نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره نهم، شماره ۱، سال ۱۳۹۹
Cardiovascular Nursing Journal, 9(1), 2020

مقاله پژوهشی اصیل

تاثیر بهزیستی‌درمانی بر امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به بیماری کووید-۱۹

شهرزاد براتپور[۱]، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی
***زهرا دشت‌بزرگی[۲]، دکتری تخصصی روان‌شناسی**

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر بهزیستی‌درمانی بر امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به بیماری کووید-۱۹ انجام شد.

زمینه. بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به بیماری کووید-۱۹ با مشکلات زیادی در زمینه سلامت روان‌شناختی از جمله امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ مواجه هستند و یکی از روش‌های درمانی موثر و برگرفته از رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر، روش بهزیستی‌درمانی است.

روش کار. این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به بیماری کووید-۱۹ ساکن شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ بودند که از میان آنان، ۴۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت آموزش بهزیستی‌درمانی برای ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) قرار گرفت و گروه کنترل در فهرست انتظار برای آموزش قرار داده شد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس امیدواری، پرسشنامه تحمل پریشانی و مقیاس اضطراب مرگ بودند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای‌دو، تی مستقل و تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند.

یافته‌ها. بین‌گروه‌های آزمون و کنترل از نظر جنسیت، وضعیت تاهل، سن، تحصیلات و مدت بیماری تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نشد. قبل از مداخله، تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه از نظر میانگین نمرات امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ وجود نداشت، اما پس از مداخله، بین میانگین نمرات هر سه متغیر در دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری دیده شد ($P\leq ۰/۰۰۰۱$). به عبارت دیگر، روش بهزیستی‌درمانی باعث افزایش امیدواری ($P\leq ۰/۰۰۰۱$، $F=۱۱۴/۴۹۷$)، تحمل پریشانی ($P\leq ۰/۰۰۰۱$، $F=۱۶۵/۰۳۲$) و کاهش اضطراب مرگ ($P\leq ۰/۰۰۰۱$، $F=۱۰۱/۴۰۸$) در گروه آزمون شد.

نتیجه‌گیری. نتایج این مطالعه، نشان‌دهنده تاثیر بهزیستی‌درمانی بر افزایش امیدواری و تحمل پریشانی، و کاهش اضطراب مرگ در بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به بیماری کووید-۱۹ بود. بنابراین، درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند از روش بهزیستی درمانی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت روان‌شناختی، به‌ویژه امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی‌درمانی، امیدواری، تحمل پریشانی، اضطراب مرگ، بیماری قلبی‌عروقی، بیماری کووید-۱۹

۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: zahradb2000@yahoo.com

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

مقدمه

بیماری‌های قلبی‌عروقی مهم‌ترین عامل مرگ و بیشترین علت بستری در جهان است (ایرل و همکاران، ۲۰۱۹). در سراسر جهان، ۲۳ میلیون نفر مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی هستند و شیوع این بیماری در ایران ۳۵۰۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر است (رنجبران و همکاران، ۱۳۹۸). این بیماری اولین علت مرگ در ایران است و سالیانه باعث بروز ۱۳۸۰۰۰ مرگ می‌شود؛ به‌طوری‌که ۴۰ درصد موارد مرگ را به خود اختصاص می‌دهد (نصیری زیبا و همکاران، ۱۳۹۸).

بیماران قلبی‌عروقی به علت افزایش بار کاری قلب در صورت درگیری مجاری تنفسی و ریه نسبت به افراد سالم و حتی نسبت به افراد مبتلا به سایر بیماری‌های زمینه‌ای (مثل دیابت)، یکی از گروه‌های در معرض خطر ویروس کرونا هستند (دی کاستلنوو و همکاران، ۲۰۲۰). ویروس کرونا در دسامبر ۲۰۱۹ در شهر ووهان چین شناسایی و به سرعت در ۳۱ استان چین و سپس در سایر کشورها گسترش یافت و به یک بحران بزرگ و جهانی تبدیل شد (سنات و همکاران، ۲۰۲۱). سازمان بهداشت جهانی در ۴ فوریه ۲۰۲۰ به دلیل قدرت شیوع و انتقال بیماری کرونا وضعیت اضطراری اعلام کرد (اسلام و همکاران، ۲۰۲۰). در ایران نیز کرونا شیوع فراوانی پیدا نموده و سلامت جسمی و روانی افراد را به خطر انداخته است (امیرفخرایی و همکاران، ۱۳۹۹).

بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به بیماری کووید-۱۹ با مشکلات بسیاری در زمینه سلامت روان‌شناختی (مانند امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ) مواجه هستند (گاناترا و همکاران، ۲۰۲۰). امیدواری نشان‌دهنده قدرت سازگاری و سلامت روان و داشتن زندگی هدفمند و بامعنا (وود و همکاران، ۲۰۱۸) و یکی از منابع مقابله است که در هنگام مواجهه با چالش و استرس باعث ارتقای سلامت و کیفیت زندگی می‌شود (واچون، ۲۰۱۹). افراد امیدوار ابتدا اهداف خود را تعیین نموده، راهکارهایی برای رسیدن به آنها خلق کرده، و سپس در خود انگیزه لازم را برای اجرای راهکارها ایجاد نموده و در طول مسیر جهت تحقق اهداف، آن را حفظ می‌کنند (گالاگر و همکاران، ۲۰۲۰). تحمل پریشانی به معنای ظرفیت فرد در تجربه و تحمل حالت‌های روان‌شناختی منفی است (دوآن و همکاران، ۲۰۱۸) که معمولا نتیجه فرایندهای شناختی، اجتماعی یا جسمی نامناسب محسوب می‌شود (الیس و همکاران، ۲۰۱۸). افراد با سطح پایین تحمل پریشانی، حالت‌های روان‌شناختی منفی را غیرقابل تحمل می‌پندارند، توانایی مدیریت آنها را ندارند، معمولا آنها را انکار می‌کنند و از وجودشان احساس شرم و آشفتگی می‌نمایند (گالیگو و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب مرگ یکی از انواع اضطراب و نشان‌دهنده ترس و اضطرابی مداوم و غیرمنطقی از مرگ و مردن به همراه افکار و هیجان‌های منفی مرتبط با پایان زندگی است (دراپر و همکاران، ۲۰۱۹). این سازه به دلایل ناشناخته‌بودن، عدم مصونیت در برابر آن و عدم امکان تجربه آن، پدیده‌ای اضطراب‌آور است (منزیس و همکاران، ۲۰۱۸). میزان شیوع اضطراب خفیف، متوسط و شدید مرگ در بیماران قلبی‌عروقی به‌ترتیب ۳۰ درصد، ۲۸/۳ درصد و ۴۱/۷ درصد است (عظیمیان و همکاران، ۱۳۹۸).

یکی از روش‌های درمانی نسبتا جدید و برگرفته از رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر، روش بهزیستی‌درمانی است (هیریساو، ۲۰۱۸). در این روش سازمان‌یافته، هدفمند، رهنمودی و مشکل‌مدار از الگوی آموزشی خویشتن‌نگری و تعامل مثبت و سازنده با دیگران استفاده می‌شود (فاوا، ۲۰۱۶). هدف بهزیستی‌درمانی رشد شش حوزه بهزیستی روان‌شناختی شامل پذیرش خود (پذیرش ضعف‌ها و توانمندی‌ها)، زندگی هدفمند (داشتن هدف و جهت در زندگی)، رشد شخصی (شکوفایی استعدادها)، تسلط بر محیط (توانایی کنترل‌کردن محیط)، خودمختاری (توانایی فرد در تنظیم افکار، رفتارها و هیجان‌های خود) و روابط مثبت با دیگران (برقراری روابط مثبت و سازنده با دیگران)، و به تبع آن، کاهش اختلال‌ها و بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی است (چاخسی و همکاران، ۲۰۱۸).

پژوهش‌های اندک و گاه با نتایجی متفاوت درباره تاثیر بهزیستی‌درمانی انجام شده است. برای مثال، نتایج پژوهش تئودورزوک و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر از جمله بهزیستی‌درمانی باعث افزایش امیدواری و بهزیستی نوجوانان می‌شود. پیرنیا و همکاران (۱۳۹۹) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بهزیستی‌درمانی باعث ارتقای بهزیستی روانی، خوش‌بینی و امیدواری در مردان وابسته به مت‌آمفتامین می‌شود. همچنین، نتایج پژوهش ژو و همکاران (۲۰۱۹) حاکی از تاثیر بهزیستی‌درمانی بر افزایش سازگاری و کاهش آشفتگی هیجانی دانشجویان تازه‌وارد بود. در پژوهشی دیگر، طالبی و همکاران (۱۳۹۹) گزارش کردند که مداخله مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی باعث افزایش تحمل آشفتگی و کاهش سرگردانی ذهنی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شد. علاوه بر آن، مهدوی و همکاران (۲۰۱۹) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که در زنان مبتلا به سرطان سینه، بهزیستی روانی با اضطراب مرگ رابطه منفی و معنی‌دار دارد. نتایج پژوهش ورعی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که در سالمندان،

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ رابطه منفی و معنی‌دار داشتند. در پژوهشی دیگر پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵) گزارش کردند که بهزیستی‌درمانی باعث کاهش اضطراب می‌شود، اما تاثیر معنی‌داری بر استرس و افسردگی ندارد.

