۲۵
	پس آزمون	۰/۳۵۷	۰/۷۷۶	۱
	پیگیری	۲/۲۸۶	۱/۵۹۸	۴۹۳
مهاری	پیش آزمون	-۱/۳۹۳	۰/۳۱۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۸۹۳	۰/۳۵۰	۰/۰۵۰
	پیگیری	۰/۵	۰/۳۱۸	۰/۳۸۲
معنویت در افراد	پیش آزمون	-۲/۵۳۶	۱/۰۸۲	۰/۰۸۱
	پس آزمون	-۱/۱۰۷	۰/۳۴۹	۰/۰۱۲
	پیگیری	۱/۴۲۹	۱/۰۵۴	۰/۵۶۱
انعطاف پذیری کنشی	پیش آزمون	-۱۴/۳۵۷	۲/۳۸۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۸/۴۶۴	۲/۲۳۹	۰/۰۰۲
	پیگیری	۵/۸۹۳	۱/۹۳۴	۰/۰۱۶
فشارخون سیستولیک	پیش آزمون	۵	۴/۰۷۰	۱
	پس آزمون	۵/۳۵۷	۳/۲۴۶	۰/۴۰۷
	پیگیری	-۱/۴۲۹	۲/۴۷۵	۱
فشارخون دیاستولیک	پیش آزمون	-۱/۰۷۱	۲/۰۴۴	۱
	پس آزمون	۰/۳۵۷	۱/۷۵۴	۱

معناداری بین میانگین‌ها در مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری وجود دارد، در متغیرهای اعتماد به غرایز شخصی و مهاری بین

بر اساس نتایج جدول ۴ و آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه اختلاف میانگین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در متغیرهای شایستگی تفاوت

فرا تحلیل به این نتیجه دست یافتند که درمان بین‌فردی بر تاب‌آوری تاب‌آوری (انعطاف‌پذیری کنشی) مؤثر است و این اثربخشی از طریق حل مشکلات بین‌فردی و بهبود حمایت اجتماعی دریافت شده از دیگران و برونی‌سازی مسائل ایجاد می‌شود (ماکدو و همکاران، ۲۰۱۴).

حوزه مشکل بین‌فردی با تجربه بیماری پزشکی نیز مرتبط است، از جمله حوزه‌های بین‌فردی که در این بیماران وجود دارد، مشکلات انتقال نقش است. این بیماران هنگام دریافت تشخیص یک بیماری جدی و به خطر افتادن سلامتی‌شان درگیر انتقال نقش می‌شوند که این انتقال نقش گاهی با از دست دادن شغل و تغییر مسئولیت‌های خانوادگی یا از دست دادن آینده برنامه‌ریزی شده و پیش‌بینی نزدیک شدن به مرگ همراه است. مرحله ابتدایی درمان بین‌فردی کمک به درک بیمار است که او بتواند به صورت فعالانه وضعیت خود را تغییر دهد. از کاربردهای درمان بین‌فردی پاسخ به عوارض ناشی از عوامل استرس‌زا و تأثیرات با اهمیت حمایت اجتماعی، سلامت و تاب‌آوری است (وایسمن و مارکویتز، ۲۰۰۷). در درمان بین‌فردی با تعریف مشکل به جای آن که بیماران، بیماری عروق کرونر را نوعی آشفتگی یا بی‌نظمی در زندگی ببینند با نگاهی جدید سرشار از قوت قلب و اطمینان آن را صرفاً نوعی انتقال نقش تعریف می‌کنند و هنگامی که بیماران با موقعیت جدید خود سازگار می‌شوند ارزیابی‌شان از موقعیت همراه با احساس آرامش و کنترل بیشتری می‌شود که این موضوع بر انعطاف‌پذیری کنشی افراد در موقعیت‌های استرس‌زا و پیچیده اثربخش است. در پژوهش قادری بگه جان و همکاران (۱۳۹۸) نیز به این یافته حاصل شد که درمان بین‌فردی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک معلول مؤثر است. همچنین درمان بین‌فردی می‌تواند به زنان مبتلا به سرطان سینه در توانمندسازی و تقویت پاسخ فعالانه به سختی‌های مداوم و ارتقای تاب‌آوری، کمک زیادی کند (بلانکو و همکاران، ۲۰۱۴). به طور کلی مطالعات اثربخشی قدیمی‌تر در نتایج مثبت درمان بین‌فردی نشان می‌دهند که این درمان، بزرگسالان افسرده را انعطاف‌پذیرتر و سازگارتر و قادر به تغییر می‌کند (رینولز و همکاران، ۱۹۹۸). روشن‌سازی احساساتی مانند ناامیدی، احساس گناه و توسعه مهارت‌های جدید به آنان در فرآیند انتقال نقش کمک می‌کند و بیماران با کشف احساساتی که مانع سازگاری آنان در بحران‌های بیماری می‌شود، مهارت دوستی و روابط اجتماعی تازه‌تری به همراه حل بحران زندگی و کاهش دردهای علامتی را کسب می‌کنند.

پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد در معنویت در افراد در پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. در انعطاف‌پذیری کنشی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری و پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد و در متغیرهای تحمل عواطف منفی و فشارخون در زمان تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان بین‌فردی بر انعطاف‌پذیری کنشی و فشارخون زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان بین‌فردی بر انعطاف‌پذیری کنشی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر تأثیر دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری (تا ۴۵ روز بعد از درمان) نیز پایدار بود. مطالعه‌ای که یافته‌های آن به طور مستقیم با نتایج پژوهش حاضر همخوان باشد، مشاهده نشد اما نتایج به دست آمده با پژوهش ماکدو و همکاران (۲۰۱۴)، بلانکو و همکاران (۲۰۱۴)، لودرا و زیگلر (۱۹۹۱)، قادری بگه جان و همکاران (۱۳۹۸) که اثربخشی درمان بین‌فردی بر تاب‌آوری و معیارهای سلامت ذهنی را تأیید کرده‌اند، همسو است.

بیماران مبتلا به عروق کرونر اغلب دچار آشفتگی‌های اجتماعی و بین‌فردی مرتبط با بیماری‌شان هستند که از جمله آن‌ها می‌توان به مصرف داروی اضافی، عوارض دارویی و اعمال جراحی، تجربه علائم رنج‌آور در طول روز و به ویژه قبل از انفارکتوس قلبی، رژیم غذایی و ورزش‌های مخصوص و مراجعه به پزشکان اشاره کرد. تمامی موارد ذکر شده در این افراد به همراه ماهیت استرس‌زای درمان بیماری، سازگاری در این افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و روز به روز از انعطاف‌پذیری کنشی آن‌ها می‌کاهد. لودرا و زیگلر (۱۹۹۱) در پژوهش خود تأیید کردند که درمان‌هایی که به تقویت روابط بین‌فردی کمک می‌کنند، می‌توانند در ارتقای تاب‌آوری (انعطاف‌پذیری کنشی) نیز مؤثر واقع شوند. همچنین در یک فراتحلیل که به بررسی نظام‌مند مداخلات مؤثر در تاب‌آوری در جمعیت غیربالینی در برابر مشکلات و بحران‌های پیش‌رو در آینده پرداخته بودند که این مداخلات شامل مداخله شناختی رفتاری، تن‌آرامی، روانشناسی مثبت، درمان پذیرش و تعهد و نهایتاً درمان بین‌فردی بود، پژوهشگران این

ظرفیت ذهنی بیماران طی درمان بین فردی به سوی تجربیات تازه باز می شود و تعاملات اجتماعی سازگاران به همراه حس اعتماد و درک منعطفانه تر در آنان ارتقاء می یابد (مارکوویتز و همکاران، ۲۰۱۹). در این شرایط آنان روابط بین فردی مناسب تری در دنیای واقعی برقرار کرده و مشکلات بین فردی شان مانند افسردگی کاهش می یابد (هارکنس، ۲۰۰۲). افرادی که به راحتی با تغییرات سازگار می شوند و تلاش بیشتری از خود نشان می دهند و میزان همکاری و توافق بالاتری دارند، در بحرانها مسئولانه تر رفتار می کنند (موزیری و همکاران، ۱۳۹۹).

