



Original Article

## The Effectiveness of Solution-Focused Therapy on Illness Perceptions and Adjustment in Patients with Coronary Heart Disease: A Quasi-Experimental Study

Azita Naseri<sup>1</sup>, PhD Candidate; Biyuk Tajeri<sup>2\*</sup>, PhD; Alirerza Mollazadeh<sup>3</sup>, MD

<sup>1</sup>Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates

<sup>2</sup>Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

<sup>3</sup>Department of Psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: September 10, 2024

Accepted: March 10, 2025

#### \*Corresponding Author:

Biyuk Tajeri, PhD;  
Department of Psychology, Karaj  
Branch, Islamic Azad University,  
Karaj, Iran  
Email: biuk.tajeri@kiaa.ac.ir

### Abstract

**Introduction:** Chronic diseases such as coronary heart disease (CHD) not only present physical symptoms but also induce cognitive and psychological changes in patients, which can disrupt adjustment to the illness. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of solution-focused therapy on illness perception and adjustment in patients with coronary heart disease. **Method:** The present study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group and a three-month follow-up period. The statistical population included all women and men suffering from coronary heart disease who were referred to the specialized center of Milad Hospital in Tehran during 2022. A purposive sample of 30 eligible volunteers was selected and randomly assigned to either an experimental group (n=15) or a control group (n=15). The experimental group received eight 90-minute sessions of solution-focused therapy, while the control group received routine treatment. Data collection instruments included the Illness Perception Questionnaire (Broadbent et al., 2006) and the Weinberger Adjustment Inventory (Weinberger, 1991). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) with between-groups factors via SPSS software (version 22).

**Results:** The results revealed a statistically significant difference between the mean scores of illness perception and adjustment in the experimental and control groups at post-test and follow-up ( $P < 0.05$ ). Specifically, approximately 39%, 18%, and 15% of the individual differences in illness perception, distress tolerance, and self-control, respectively, were attributable to the between-group differences. Furthermore, the interaction between intervention phases and group membership was significant for illness perception, distress tolerance, and self-control ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** The application of solution-focused therapy was beneficial for improving Illness perception and adjustment in patients with coronary heart disease. Nurses, as essential members of the healthcare team, could directly influence patients' psychological well-being through educational interventions.

**Keywords:** Psychotherapy, Brief; Cognitive Behavioral Therapy; perception; Adaptation, Psychological; Coronary Disease; Patients

#### Please cite this article as:

Naseri A, Tajeri B, Mollazadeh AR. The Effectiveness of Solution-Focused Therapy on Illness Perceptions and Adjustment in Patients with Coronary Heart Disease: A Quasi-Experimental Study. *Sadra Med. Sci. J.* 2026; 14(1): doi: 10.30476/smsj.2026.104042.1562.



## مقاله پژوهشی

## اثربخشی درمان راه حل مدار بر ادراک بیماری و سازگاری بیماران کرونر قلبی: یک مطالعه نیمه آزمایشی

آزیتا ناصری<sup>۱</sup>، بیوک تاجری<sup>۲\*</sup>، علیرضا ملازاده<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی

<sup>۲</sup>گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

<sup>۳</sup>گروه روانشناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران

## چکیده

## اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۰

نویسنده مسئول:

بیوک تاجری

گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

پست الکترونیکی: [biuktajeri@kiau.ac.ir](mailto:biuktajeri@kiau.ac.ir)

**مقدمه:** بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های کرونر قلبی علاوه بر علائم جسمانی، تغییرات شناختی و روانشناختی را نیز در بیماران به وجود می‌آورند که می‌تواند سازگاری این بیماران را مختل کند، از این رو مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان راه حل مدار بر ادراک بیماری و سازگاری بیماران کرونر قلبی انجام شد. **مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان و مردان مبتلا به بیماری کرونر قلبی مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که ۳۰ نفر واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان راه حل مدار قرار گرفتند، اما گروه گواه درمان روزانه دریافت کرد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های ادراک بیماری بردبنت<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۶) و سازگاری وینبرگر<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) بود. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد میانگین نمرات ادراک بیماری و مؤلفه‌های تحمل پریشانی و خودکنترلی در دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار به‌دست‌آمده است ( $P < 0/05$ ). نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به ۳۹، ۱۸، و ۱۵ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای ادراک بیماری، تحمل پریشانی و خودکنترلی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل مداخله و عضویت گروهی نیز در متغیرهای ادراک بیماری، تحمل پریشانی و خودکنترلی معنی‌دار است ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** به‌کارگیری درمان راه حل مدار در بهبود ادراک بیماری و سازگاری بیماران کرونر قلبی مفید و سودمند است. پرستاران به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اعضای گروه مراقبت سلامت می‌توانند از طریق مداخلات آموزشی تأثیر مستقیم بر بهبود وضعیت روانشناختی بیماران داشته باشند.

**کلمات کلیدی:** روان‌درمانی کوتاه‌مدت، رفتاردرمانی شناختی، ادراک، سازگاری روان‌شناختی، بیماری کرونر، بیماران

1. Broadbent
2. Weinberger

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

ناصری آ، تاجری ب، ملازاده ع. اثربخشی درمان راه حل مدار بر ادراک بیماری و سازگاری بیماران کرونر قلبی: یک مطالعه نیمه آزمایشی. مجله علوم پزشکی سدره. دوره ۱۴، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵.

توانایی سازگاری در روند درمان و بهبود این بیماران دارای اهمیت است (۷)، و از آنجا که سازگاری با بیماری، داشتن نگرشی مثبت نسبت به خود و جهان با وجود داشتن مشکلات جسمی است، بیمار با نگرش مثبت دستورالعمل‌های درمانی و پیشگیرانه را بهتر دنبال می‌کند و رفتارهای سازگارانه افزایش یابد (۱۰). سازگاری به ویژگی‌های فردی گفته می‌شود که هر فرد برای مدیریت روانی اجتماعی در جهت بهبود زندگی خود به کار می‌گیرد (۱۱). فرایند سازگاری با یک بیماری مزمن فرایندی پویا است که پیوسته تحت تأثیر محرک‌های فردی و محیطی قرار دارد، در این فرایند فرد مبتلا باید با چالش‌های فردی و محیطی مقابله نماید تا به سطح قابل قبولی از سلامت و کارکرد جسمی، روانی و اجتماعی برسد و در نتیجه به سازگاری موفق دست یابد (۱۲).