شیوع قابل توجه بیماری‌های قلبی‌عروقی و در معرض خطر بودن این گروه در زمینه بیماری کووید-۱۹، و همچنین، این واقعیت که امروزه بیماری کووید-۱۹ به‌عنوان یکی از عوامل اصلی تهدید سلامت و کیفیت زندگی در کل جهان محسوب می‌شود، استفاده از روش‌های درمانی مناسب برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت افراد مبتلا به بیماری کووید-۱۹ لازم است. یکی از روش های درمانی برگرفته از روان‌شناسی مثبت‌نگر، روش بهزیستی‌درمانی است که در پژوهش‌ها، نتایجی متفاوت درباره تاثیر آن گزارش شده است. با توجه به مشکلات فراوان بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به بیماری کووید-۱۹، پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر بهزیستی‌درمانی بر امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به بیماری کووید-۱۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به بیماری کووید-۱۹ ساکن شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ بودند که از میان آنان ۴۰ نفر بر اساس معیارهای ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های آزمون یا کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به یکی از بیماری‌های قلبی‌عروقی برای حداقل ۳ سال بر اساس پرونده پزشکی، گذراندن دوره قرنطینه و عدم مشاهده علایم کرونا، داشتن تحصیلات دیپلم یا بالاتر، سن بین ۴۱ تا ۶۰ سال (افراد بالاتر از ۶۰ سال به دلیل مشکلات سالمندی، دشواری رفت‌وآمد و سختی مضاعف جهت شرکت در جلسات و رعایت پروتکل‌های بهداشتی وارد مطالعه نشدند)، عدم سابقه دریافت خدمات روان‌شناختی در سه ماه گذشته، عدم سابقه دریافت بهزیستی‌درمانی و عدم استفاده همزمان از سایر روش‌های درمانی روان‌شناختی بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم همکاری، انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیشتر از دو جلسه مداخله بودند.

پژوهشگر پس از دریافت مجوزهای لازم و کد اخلاق (IR.IAU.AHVAZ.REC.1399.057) از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، به بیمارستان‌های شهر اهواز مراجعه و فهرست بیماران قلبی‌عروقی با سابقه ابتلا به بیماری کووید-۱۹ را تهیه و پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه در تماس تلفنی با ایشان، تعداد ۴۰ نفر را انتخاب و به روش تصادفی ساده با کمک قرعه‌کشی به دو گروه ۲۰ نفری آزمون و کنترل تقسیم کرد. گروه آزمون تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) مداخله بهزیستی درمانی قرار گرفت و گروه کنترل در فهرست انتظار برای آموزش قرار داده شد. بهزیستی‌درمانی توسط یک متخصص روان‌شناسی سلامت با رعایت پروتکل‌های بهداشتی، به‌صورت گروهی و با روش‌های آموزشی سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی و تمرین عملی مهارت‌ها در یکی از کلینیک‌های خدمات روان‌شناختی شهر اهواز انجام شد. محتوای مداخله بهزیستی‌درمانی بر مبنای نظریه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) توسط فلاحیان و همکاران (۱۳۹۳) طراحی شد که در جدول شماره ۱ آمده است.

برای جمع‌آوری داده‌ها، از فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، وضعیت تاهل، سن، تحصیلات و مدت بیماری، مقیاس امیدواری اشنایدر و همکاران، پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر، و مقیاس اضطراب مرگ تمپلر استفاده شد. مقیاس امیدواری با ۱۲ گویه طراحی شد که ۴ گویه آن در نمره‌گذاری لحاظ نمی‌شود. گویه‌ها در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (از امتیاز ۱ برای گزینه "کاملا غلط" تا امتیاز ۴ برای گزینه "کاملا درست") نمره‌گذاری می‌شوند و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها تعیین می‌گردد. دامنه نمرات بین ۸ تا ۳۲، و نمره بالاتر نشان‌دهنده امیدواری بیشتر است. روایی واگرای این ابزار با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۴۴- و پایایی آن با روش بازآزمایی، ۰/۸۰ گزارش شد (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). در ایران، روایی صوری این مقیاس توسط اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان بررسی و تایید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ گزارش شد (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۵).