از یافته های دیگر پژوهش حاضر این بود که درمان بین فردی بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر تأثیر دارد، اما اثرات حاصل از درمان تا زمان پیگیری در بیماران پایدار نیست. پژوهشی که اثر بخشی روان درمانی بین فردی بر فشارخون زنان مبتلا به عروق کرونر مورد بررسی قرار دهد، قبلاً انجام نگرفته است؛ اما با توجه به این که روان درمانی بین فردی یک درمان حمایتی است که بارها اثرات مداخله این درمان بر افسردگی در بیماران مزمن مورد تأیید واقع شده است (وایسمن و مارکوویتز، ۲۰۰۷)، می توان بیان نمود که اثر این درمان به طور غیرمستقیم با اثرگذاری بر افسردگی و سایر هیجانات ناخوشایند بر فشارخون اثرگذار است. درمان میان فردی روان پویایی کوتاه مدت کیفیت زندگی را ارتقاء داده و علائم جسمانی را در بیماران جسمانی ترمیم کرده و در بهبود علائم بدن نسبت به مراقبت های پزشکی پیشرفته، اثربخشی بهتری دارد (ساتل و همکاران، ۲۰۱۲) رابطه بین سلامت روانشناختی و بیماری های قلبی و عروقی بسیار پیچیده است و این رابطه می تواند با تأثیر مستقیم (تأثیر بر سیستم ایمنی) و پاسخ غیرمستقیم (تأثیر بر رفتار) بر سیستم قلب و عروق اثرگذار باشد. بیماران اغلب به دنبال بیماری عروق کرونر، مشکلات متعددی مانند اضطراب، افسردگی، تظاهرات روانی شدید، درد و بی خوابی، از بین رفتن امنیت کاری، کاهش فعالیت های تفریحی، مختل شدن روابط بین فردی، تغییر در ایفای نقش خانوادگی و در نتیجه سازگاری غیر مؤثر با بیماری را تجربه می کنند. ارتباطات همراه با بدبینی و عدم اعتماد و عدم ابراز هیجانات و حتی ابراز پرخاشگرانه در این بیماران با تأثیر بر بافت بین فردی باعث می شود رضایت این افراد در رابطه با دیگران دچار مشکل شده و حمایت اجتماعی که می تواند بر رضایت آنان تأثیرگذار باشد، کاهش یابد. بیماران قلبی و عروقی از حمایت اجتماعی کمتری

برخوردارند (فریک-پولی و همکاران، ۲۰۲۱)، حوزه انتقال نقش ناشی از بیماری پزشکی می تواند باعث محرومیت بیمار از حمایت های اجتماعی شود (وایسمن و مارکوویتز، ۲۰۰۷)، در واقع این بیماران از روابط صمیمانه با دیگران اجتناب می کنند، زیرا احساس می کنند نمی توانند این دلبستگی را شکل دهند و تصور می کنند بیش از پیش دوست داشتنی نیستند و این موضوع نقص های آنان را برملا می کند. درمان بین فردی به بیماران کمک می کند تا موقعیت های جدید را با تکنیک ایفای نقش تمرین کنند. انتقال یافتن به نقش جدید، با ایجاد شبکه اجتماعی و دوستی های جدید همراه است که بیماران با شناخت از مزایای نقش جدید که در ابتدا ممکن است نامطلوب و ناشناخته باشد، به اثرات مثبت این موقعیت جدید پی می برند و با تمرین مهارت های ارتباطی و اجتماعی، ارتباطات مؤثری برقرار می کنند. درک این موضوع توسط بیمار که آنان افراد توانمندی هستند، موجب ایجاد آرامش در عرصه های روانشناختی می شود و علاوه بر این موضوع بر فرآیندهای فیزیولوژیک و عملکرد سیستم عصبی افراد نیز تأثیرات مثبتی دارد که به تعادل سازی فشارخون بیماران کمک می کند. همچنین بیماری های پزشکی در حوزه مشاجرات بین فردی با کارکنان پزشکی و اعضای خانواده باعث بروز مشکلات عدیده ای در بیماران می شود (وایسمن و مارکوویتز، ۲۰۰۷) که درمان بین فردی با روشن سازی جزئیات تعاملات بیمار با دیگران و کشف موضوعاتی که بیماران نسبت به آنها واکنش هیجانی نامطلوب داشتند به بیماران کمک می کند هیجانات خود را تخلیه کرده و درک عمیق تری نسبت به هیجانات خود داشته باشند. درمانگر در درمان بین فردی بیماران را تشویق می کند تا احساسات شان نسبت به روابط اجتماعی آزار دهنده ای که باعث بروز خشم و خصومت در آنان شده را به روشنی بیان و ابراز کنند تا به تعادل هیجانی دست یابند و سپس در مورد مزایا و معایب این احساسات و چگونگی ابراز آن در شرایط دشوار بحث کنند. این تعادل جسمانی و روانی به بهبود عملکرد زیستی افراد کمک می کند. با توجه به این که اجرای درمان در زمان پاندمی کرونا و افزایش بیماری و مرگ و میر به علت بیماری کرونا و تأثیرات این اخبار ناخوشایند بر بیماران و همچنین محدودیت زمانی پژوهش به نظر می رسد مدت زمان جلسات جهت پایداری اثربخشی فنون آموزش داده شده بر علائم و شدت فشارخون، کافی نبوده است، بنابراین اگر این پژوهش در مدت زمان