درمان‌های پزشکی به‌تنهایی نمی‌توانند منجر به بهبودی کامل بیماری‌های قلبی - عروقی شوند، از این رو، استفاده از آموزش‌ها و مداخلات مبتنی بر مراقبت روانی اجتماعی که سبب توانمندسازی بیماران و برطرف کردن موانع روان‌شناختی مطلوب، گردند ضروری است، در این راستا یکی از مداخله‌ها برای افراد مبتلا به بیماری کرونر قلبی، درمان راه‌حل محور است (۱۳). روان‌درمانی راه‌حل محور یکی از درمان‌های کوتاه‌مدت است که با نگاه غیر آسیب‌شناختی به مسائل توجه می‌کند و از عامل ارتباط به‌عنوان زیربنای شیوه درمان استفاده می‌کند (۱۴). درمانگران راه‌حل محور به‌جای توجه به کمبودها و ناتوانی‌ها پایه اولیه کارشان را بر روی نیروها، منابع و توانایی‌های مراجع قرار می‌دهند (۱۵). هدف رویکرد کوتاه‌مدت راه‌حل مدار همکاری متقابل مراجع و درمانگر در ایجاد راه‌حل‌ها است، تمرکز بر اهداف مراجع، روشن ساختن، استثناها، سؤالات معجزه، سؤالات مقابله، سؤالات مقیاسی و تشخیص توانمندی‌ها و منابع خود مراجع، از عناصر اصلی این رویکرد محسوب می‌شود (۱۶). درمانگر راه‌حل محور در جلسه مشاوره بر معانی کلمات تأکید دارد و به‌جای تحلیل بیرونی و جستجوی خارجی حقیقت به واقعیت از چشم‌انداز متفاوتی نگاه می‌کند و فرایند محاوره در این روش برای معنی‌سازی به‌کاربرده می‌شود؛ هم‌چنین به درمانگر و مراجع اجازه می‌دهد که واقعیت‌ها را به‌گونه‌ای ببینند که فضا برای چشم‌اندازهای جدید باز شود و اگر مراجع‌ها بتوانند با موفقیت به یک تغییر شناختی و احساسی برسند توانایی آن‌ها برای حل و کنترل مشکل نشان داده می‌شود (۱۷).

بیماری‌های قلب و عروق از جمله بیماری‌های مزمن محسوب می‌شوند که علت اصلی مرگ را در سراسر دنیا تشکیل می‌دهند (۱). از بین بیماری‌های قلبی عروقی، بیماری‌های عروق کرونر مسئول نیمی از کل مرگ‌ها است. این بیماری یک نوع نارسایی در عروق کرونر قلب است که نهایتاً منجر به کاهش و اختلال در جریان خون میوکارد قلب می‌شود و توقف جریان خون میوکارد باعث اختلال در عمل عضله قلب و نکرور آن می‌گردد (۲). در سراسر جهان ۲۳ میلیون نفر مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی هستند و شیوع این بیماری در ایران ۲۵۰۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر است (۳). از ویژگی‌های بیماری‌های عروق کرونر قلب درد قفسه سینه، خستگی، کاهش فعالیت، تنش تغییر در تصویر ذهنی و از دست دادن عملکرد هست، این علائم در درصد زیادی از بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب وجود دارد و باعث کاهش کیفیت زندگی و توانایی جسمانی بیماران قلبی می‌شوند (۴). از این رو سازگاری با بیماری قلبی، به‌عنوان تجربه‌ای استرس‌زا، فرایندی است دشوار و مشکلات جدی برای فرد مبتلا فراهم می‌کند (۵).

بیماران بعد از تشخیص بیماری واکنش‌های متفاوتی از خود نشان می‌دهند و عوامل مختلفی در واکنش به بیماری نقش دارند از جمله این عوامل کیفیت ادراک هر فرد از بیماری خود می‌باشد (۶). منظور از ادراک بیماری بازنمایی شناختی سازمان‌یافته بیمار از بیماری خود و باور بیمار از جنبه‌های مختلف به وضعیت جدید خویش است (۷). دو جنبه مهم درباره ادراک بیماری باید مورد توجه قرار گیرد؛ اول اینکه باورهای بیمار درباره شرایطی که در آن قرار دارد اغلب با آنچه درمانگر در این باره می‌اندیشد متفاوت است و دوم این که ادراک بیماری از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است. حتی در مواردی که بیماران شرایط یکسان دارند می‌توانند دیدگاه‌های بسیار متفاوتی از بیماری‌شان داشته باشند (۸). فعال شدن روان‌سازها باعث می‌شود که فرد به اطلاعات حسی و حرکتی بیرونی به‌صورت انتخابی توجه کند و در نتیجه به تفسیر نادرست از حس‌های جسمی خود و تجربه بدنی تحریف‌شده برسد و خود را به‌صورت اغراق در حس‌های جسمانی و تشدید علائم نشان دهد (۹).

از سویی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی به علت علائم ناتوان‌کننده‌ی بیماری ممکن است توان سازگاری با شرایط بیماری خود را از دست بدهند، لذا

## مواد و روش‌ها

### طرح تحقیق

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه با دوره پیگیری سه‌ماهه بود.

### جامعه آماری و حجم نمونه

جامعه آماری شامل تمامی زنان و مردان مبتلا به بیماری کرونر قلبی مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که تنها سابقه گرفتگی عروق کرونری داشتند و بیماری‌هایی که جراحی قلب بازداشتند را شامل نمی‌شد. از جامعه هدف ۳۰ نفر واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند (تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ برای هر گروه ۱۵ نفر به دست آمد)، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند.

### معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه، عدم سابقه سکته قلبی، داشتن تحصیلات دیپلم یا بالاتر، سن بین ۴۰ تا ۷۰ سال، عدم شرکت همزمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر و آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل آزمودنی به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، شرکت همزمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر و همکاری نکردن در تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود.

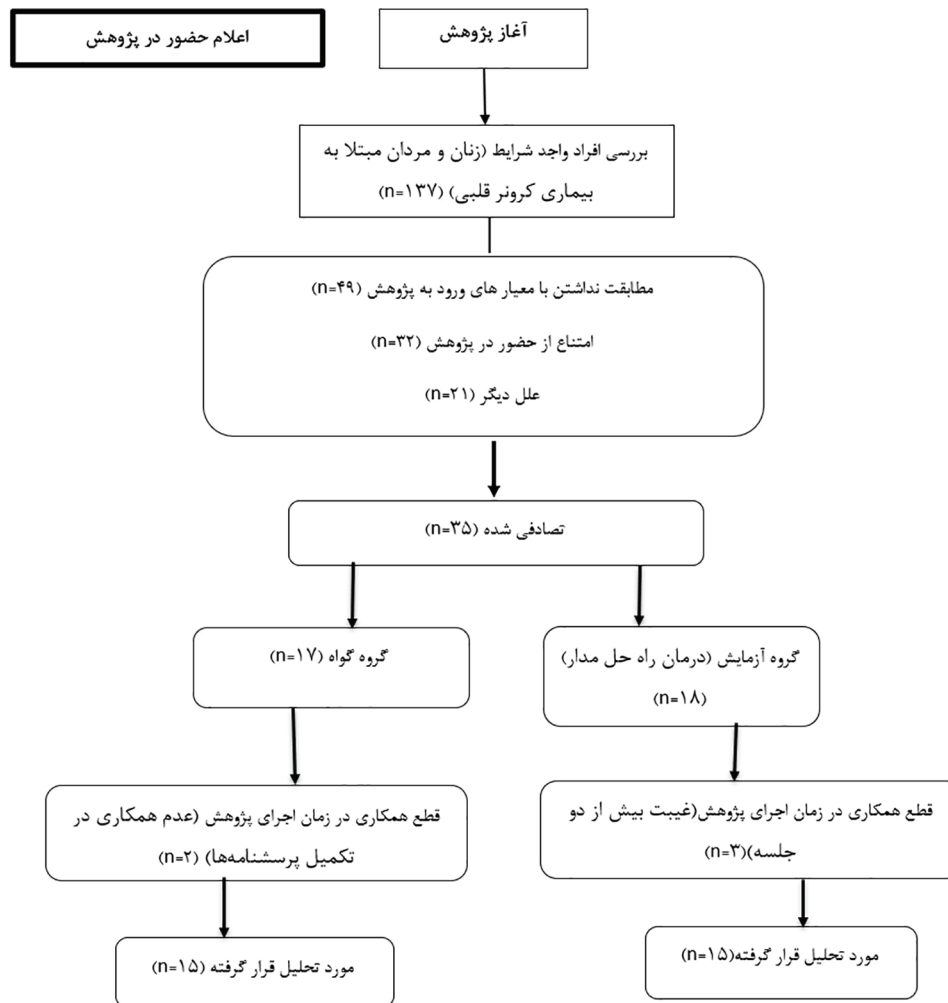
### ابزار گردآوری داده‌ها

پرسش‌نامه ادراک بیماری: این پرسشنامه ۹ سؤالی توسط بردبنت<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده است و دارای ۹ خرده‌مقیاس ۱- ادراک از پیامدها ۲- طول مدت بیماری، ۳- کنترل شخصی، ۴- درمان‌پذیری، ۵- شناخت علائم، ۶- نگرانی در مورد بیماری، ۷- قابلیت درک و فهم، ۸- واکنش عاطفی و ۹- جهت‌گیری علت بودن است و هر خرده‌مقیاس به شکل یک سؤال است که به بهترین شکل از ماده‌های هر یک از خرده‌مقیاس‌های به‌صورت اختصار درآمده است. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است، سؤال ۹ (مربوط به علت بودن در یک مقیاس) درجه‌بندی از صفر تا ده پاسخ داده می‌شود و

هرچند برخی از مطالعات نتایج رضایت‌بخش و دلایل منطقی برای استفاده از درمان راه‌حل‌محور را در تأثیر درمان راه‌حل‌محور در بهزیستی روان‌شناختی و احساس انسجام روانی نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی (۱۸)، ادراک درد بیماران زن مبتلا به اختلال مولتیپل اسکروزیس (۱۹)، سازگاری روانی-اجتماعی زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکروزیس (۲۰)، سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به ام‌اس (۲۱)، سازگاری و سلامت روان نوجوانان بزهکار (۲۲) نشان داده‌اند و امکان‌سنجی استفاده از این رویکرد در نمونه‌های متشکل از افراد با بیماری کرونر قلبی موردبررسی یا تأیید قرار نگرفته است؛ لذا بررسی کارایی این مداخله با توجه به نوظهور بودن استفاده از آنها در بهبود مشکلات رفتاری و هیجانی افراد مبتلا به بیماری کرونر قلبی در ابتدای مسیر خود قرار دارد و نیاز به انجام مطالعات بیشتری برای مشخص کردن تأثیرات آن احساس می‌شود.

افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر به دلیل ماهیت مزمن و پیش‌رونده بیماری در معرض مشکلات متعدد و عود مجدد بیماری قرار دارند. بیماری قلبی در تمام طول عمر همراه فرد است و یکی از بیماری‌های ناتوان‌کننده محسوب می‌شود، نیازهای متنوع مراقبتی و آموزشی و ناتوانی در برآورده کردن آن‌ها باعث شده است که بیماران با نگرانی و چالش‌های زیادی در زمینه برآورده نمودن نیازهای سلامتی خود و عوارض بیماری مواجه شوند این عوامل در نهایت ایجاد احساس ضعف ناتوانی در بیمار می‌شود و اثر نامطلوبی بر سازگاری و کیفیت زندگی بیمار خواهد داشت (۲۳). از سویی با توجه به افزایش روزافزون تعداد افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و اهمیت مسائل روانی در بهبود این بیماران و با توجه به گسترش درمان‌های روان‌شناختی تأثیرگذار بر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های کرونر قلبی استفاده از روش‌های درمانی مانند درمان راه‌حل‌مدار می‌تواند به بهبود زندگی فردی این بیماران کمک نماید. بعلاوه با توجه به هزینه‌های اقتصادی، روانی و بهداشتی که بیماری کرونر قلبی برای شخص و جامعه در پی دارد و همچنین نظر به خلأ پژوهشی درمان مذکور در جامعه بیماران کرونر قلبی در این زمینه موجب شد تا مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر ادراک بیماری و سازگاری بیماران کرونر قلبی انجام شد و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان راه‌حل‌مدار بر ادراک بیماری و سازگاری بیماران کرونر قلبی تأثیرگذار است؟

1. Broadbent



شکل ۱. نمودار کانسورت پژوهش حاضر

این پرسشنامه برای ارزیابی عملکردهای بلندمدت به جای علامت‌های کوتاه‌مدت طراحی شده است و برای ارزیابی هر دو جمعیت بالینی و غیر بالینی، دارای اعتبار هست. مقیاس حاضر برای اندازه‌گیری سه سازه‌ی مختلف مشتمل بر پریشانی، خودکنترلی و حالت‌های تدافعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. سازه‌ی پریشانی (۲۹ آیتم) به چهار بعد اضطراب، افسردگی، عزت‌نفس پایین و سطح پایین بهزیستی، طبقه‌بندی شده است. مهار (۳۰ آیتم) دارای چهار بعد هست که عبارت‌اند از: سرکوب خشم و پرخاشگری، کنترل تکانه، در نظر گرفتن دیگران و مسئولیت‌پذیری. حالت‌های تدافعی (۲۲ آیتم) نیز به دو بعد دفاع سرکوبگرانه و انکار پریشانی تقسیم می‌گردد. در این مقیاس همچنین سه آیتم نیز برای اعتبار سنجی پاسخ‌ها در نظر گرفته شده است. نمره‌ی بالا در این مقیاس نشانگر سطح بالای سازگاری است. در مطالعه وینبرگر، روایی محتوایی تأیید و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای سازه‌ی پریشانی ۰/۹۱، خودکنترلی ۰/۸۷ و

سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد پرسش قرار می‌دهد. در تحلیل نهایی توصیه شده است که هر یک از خرده مقیاس‌ها به‌طور جداگانه مورد تحلیل قرار گیرند، هر خرده مقیاس یک مؤلفه ادراک از بیماری را می‌سند، نه خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد. در مطالعه بردبنت و همکاران روایی محتوایی تأیید و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (۲۴). در پژوهش محمدی و عزیزی، روایی در دو مرحله توسط اساتید صاحب‌نظر در دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی تبریز مورد مطالعه و پس از اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت و پایایی پرسشنامه ادراک بیماری به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برآورد شد (۲۵). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

#### پرسشنامه‌ی سازگاری

این پرسشنامه دارای ۸۴ سؤال و ده خرده مقیاس همراه با یک مقیاس اعتبار کوتاه هست.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان راه حل مدار

جلسه	شرح مختصر جلسه
۱	معرفی پژوهش و اجرای پیش‌آزمون
۲	کمک به بیماران تا بتوانند منابعی را که برای برخورد با موقعیت‌ها و مشکلات به‌منظور سازگاری بیشتر در اختیار دارند، تشخیص دهند.
۳ و ۴	آموزش به بیماران تا بتوانند از روش منظمی برای غلبه بر مشکلات جاری خود و ایجاد سازگاری استفاده کنند.
۵ و ۶	آموزش به بیماران تا احساس کنترل خود را بر مسائل افزایش دهند.
۷	مجهز کردن بیماران به روشی برای برخورد و مقابله با مسائلی که در زندگی آینده خود با آن مواجه می‌شوند
۸	جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. یافته‌های جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	فراوانی گروه راه حل مدار	درصد	فراوانی گروه گواه	درصد
جنسیت	زن	۶	۵	۳۳/۳
	مرد	۹	۱۰	۶۶/۷
سن	۴۰ تا ۵۰ سال	۲	۳	۲۰
	۵۱ تا ۶۰ سال	۷	۶	۴۰
	۶۱ تا ۷۰ سال	۶	۶	۴۰

### تحلیل آماری

جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی با رعایت پیش‌فرض‌های آماری استفاده شد.

### ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسش‌نامه‌ها، رضایت آگاهانه و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است. این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.SRB.REC.1401.084 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات (کمیته اخلاق در پژوهش) هست.

### یافته‌ها

در جدول ۲، یافته‌های جمعیت شناختی افراد گروه های مورد مطالعه گزارش شده است. نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد که در گروه آزمایش ۶ نفر زن (۴۰ درصد)، و مرد (۶۰ درصد) هستند، اما در گروه گواه ۵ نفر زن (۳۳/۳ درصد) و ۱۰ نفر مرد (۶۶/۷ درصد) بودند.