پرسشنامه تحمل پریشانی دارای ۱۵ گویه است که گویه‌ها با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (از امتیاز ۱ برای گزینه "کاملا مخالفم" تا امتیاز ۴ برای گزینه "کاملا موافقم") نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵، و نمره بالاتر نشان‌دهنده تحمل پریشانی بیشتر است. روایی صوری و محتوایی این ابزار با نظر متخصصان تایید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ گزارش شد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در ایران، روایی صوری و محتوایی این ابزار با نظر ۱۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز تایید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۸ گزارش شد (شیرالی و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۷).

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

مقیاس اضطراب مرگ با ۱۵ سئوال طراحی شد. سئوال‌ها به‌صورت بله (نمره ۱) و خیر (نمره صفر) نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره سوال‌ها محاسبه می‌گردد، دامنه نمرات بین صفر تا ۱۵، و نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب مرگ بیشتر است. روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن با روش بازآزمایی، ۰/۸۳ گزارش شد (تمپلر، ۱۹۷۰). در ایران، روایی صوری مقیاس توسط اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی کرمان تایید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ گزارش شد (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۵). در مطالعه حاضر، روایی صوری و محتوایی ابزارها توسط ۲۰ نفر از متخصصان علوم تربیتی و روان‌شناسی تایید و پایایی با روش آلفای کرونباخ برای مقیاس امیدواری، ۰/۸۴، برای پرسشنامه تحمل پریشانی، ۰/۸۰، و برای مقیاس اضطراب مرگ، ۰/۸۵ محاسبه شد. داده‌های این پژوهش با استفاده از آزمون‌های کای‌دو، تی مستقل و تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند.

جدول شماره ۱: محتوی مداخله بهزیستی‌درمانی به تفکیک جلسات

جلسه	محتوی
اول	معارفه و آشنایی، معرفی بهزیستی روان شناختی و توضیح درباره چرایی ساخت این سازه، بررسی نظرات درباره اینکه چه چیزی باعث خوشبختی و بهزیستی روان‌شناختی می‌شود.
دوم	شناخت پذیرش خود از طریق اینکه چگونه خود را با ویژگی های مثبت و منفی بپذیریم، چگونه بتوانیم آنچه هستیم را بپذیریم و با گذشته و اشتباه‌هایمان کنار بیاییم و خودمان را دوست داشته باشیم.
سوم	آگاهی از پذیرش خود از طریق خودشناسی یعنی اینکه چگونه خود را بشناسیم، نگرش صحیح نسبت به خود پیدا کنیم و ویژگی‌های شخصیتی خود را بشناسیم.
چهارم	شناخت ارتباط مثبت با دیگران از طریق معرفی مفهوم ارتباط و انواع آن، آشنایی با مهارت‌های ارتباطی و روش‌های برقراری ارتباط موثر
پنجم	معرفی ارتباط مثبت با دیگران از طریق آموزش خوش‌بینی، امیدواری و تفکر مثبت و بررسی نقش و اهمیت خوش‌بینی و تفکر مثبت در ایجاد ارتباط مثبت با دیگران
ششم	شناخت ارتباط مثبت با دیگران از طریق آموزش اینکه هوش هیجانی چیست؟ چگونه هوش هیجانی خود را افزایش دهیم؟ و چرا افراد دارای هوش هیجانی بالا در برقراری ارتباط با دیگران موفق‌تر هستند؟
هفتم	تشریح استقلال و خودمختاری از طریق آموزش مهارت اعتمادکردن به رأی و نظر خود و آموزش مهارت جرات‌ورزی، آموزش مهارت "نه گفتن" و تقویت این مهارت‌ها
هشتم	معرفی مفهوم رشد شخصی و آموزش آن از طریق اینکه یادگیری تجارب جدید باعث ارتقای رشد شخصی می‌شود.
نهم	شناخت تسلط بر محیط از طریق آموزش چگونگی مدیریت بر زندگی و سلامت خویش، مدیریت بر شرایط و محیط، توضیح فواید مدیریت زمان و نحوه برنامه‌ریزی صحیح
دهم	آگاهی از هدفمندی در زندگی از طریق یافتن معنا، هدف و جهت‌گیری در زندگی، تشریح فواید هدفمندی در زندگی و تنظیم و اولویت‌بندی اهداف