بیشتری اجرا می‌شد، احتمال داشت که فنون به کار برده شده در این مداخلات بر شدت فشارخون در مرحله پیگیری نیز مؤثر واقع می‌شد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، جنسیت مؤنث نمونه‌های پژوهش، محدود بودن دامنه سنی شرکت کنندگان به ۳۰ تا ۶۴ سال و صرفاً انتخاب بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بر روی جمعیت مردان و بیماران عروق کرونر در سایر رده‌های سنی و دیگر اختلالات روان‌تنی نیز انجام شود. با توجه به این که در مطالعه حاضر درمان بین فردی بر انعطاف‌پذیری کنشی و فشارخون زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر مؤثر بود، پیشنهاد می‌شود این درمان در قالب یک پروتکل درمانی مکمل به روانشناسان، پزشکان و متخصصان قلب و عروق که با این افراد در تماس بیشتری هستند، آموزش داده شود، همچنین درمان بین فردی به عنوان یک برنامه روان‌درمانی در مراکز بازتوانی قلب بیمارستان‌های سراسر کشور جهت بهبود مشکلات جسمانی و روانشناختی این بیماران در نظر گرفته شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی سلامت در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد است. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC/1400/040 در دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد از نظر اصول اخلاقی مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول این مقاله به عنوان پژوهشگر اصلی، نویسنده دوم به عنوان استاد راهنمای اول، نویسنده سوم به عنوان استاد راهنمای دوم و نویسنده چهارم به عنوان استاد مشاور در این پژوهش نقش داشتند.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: از تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، اساتید، مسئولان محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد و دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد که نویسندگان را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

احمدی، علی؛ سجادی، حمیرا؛ اعتماد، کورش؛ خالدی، فر، ارسلان و مباحثی، محمود (۱۳۹۴). ویژگی های اپیدمیولوژیک و تعیین کننده های مرگ و میر سندرم حاد کرونر در ایران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۵ (۱۲۴)، ۹-۱.

<http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-5688-fa.html>

تهمتن، علی؛ کلهر نیا گلکار، مریم و حاجی علیزاده، کبری (۱۴۰۰). بررسی مدل ساختاری رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و سبک های دفاعی با کیفیت زندگی و با میانجی گری ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۸)، ۲۳۰۶-۲۲۸۵.

<https://doi.org/doi:10.52547/JPS.20.108.2285>

رستمی، امیر مسعود؛ احدی، حسن؛ ابوالعالی الحسینی، خدیجه و درتاج، فریبرز (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش صلح بر افزایش اقدام برای رشد شخصی دانش آموزان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱ (۱۱۰)، ۳۴۸-۳۳۷.

<https://doi.org/10.52547/JPS.21.110.337>

رئیس سعدی، رئیس حسن؛ دلاور، علی؛ زارعی، اقبال و درتاج، فریبرز (۱۳۹۹). طراحی و تبیین مدل تاب آوری روانشناختی با تعلق آموزشی از طریق سازگاری اجتماعی و تحصیلی در دانش آموزان متوسطه دوم شهرستان بندر لنگه. *روانشناسی اجتماعی*، ۸ (ویژه نامه)، ۱۴۵-۱۵۶.

https://psychology.ahvaz.iau.ir/article_680976.html

سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایت مندی از زندگی. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۳)، ۲۹۰-۲۹۵.

<http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-275-fa.html>

شیرالی، شیرین و دشت بزرگی، زهرا (۱۳۹۷). تأثیر گروه درمانی وجودی بر تحمل پریشانی، اضطراب وجودی، فرانگرانی و نگرانی سلامتی در زنان سالمند مبتلا به بیماری های قلبی عروقی. *نشریه پرستاری قلب و عروق*، ۷ (۴)، ۳۳-۲۴.