در جدول ۳، یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است. بر اساس نتایج جدول ۳، نمرات

حالت‌های تدافعی ۰/۷۹ می‌باشد (۲۶). در پژوهش حشمتی و همکاران، روایی به روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شد (۲۷). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

### روند اجرای پژوهش

پس از تخصیص و قرار گرفتن افراد در گروه آزمایش و گواه ابتدا هر دو گروه در زمینه اهداف پژوهش و فعالیت‌های انجام‌شده توجیه شدند، سپس هر دو گروه فرم رضایت آگاهانه پرسشنامه ادراک بیماری و سازگاری را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند (شکل ۱). گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان راه حل مدار قرار گرفتند، اما گروه گواه درمان روتین دریافت کرد. پس از پایان جلسات درمانی، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. دوره پیگیری سه ماه بعد از پایان جلسات آموزشی و پس‌آزمون توسط محقق برگزار شد. پس از پایان دوره پیگیری، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، سه جلسه‌ی درمانی هم برای گروه گواه در مدت یک هفته انجام شد. روش درمانی به کار گرفته‌شده بر مبنای پروتکل درمانی راه حل مدار دیویسون بود (۲۸). خلاصه جلسات درمانی مطابق جدول ۱ بود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای ادراک بیماری و سازگاری در گروه‌های پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گواه	ادراک بیماری	۶۴/۰۷	۷/۴۹	۶۳/۶۰	۷/۱۰	۶۳/۰۷
	تحمل پریشانی	۷۵/۶۰	۱۱/۲۹	۷۴/۰۰	۱۱/۷۱	۷۴/۸۰
	خودکنترلی	۷۴/۰۰	۱۰/۵۶	۷۳/۰۰	۱۱/۳۱	۷۵/۰۰
	حالت‌های تدافعی	۶۶/۹۳	۸/۲۱	۶۶/۱۳	۹/۱۸	۶۵/۶۷
درمان راه حل مدار	ادراک بیماری	۶۲/۶۰	۸/۶۷	۴۹/۶۷	۸/۸۷	۴۸/۴۷
	تحمل پریشانی	۷۴/۰۰	۱۴/۱۰	۸۱/۲۰	۱۳/۸۳	۸۲/۹۳
	خودکنترلی	۷۱/۶۷	۷/۷۲	۷۹/۰۰	۱۲/۱۳	۸۰/۶۰
	حالت‌های تدافعی	۶۵/۸۷	۱۱/۸۰	۷۰/۶۷	۹/۵۲	۷۱/۳۷

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری با اصلاح گرین هاوس گیزر جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای ادراک بیماری و سازگاری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
ادراک بیماری	مراحل	۱۰۲۸/۹۶	۱/۷۰	۶۰۴/۴۵	۱۹/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	مراحل * گروه	۸۲۰/۸۷	۱/۷۰	۴۸۲/۲۱	۱۵/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	گروه‌ها	۲۲۵۰/۰۰	۱/۰۰	۲۲۵۰/۰۰	۱۸/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹
تحمل پریشانی	مراحل	۲۵۹/۸۲	۱/۸۱	۱۴۳/۹۳	۵/۱۸	۰/۰۱	۰/۱۶
	مراحل * گروه	۴۳۲/۶۲	۱/۸۱	۲۳۹/۶۵	۸/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	گروه‌ها	۴۷۱/۵۱	۱/۰۰	۴۷۱/۵۱	۴/۱۳	۰/۰۱	۰/۱۸
خودکنترلی	مراحل	۳۷۹/۳۶	۱/۹۳	۱۹۶/۳۴	۳/۲۲	۰/۰۴۹	۰/۱۰
	مراحل * گروه	۳۳۱/۳۶	۱/۹۳	۱۷۱/۵۰	۳/۳۱	۰/۰۴۱	۰/۱۲
	گروه‌ها	۲۱۴/۶۸	۱/۰۰	۲۱۴/۶۸	۳/۸۶	۰/۰۳۰	۰/۱۵
حالت‌های تدافعی	مراحل	۸۲/۷۶	۱/۲۹	۶۳/۹۹	۰/۸۰	۰/۴۱۰	۰/۰۳
	مراحل * گروه	۱۹۲/۳۶	۱/۲۹	۱۴۸/۷۳	۱/۸۵	۰/۱۸۰	۰/۰۶
	گروه‌ها	۲۰۵/۵۱	۱/۰۰	۲۰۵/۵۱	۱/۱۳	۰/۳۰۱	۰/۰۴

این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. اگر معنی‌داری در آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به‌طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه‌کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. در این پژوهش نتایج

میانگین نمرات متغیرهای ادراک بیماری و سازگاری در گروه درمان راه حل مدار نسبت به گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر یافته است.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک انجام شد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج

است ( $P < 0/05$ )؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی دار است، بنابراین می توان نتیجه گرفت که درمان راه حل مدار در بهبود ادراک بیماری، تحمل پریشانی و خودکنترلی بیماران کرونر قلبی مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی دار است؛ بنابراین نتایج مقایسه های زوجی میانگین های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۵، گزارش شده است.

نتایج جدول ۵، نشان می دهد که تفاوت مرحله پیش آزمون با دو مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه درمان راه حل مدار معنی دار به دست آمده است ( $P < 0/01$ ) اما در گروه گواه تفاوت بین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس آزمون با نمرات پیگیری معنی دار نیست ( $P > 0/05$ ).

آزمون ماچلی متغیرهای پژوهش برقرار نبود ( $P > 0/05$ ). بنابراین نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه های تکراری برای مقایسه دو گروه در متغیرهای ادراک بیماری و سازگاری در سه مرحله پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری براساس اصلاح گرینهاوس-گیسر در جدول ۴، گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۴، تفاوت بین نمرات متغیرهای ادراک بیماری ( $P < 0/01$ ) و مؤلفه های تحمل پریشانی و خودکنترلی ( $P < 0/05$ ) در سه مرحله از پژوهش معنی دار است. همچنین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه معنی دار به دست آمده است ( $P < 0/05$ ). نتایج نشان می دهد که به ترتیب نزدیک به ۳۹، ۱۸، و ۱۵ درصد از تفاوت های فردی در متغیرهای ادراک بیماری، تحمل پریشانی و خودکنترلی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در متغیرهای ادراک بیماری، تحمل پریشانی و خودکنترلی معنی دار

جدول ۵. مقایسه زوجی میانگین گروه های درمان راه حل مدار و گواه در سه مرحله پژوهش در متغیرهای ادراک بیماری و سازگاری