یافته‌ها

ریزش نمونه در هیچ یک از دو گروه رخ نداد و تحلیل داده‌ها برای دو گروه ۲۰ نفری انجام شد. طبق نتایج مندرج در جدول شماره ۲ و بر اساس آزمون کای‌دو، گروه‌های آزمون و کنترل از نظر جنسیت، وضعیت تاهل، سن، و تحصیلات همگن بودند. همچنین، بر اساس آزمون تی مستقل، دو گروه از نظر میانگین مدت بیماری (برای گروه آزمون، ۱۱/۱۰ سال با انحراف معیار ۴/۶۹ و برای گروه کنترل، ۱۰/۳۵ با انحراف معیار ۴/۸۵) همگن بودند. همان طور که در جدول شماره ۳ آمده است، قبل از مداخله، گروه آزمون و

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

کنترل از نظر میانگین نمره متغیرهای امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند، اما پس از مداخله، از نظر هر سه متغیر امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه مشاهده شد.

جدول شماره ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی واحدهای مطالعه به تفکیک گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل	
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	نتیجه آزمون
جنس			
مرد	۹ (۴۵)	۷ (۳۵)	df=۱, χ^2=۰/۴۱۷, P=۰/۵۱۹
زن	۱۱ (۵۵)	۱۳ (۶۵)	
وضعیت تاهل			
مجرد	۶ (۳۰)	۴ (۲۰)	df=۱, χ^2=۰/۵۳۳, P=۰/۴۶۵
متاهل	۱۴ (۷۰)	۱۶ (۸۰)	
تحصیلات			
دیپلم	۹ (۴۵)	۸ (۴۰)	df=۲, χ^2=۰/۴۸۳, P=۰/۷۸۵
کاردانی	۵ (۲۵)	۷ (۳۵)	
کارشناسی	۶ (۳۰)	۵ (۲۵)	
سن (سال)			
۴۱-۴۵	۶ (۳۰)	۶ (۳۰)	df=۳, χ^2=۰/۲۰۲, P=۰/۹۷۷
۴۶-۵۰	۶ (۳۰)	۵ (۲۵)	
۵۱-۵۵	۴ (۲۰)	۵ (۲۵)	
۵۶-۶۰	۴ (۲۰)	۴ (۲۰)	

جدول شماره ۳: مقایسه امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ گروه‌ها بر اساس آزمون تی مستقل در بیماران قلبی‌عروقی نجات‌یافته از کرونا

		گروه آزمون	گروه کنترل	
مرحله	متغیرها	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	نتیجه آزمون
پیش‌آزمون	امیدواری	۱۳/۹۰ (۲/۷۷)	۱۳/۶۵ (۲/۶۰)	df=۳۸, t=۰/۲۹۴, P=۰/۷۷۰
	تحمل پریشانی	۲۷/۰۵ (۴/۱۰)	۲۶/۳۵ (۴/۱۸)	df=۳۸, t=۰/۵۴۰, P=۰/۵۹۳
	اضطراب مرگ	۷/۷۵ (۴/۱۲)	۷/۶۰ (۲/۲۱)	df=۳۸, t=۰/۲۱۹, P=۰/۸۲۸
پس‌آزمون	امیدواری	۱۶/۶۰ (۲/۷۲)	۱۳/۳۵ (۲/۴۳)	df=۳۸, t=۳/۹۸۰, P=۰/۰۰۱
	تحمل پریشانی	۳۱/۴۵ (۳/۸۷)	۲۶/۰۵ (۴/۰۵)	df=۳۸, t=۴/۳۱۲, P=۰/۰۰۱
	اضطراب مرگ	۵/۶۰ (۱/۳۵)	۷/۹۵ (۲/۲۶)	df=۳۸, t=-۳/۹۹۱, P=۰/۰۰۱

پیش از تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد و نتایج نشان داد که بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مفروضه نرمال‌بودن توزیع متغیرهای امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در مراحل پیش آزمون و پس‌آزمون؛ بر اساس آزمون ام-باکس مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس؛ بر اساس آزمون لوین مفروضه برابری واریانس‌ها؛ و بر اساس بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون، مفروضه برابری ضرایب رگرسیون تایید شدند. نتایج آزمون لامبدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های چندمتغیری نشان داد که بین گروه‌های آزمون و کنترل

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

حداقل از نظر یکی از متغیرهای امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ، تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد و اندازه اثر حاکی از آن است که ۹۳/۱ درصد این تغییرات ناشی از روش مداخله یعنی بهزیستی‌درمانی است (Eta=۰/۹۳۱، P≤۰/۰۰۰۱، F=۱۴۸/۸۹۳).