<https://journal.icns.org.ir/article-1-579-en.html>

قادری بگه جان، کاوه؛ یوسفی، نوید؛ اکبری، سمیه و صادقی رحمان (۱۳۹۸). اثربخشی روان درمانی بین فردی گروهی بر ارتقای تاب آوری مادران دارای فرزند معلول. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۸ (۳)، ۱۹-۱۲.

<http://socialworkmag.ir/article-1-330-fa.html>

موزیری، عباس؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ اسمعیلی، معصومه و یونسی، جلیل (۱۳۹۹). مدل یابی عوامل مؤثر بر تاب آوری خانواده ایرانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹ (۹۵)، ۱۴۰۱-۱۴۱۰.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-775-fa.html>

نادری، فرح؛ حیدرئی، علیرضا و مشعل پور، مرضیه (۱۳۸۷). رابطه انعطاف پذیری کنشی، عاطفه مثبت و منفی با خود کارآمدی در زنان. *یافته های نو در روانشناسی*، ۳ (۹)، ۲۴-۷.

https://journals.iau.ir/article_522982.html?lang=en

نصیر، مرضیه و نادری، فرح (۱۳۹۳). رابطه باورهای مذهبی و انعطاف پذیری کنشی با خوش بینی در دانش آموزان دختر مقطع متوسطه زن و فرهنگ، ۱۹ (۶)، ۴۷-۵۹.

https://jwc.ahvaz.iau.ir/article_524501.html

References

- Ahmadi, A., Sajjadi, H., Etemad, K., Khaledifar, A., & Mobasherii, M. (2015). Epidemiological characteristics and determinants of mortality in acute coronary syndrome in Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 25(124), 1-9. [Persian] <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-5688-fa.html>
- Allen, R. C., & Palk, G. (2018). Development of recommendations and guidelines for strengthening resilience in Emergency Department Nurses. *Traumatology*, 24(2), 148-156. <https://doi.org/10.1037/TRM0000141>
- Blanco, C., Markowitz, J. C., Hershman, D. L., Levenson, J. A., Wang, S., & Grann, V. R. (2014). A pilot study of interpersonal psychotherapy for depressed women with breast cancer. *American journal of psychotherapy*, 68(4), 489-495. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2014.68.4.489>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Deter, H. C., Weber, C., Herrmann-Lingen, C., Albus, C., Juenger, J., Ladwig, K. H., ... & SPIRR-CAD-Study Group. (2018). Gender differences in psychosocial outcomes of psychotherapy trial in patients with depression and coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 113, 89-99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.08.005>
- Freak-Poli, R., Ryan, J., Neumann, J. T., Tonkin, A., Reid, C. M., Woods, R. L., ... & Owen, A. J. (2021). Social isolation, social support and loneliness as predictors of cardiovascular disease incidence and mortality. *BMC geriatrics*, 21(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02602-2>