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
گواه	تحمل پریشانی	پیش آزمون-پس آزمون	۰/۴۷	۰/۲۹	۰/۳۹
		پیش آزمون-پیگیری	۱/۰۰	۰/۷۴	۰/۵۹
		پس آزمون-پیگیری	۰/۵۳	۰/۸۴	۰/۹۹
درمان راه حل مدار	تحمل پریشانی	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۶۰	۱/۰۹	۰/۴۹
		پیش آزمون-پیگیری	-۱/۶۰	۱/۰۹	۰/۴۹
		پس آزمون-پیگیری	-۰/۸۰	۲/۰۲	۰/۹۹
گواه	خودکنترلی	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۰۰	۰/۵۴	۰/۲۵
		پیش آزمون-پیگیری	-۱/۰۰	۲/۰۲	۰/۹۹
		پس آزمون-پیگیری	۲/۰۰	۲/۳۸	۰/۹۹
درمان راه حل مدار	حالت های تدافعی	پیش آزمون-پس آزمون	۱۲/۹۳	۲/۶۸	۰/۰۰۱
		پیش آزمون-پیگیری	۱۴/۱۳	۲/۹۹	۰/۰۰۱
		پس آزمون-پیگیری	۱/۲۰	۱/۹۲	۰/۹۹
گواه	تحمل پریشانی	پیش آزمون-پس آزمون	-۷/۲۰	۱/۸۴	۰/۰۱
		پیش آزمون-پیگیری	-۸/۹۳	۱/۹۶	۰/۰۰۱
		پس آزمون-پیگیری	-۱/۷۳	۱/۷۸	۰/۹۹
درمان راه حل مدار	حالت های تدافعی	پیش آزمون-پس آزمون	-۷/۳۳	۴/۰۸	۰/۰۱
		پیش آزمون-پیگیری	-۸/۹۳	۳/۶۵	۰/۰۳
		پس آزمون-پیگیری	-۱/۶۰	۲/۶۶	۰/۹۹

اجتماعی، آموزش مفاهیم پایه برقراری ارتباط و مراقبت از بیمار، مواجهه سازی بیمار با شرایط تغییر میکند. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که هدف رویکرد راه‌حل محور فراهم نمودن فضایی مناسب برای تغییر و رشد دیدگاه و نوع نگاه افراد به زندگی بوده و بر این عقیده استوار است که افراد توانایی حل موفقیت‌آمیز مشکلات خود را دارند و نقش درمانگر این است که به آنان کمک کند تا با تعیین اهداف قابل بررسی قابل اندازه‌گیری و ملموس و عینی به راه‌حل مشکل خود دست یابند.

نتایج نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری سازگاری در بیماران کرونر قلبی تفاوت معناداری وجود دارد و برنامه درمان راه‌حل مدار بر بهبود سازگاری دارای ماندگاری اثر در دوره پیگیری بود. در زمینه نتیجه به‌دست‌آمده پژوهشی به‌صورت مستقیم در جامعه هدف انجام‌نشده است، اما با نتایج مطالعات مشابه در این زمینه همسو است، به‌عنوان مثال پژوهش علی‌اکبری دهکردی و دهخدایی، نشان داد آموزش غنی‌سازی روابط بین فردی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار برافزایش سازگاری روانی-اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان متأهل مبتلابه مولتیپل اسکروزیس موثر بود (۲۰). مطالعه توصیفی و همکاران، نشان داد که مداخله راهنما کوتاه‌مدت در ارتقای سازگاری اجتماعی بیماران زن مبتلابه ام‌اس مؤثر است (۲۱). پژوهش بوس و همکاران، نشان داد درمان راه‌حل محور در بهبود فرآیند انطباق و مقابله بیماران مبتلابه نارسایی قلبی مؤثر است (۳۱). در تبیین یافته فوق می‌توان گفت وجود بیماری ناتوان‌کننده‌ای همچون کرونر قلبی بر احساس توانمندی و کارایی فرد تأثیر منفی می‌گذارد و با تقویت احساس ضعف و ناتوانی در حل مسئله سازگاری فرد را مختل می‌کند، اما در درمان راه‌حل مدار درمانگران از نقاط قوت مراجعان و منابع کلمات و عقاید آن‌ها استفاده می‌کنند و این ویژگی‌ها می‌تواند به مراجعان کمک کند تا روش‌های مناسب‌تر سازگاری را از طریق افزایش توانایی حل مسئله و با افزایش خودانگیختگی و صلاحیت‌های خود تحقق بخشند (۳۲). در جلسات درمانی راه‌حل محور کوتاه‌مدت، زمانی که به‌واسطه فنون تغییر مدار راه‌حل محور بیماران قلبی تمرکز خود را از مشکلات به سمت راه‌حل‌ها تغییر دادند، توانستند با کمک درمانگر راه‌حل‌های مناسبی جهت حل مشکلاتشان پیدا کنند. هنگامی که مراجعان به راه‌حل‌های گوناگونی برای حل مشکلاتشان دست پیدا کردند و تغییرات کوچک را در پی به‌کارگیری این راه‌حل‌ها در زندگی و روابطشان ملاحظه نمودند، امیدواری برای ایجاد تغییرات بزرگ‌تری در آن‌ها ایجاد گردید. همچنین با کشف و استخراج استثنائات

بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های کرونر قلبی علاوه بر علائم جسمانی، تغییرات شناختی و روانشناختی را نیز در بیماران به وجود می‌آورند که می‌تواند سازگاری این بیماران را مختل کند، از این‌رو مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان راه‌حل مدار بر ادراک بیماری و سازگاری بیماران کرونر قلبی انجام شد. نتایج نشان داد، بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی تفاوت معناداری وجود دارد و برنامه درمان راه‌حل مدار بر بهبود ادراک بیماری دارای ماندگاری اثر در دوره پیگیری بود. در زمینه یافته به‌دست‌آمده مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام‌نشده است، اما با نتایج مطالعات مرتبط در این زمینه همسو است. به‌طور مثال مطالعه ناصری‌نیا و اسمخانی اکبری نژاد، نشان داد درمان راه‌حل محور کوتاه‌مدت در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و احساس انسجام روانی نوجوانان دختر مبتلابه بیماری قلبی مؤثر بود (۱۸). پژوهش نادری‌پور و همکاران، نشان داد که روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل محور بر ادراک درد و تحمل پریشانی بیماران زن مبتلابه اختلال مولتیپل اسکروزیس اثربخش بوده است (۱۹). یافته‌های پژوهش اردگان و دمیر<sup>۲</sup>، نشان داد آموزش روانی گروهی مبتنی بر راه‌حل به‌کاررفته در بیماران اسکیزوفرنی بر بهبود عزت‌نفس، ادراک بازبازی ذهنی و انگ درونی بیماران مبتلابه مؤثر بود (۲۹). در تبیین یافته فوق می‌توان گفت روان‌درمانی راه‌حل مدار به دنبال تغییر ادراک مراجعان از مشکلاتشان و راه‌حل‌های ممکن برای آن‌ها است. این رویکرد با بیرونی کردن مشکلات مراجعین با استفاده از تکنیک‌هایی مانند بارش مغزی، بازسازی تحریف‌های شناختی، گفتگوی متقابل، بهبود روابط بین فردی، تغییر سوگیری‌های منفی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آشنایی با راه‌حل‌های مفید و تکرار آن‌ها و رها ساختن راه‌حل‌های نامناسب به‌هنگام مواجهه باخشم، اضطراب، آشفتگی بلاتکلیفی و ... توانمندی مراجعان در مقابله‌های راه‌حل مدار را افزایش می‌دهد (۳۰). در این روش درمانی به‌جای بیماری بر بهبودی و پیشرفت در بهبود تأکید می‌شود. این دیدگاه را دیدگاه نامرتبب بیماری می‌نامند به‌عبارت‌دیگر به‌جای اینکه به دنبال این باشیم که مشکل در کجاست و چگونه می‌توانیم آن را برطرف کنیم؛ می‌فهمیم که چه چیزی درست است و چگونه می‌توان آن را به‌کاربرد (۱۶). درواقع با آموزش مهارت‌های ویژه روابط بین فردی و الگوهای روابط

مصاحبه و مشاهده برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود و یافته‌های آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود، جهت کمک به بهبود و درمان بهتر افراد مبتلا به بیماری کرونر قلبی از مشاوران، روان‌شناسان و روان‌پزشکان به‌صورت موازی و همزمان در طول دوره درمان کمک بیشتری گرفته شود یا پس از هر دوره درمان بیماران به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی و روان‌درمانی ارجاع داده شوند تا از این رویکردها جهت تسریع در روند بهبود بیماران بهره گرفته شود.

### نتیجه‌گیری

به‌کارگیری درمان راه‌حل مدار در بهبود ادراک بیماری و سازگاری بیماران کرونر قلبی مفید و سودمند است. پرستاران به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اعضای گروه مراقبت سلامت می‌توانند از طریق مداخلات آموزشی تأثیر مستقیم بر بهبود وضعیت روانشناختی بیماران داشته باشند.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی زنان و مردان مبتلا به بیماری کرونر قلبی مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی بیمارستان میلاد تهران که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض در منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### منابع

- Mensah GA, Fuster V, Murray CJL, Roth GA, Global Burden of Cardiovascular D, Risks C. Global burden of cardiovascular diseases and risks, 1990-2022. J Am Coll Cardiol. 2023;82(25):2350-473.
- Cagle SD Jr, Cooperstein N. Coronary artery disease: diagnosis and management. Prim Care. 2018;45(1):45-61.
- Ranjbaran A, Aliakbari DM, Saffarinia M, Alipour A. Effect of health promoting lifestyle training on vitality, psychological well-being and blood pressure of women with cardiovascular disease. J Health Promot Manag. 2019;8(1):98-109. Persian.
- Eckhardt AL, Devon HA, Piano MR, Ryan CJ, Zerwic JJ. Fatigue in the presence of coronary heart disease. Nurs Res. 2014;63(2):83-93.
- Besharat MA, Ramesh S. The relation between resilience, spiritual well-being, and social support with adjustment to heart disease. J Psychol Health. 2019;8(1):1-15. Persian.
- Patierno C, Fava GA, Carrozzino D. Illness denial in medical disorders: a systematic review. Psychother Psychosom. 2023;92(4):211-26.
- Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness

زندگی بیماران دریافتند که زمان‌هایی در زندگی آن‌ها وجود داشته که مشکلات به این‌گونه که هم‌اکنون با آن مواجه هستند، نداشته یا با شدت کمتری وجود داشته است و پی بردند وجود که در آن موقعیت‌ها رفتارهایی داشته‌اند و کارهایی انجام می‌داده‌اند که مشکلات کنونی وجود نداشته‌اند. حال در فرآیند جلسات درمان آموختند که هم‌اکنون نیز می‌توانند لحظه‌های استثنایی بدون مشکل در زندگی‌شان را دوباره ایجاد نمایند (۳۳). در مجموع جلسات درمانی راه‌حل محور به بیماران کرونر قلبی کمک نمود تا خود برای مشکلات شخصی و روابط بین فردی خود راه‌حل‌های جدیدی پیدا کنند و با این احساس که خود قادر به کاهش مشکلاتشان هستند، عزت‌نفس و توانایی سازگاری آن‌ها افزایش پیدا کند.

### محدودیت‌های پژوهش

در این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت با توجه به اینکه یافته‌های پژوهش بر اساس مقیاس و استفاده از پرسشنامه بود و این ممکن است نتایج پژوهش را به مخاطره می‌اندازد. این پژوهش بر روی بیماران مبتلا به کرونر قلبی تهران انجام گرفت و سایر بیماران را مورد بررسی قرار نداد، بنابراین، در تعمیم نتایج به سایر بیماران شهرهای دیگر دارای محدودیت است.