- Goins, R. T., Gregg, J. J., & Fiske, A. (2013). Psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale with older American Indians: The native elder care study. *Research on aging*, 35(2), 123-143.
<https://doi.org/10.1177/0164027511431989>
- Harkness, K. L., Frank, E., Anderson, B., Houck, P. R., Luther, J., & Kupfer, D. J. (2002). Does interpersonal psychotherapy protect women from depression in the face of stressful life events?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 908. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.908>
- Lin, H., Tao, J., Du, Y., Liu, T., Qian, Z., Tian, L., ... & Ma, W. (2016). Particle size and chemical constituents of ambient particulate pollution associated with cardiovascular mortality in Guangzhou, China. *Environmental pollution*, 208, 758-766.
<https://doi.org/10.1016/j.envpol.2015.10.056>
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22. <https://doi.org/10.1037/h0079218>
- Macedo, T., Wilhelm, L., Gonçalves, R., Coutinho, E. S. F., Vilete, L., Figueira, I., & Ventura, P. (2014). Building resilience for future adversity: a systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. *BMC psychiatry*, 14, 1-8.
<https://doi.org/10.1186/s12888-014-0227-6>
- Markowitz, J. C., Milrod, B., Luyten, P., & Holmqvist, R. (2019). Mentalizing in interpersonal psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 72(4), 95-100.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190021>
- Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., & Stallworthy, I. C. (2021). Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 521-549.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307>
- Miniati, M., Callari, A., Maglio, A., & Calugi, S. (2018). Interpersonal psychotherapy for eating disorders: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 353-369.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S120584>
- Mooziri, A., Shafiabady, A., Esmaily, M., & Younesi, J. (2020). Modeling the effective factors on Iranian family's resilience. *Journal of psychological science*, 19(95), 1401-1410. [Persian]
<http://psychologicalscience.ir/article-1-775-en.html>
- Naderi, F., Haiderai, A., Mashalpour, M. (2005). The relationship between action flexibility, positive and negative affect and self-efficacy in women. *New Findings in Psychology*, 3(9), 7-24. [Persian]
https://journals.iau.ir/article_522982.html?lang=en
- Nasiłowska-Barud, A., & Barud, M. (2020). Psychological Risk Factors for Cardiovascular Diseases. *Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*, 73(9 cz 1), 1829-1834.
<https://doi.org/10.36740/wlek202009104>
- Nasir, M., & Naderi, F. (2014). The Relationship of Religious Beliefs, and Resilience with Optimism In Female High School Students. *Woman and Culture*, 6(19), 47-59. [Persian]
https://jwc.ahvaz.iau.ir/article_524501.html?lang=en
- Qaderi Bagajan K, Yousefi N, Akbari S, Sadeghi R (2019). Effectiveness of Group Interpersonal Psychotherapy on Increasing the Resiliency of Disabled Children's Mothers. *Socialworkmag*, 8(3), 12-19. <http://socialworkmag.ir/article-1-330-fa.html>
- Rahimi, K., Bidel, Z., Nazarzadeh, M., Copland, E., Canoy, D., Ramakrishnan, R., ... & Davis, B. R. (2021). Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis. *The Lancet*, 397(10285), 1625-1636.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00590-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00590-0)
- Raies Saadi, R. H., Delavar, A., Zarei, E., & Dortaj, F. (2020). Designing and explaining the model of psychological resilience with belonging to school through social and academic adaptation in secondary school students of Bandar Lengeh city. *Scientific Journal of Social Psychology*, 8(special letter), 145-156. [Persian]
https://psychology.ahvaz.iau.ir/article_680976.html
- Rostami A, Ahadi H, Abolmaali Alhoseini K, Dortaj F. (2022). Effectiveness of peace education on personal growth initiative increase in middle school students. *Journal of Psychological Science*, 21(110), 337-348. [Persian]
<https://doi.org/10.52547/JPS.21.110.337>
- Sacks, F. M., Lichtenstein, A. H., Wu, J. H., Appel, L. J., Creager, M. A., Kris-Etherton, P. M., ... & Van Horn, L. V. (2017). Dietary fats and cardiovascular disease: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation*, 136(3), e1-e23.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000510>

- Samani, S., Jokar, B., & Sahragard, N. (2007). Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*, 13(3), 290-295. [Persian] <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-275-fa.html>
- Santosa, A., Rosengren, A., Ramasundarahettige, C., Rangarajan, S., Gulec, S., Chifamba, J., ... & Yusuf, S. (2021). Psychosocial risk factors and cardiovascular disease and death in a population-based cohort from 21 low-, middle-, and high-income countries. *JAMA network open*, 4(12), e2138920-e2138920. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38920>
- Sattel, H., Lahmann, C., Gündel, H., Guthrie, E., Kruse, J., Noll-Hussong, M., ... & Henningsen, P. (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 200(1), 60-67. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093526>
- Shirali, S., & DashtBozorgi, Z. (2019). Effect of existential group therapy on distress tolerance, existential anxiety, meta-worry and health worry in elderly women with cardiovascular disease. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(4), 24-33. <http://journal.icns.org.ir/article-1-579-fa.html>
- Tahamtan A, Kalthornia Golkar M, Haj Alizadeh K. (2021). Investigation the structural model of the relationship between cognitive emotion regulation and defensive lifestyles with quality of life mediated by Alexithymia in patients with hypertension. *Journal of Psychological Science*. 20(108), 2285-2306. [Persian] <https://doi.org/doi:10.52547/JPS.20.108.2285>
- Verdeli, H., Clougherty, K., Bolton, P., Speelman, L., Lincoln, N., Bass, J., ... & Weissman, M. M. (2003). Adapting group interpersonal psychotherapy for a developing country: experience in rural Uganda. *World Psychiatry*, 2(2), 114. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525093/>
- Weissman, M., & Markowitz, J. (2007). *Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy*. Oxford University Press. https://books.google.com/books?id=85JTjTd_XAQC&printsec=copyright&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false