### پیشنهادات پژوهش

با توجه به اینکه عوامل مختلفی بر افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری تأثیر دارد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی و عوامل شخصیتی و خانوادگی نیز مورد بررسی قرار گیرند، همچنین از سایر روش‌های پژوهشی مانند

- representations and coping with health threats. In: *Handbook of psychology and health*, volume IV. London: Routledge; 2020. p. 219-52.
8. Jun S, Jie L, Ren M, Zhihua R. Secondary indicators for an evaluation and guidance system for quality of care in inflammatory bowel disease centers: a critical review of the inflammatory bowel disease quality of care center. *Inflamm Bowel Dis*. 2022;28 Suppl 2:S3-8.
  9. Keefer L, Bedell A, Norton C, Hart AL. How should pain, fatigue, and emotional wellness be incorporated into treatment goals for optimal management of inflammatory bowel disease? *Gastroenterology*. 2022;162(5):1439-51.
  10. Kolokotroni P, Anagnostopoulos F, Missitzis I. Psychosocial adjustment to illness scale: factor structure, reliability, and validity assessment in a sample of Greek breast cancer patients. *Women Health*. 2017;57(6):705-22.
  11. Fullerton DJ, Zhang LM, Kleitman S. An integrative process model of resilience in an academic context: resilience resources, coping strategies, and positive adaptation. *PLoS One*. 2021;16(2):e0246000.
  12. Mohamadi N, Kheirollahi N, Haghightat S, Roshanaie G. Correlation between adaptability and quality of life in people with chronic heart failure. *Iran J Cardiovasc Nurs*. 2017;6(1):6-13. Persian.
  13. Ghanbar Z, Hassanzadeh M, Toubaei F, Gandhamkar I, Tabrizi AM. The effectiveness of solution-focused brief therapy on emotional regulation, quality of life, pain perception, and hostile attributions in patients with cardiovascular diseases. *Int J Body Mind Cult*. 2024;11(1):8-17.
  14. Finlayson BT, Jones E, Pickens JC. Solution focused brief therapy telemental health suicide intervention. *Contemp Fam Ther*. 2023;45(1):49-60.
  15. Sommers-Flanagan J, Polanchek S, Zeleke WA, Hood MH, Shaw SL. Effectiveness of solution-focused consultations on parent stress and competence. *Fam J*. 2015;23(1):49-55.
  16. Leslie PJ. Perceptions and possibilities: strategic and solution-oriented approaches to working with depression. [Unpublished manuscript]. 2022.
  17. Ertelt BJ, Schulz WE, Frey A. Solution-focused counselling. In: *Counsellor competencies: developing counselling skills for education, career and occupation*. Cham: Springer; 2022. p. 111-54.
  18. Naseriniya H, Smkhani Akbarinejad H. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and short-term solution-focused therapy on the psychological well-being and sense of mental coherence of teenage girls with heart disease. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch*. 2022;32(4):398-408. Persian.
  19. Naderipour A, Toozandehjani H, Bagherzadeh Golmakani Z, Zendehtdel A. The effectiveness of short-term solution-oriented psychotherapy on pain perception and distress tolerance in female patients with multiple sclerosis. *Rooyesh-e-Ravanshenasi J*. 2023;12(5):75-84. Persian.
  20. Aliakbari Dehkordi M, Dekhodaie S. The effectiveness of enriching interpersonal relationship based on emotionally focused therapy on psychosocial-social adjustment and social health in married women with multiple sclerosis. *Soc Psychol Res*. 2020;10(38):101-16. Persian.
  21. Towsyfyfan N, Pazoki A, Yousefi N, Peyghami T, Momeni A. Effects of solution-focused brief therapy on social adjustment in women with MS. *J Disabil Stud*. 2021;11:176-84. Persian.
  22. Hosseinian S, Nooripour R, Abbasi N, Ghanbari N, Afrouz GA, Ilanloo H. Effectiveness of group counseling based on solution-oriented approach on adjustment and mental health of juvenile delinquents. *J Psychol Stud*. 2022;18(2):7-20. Persian.
  23. Ghasemzadeh KZ, Zakeri MM, Esmaeili M. The effect of empowerment program on life satisfaction of people with coronary artery disease. *Cardiovasc Nurs J*. 2021;10(1):80-8. Persian.
  24. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60(6):631-7.
  25. Mohammadi J, Azizi A. Dialectical behavior therapy group on the perception of the disease and quality of life of patients with irritable bowel syndrome. *J Ilam Univ Med Sci*. 2017;25(2):18-26. Persian.
  26. Weinberger D. Social-emotional adjustment in older children and adults: I. Psychometric properties of the Weinberger Adjustment

- Inventory. Unpublished manuscript. Cleveland: Case Western Reserve University; 1991.
27. Heshmati R, Naseri E, Parnian KM. The role of emotional repression and ego-strength in predicting of smoking and non-smoking in cancer patients. *J Psychol Oncol*. 2019;7(28):7-19. Persian.
  28. Davidson K. Solution focused approaches—evaluation in Northamptonshire TaMHS Project. *Interventions*. 2009;7(2):45-58.
  29. Erdogan E, Demir S. The effect of solution focused group psychoeducation applied to schizophrenia patients on self-esteem, perception of subjective recovery and internalized stigmatization. *Issues Ment Health Nurs*. 2022;43(10):944-54.
  30. Ayar D, Sabanciogullari S. The effect of a solution-oriented approach in depressive patients on social functioning levels and suicide probability. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(1):235-45.
  31. Bose CN, Saboonchi F, Persson H, Bjorling G, Elfstrom ML. Adaptation of coping effectiveness training for patients with heart failure and patient-reported experience of the intervention. *J Patient Exp*. 2020;7(6):1054-61.
  32. Ghaderi K, Esmiri Y, Lotfi S. Studying the influence of solution-focused brief therapy on preventing relapse to addiction among men. *J Res Soc Work*. 2015;2(3):74-108. Persian.
  33. Kim H. Client growth and alliance development in solution-focused brief family therapy [PhD dissertation]. Buffalo: State University of New York at Buffalo; 2006.