طبق یافته‌های مندرج در جدول شماره ۴ و بر اساس آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، بهزیستی‌درمانی باعث تغییر معنی‌دار هر سه متغیر امیدواری (P≤۰/۰۰۰۱، F=۱۱۴/۴۹۷)، تحمل پریشانی (P≤۰/۰۰۰۱، F=۱۶۵/۰۳۲)، و اضطراب مرگ (P≤۰/۰۰۰۱، F=۱۰۱/۴۰۸)، در بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به بیماری کووید-۱۹ شد. با توجه به جدول میانگین‌ها می‌توان گفت که بهزیستی‌درمانی باعث افزایش امیدواری و تحمل پریشانی و کاهش اضطراب مرگ در آنان شده است و اندازه اثر نشان می‌دهد که ۷۶/۶ درصد از تغییرات امیدواری، ۸۲/۵ درصد از تغییرات تحمل پریشانی و ۷۴/۳ درصد از تغییرات اضطراب مرگ در بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به بیماری کووید-۱۹ ناشی از مداخله بهزیستی‌درمانی است.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در بیماران قلبی‌عروقی نجات‌یافته از کرونا

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-value	اندازه اثر	توان آماری
امیدواری	پیش‌آزمون	۱۶۵/۵۶۳	۱	۱۶۵/۵۶۳	۲۱۲/۳۴۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵۸	۱/۰۰۰
	گروه	۸۹/۲۷۲	۱	۸۹/۲۷۲	۱۱۴/۴۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶۶	۱/۰۰۰
	خطا	۲۷/۲۸۹	۳۵	۰۷۸۰/				
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۵۲۲/۴۷۱	۱	۵۲۲/۴۷۱	۳۸۵/۰۷۳	۰/۰۰۱	۰/۹۱۷	۱/۰۰۰
	گروه	۲۲۳/۹۱۷	۱	۲۲۳/۹۱۷	۱۶۵/۰۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲۵	۱/۰۰۰
	خطا	۴۷/۴۸۸	۳۵	۱/۳۵۷				
اضطراب مرگ	پیش‌آزمون	۸۹/۸۰۱	۱	۸۹/۸۰۱	۱۴۷/۴۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰۸	۱/۰۰۰
	گروه	۶۱/۷۶۱	۱	۶۱/۷۶۱	۱۰۱/۴۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳	۰۱/۰۰۰
	خطا	۲۱/۳۱۶	۳۵	۰/۶۰۹				

بحث

با توجه به شیوع بالای بیماری‌های قلبی‌عروقی از یک سو و شیوع بالا و روزافزون کرونا از سوی دیگر، پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر بهزیستی‌درمانی بر امیدواری، تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به کرونا انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بهزیستی‌درمانی باعث افزایش امیدواری در بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به کرونا می‌شود. این یافته با یافته پژوهش‌های تئودورزوک و همکاران (۲۰۱۹) و پیرنیا و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای پژوهش خزایی و همکاران (۱۳۹۷) می‌توان گفت که بهزیستی‌درمانی با کاهش علایم روان‌پزشکی مثل اضطراب و افسردگی و ارتقای بهزیستی، بر افزایش رضایت از زندگی تاثیر می‌گذارد. این شیوه درمانی علاوه بر کاهش علایم روان‌پزشکی و روان‌شناختی منفی می‌تواند باعث ایجاد هیجان‌های مثبت در زندگی افراد شود. از سوی دیگر، بخش‌هایی از پروتکل بهزیستی‌درمانی شامل بیان دیدگاه‌های خود در جمع و دریافت بازخورد از اعضاء، از طریق اصلاح و بهبود الگوهای ارتباطی، و بخش خویشتن‌نگری، از طریق افزایش پاسخ‌های سنجیده‌تر، در بهبود روابط سالم و سازنده با دیگران و ابراز هیجان‌های مثبت نقش موثری دارند. با توجه به اینکه امیدواری یکی از هیجان‌های مثبت است، لذا بهزیستی‌درمانی می‌تواند از طریق فرآیندهایی که توضیح داده شد باعث افزایش امیدواری بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به کرونا شود.

یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد که بهزیستی‌درمانی باعث افزایش تحمل پریشانی در بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به کرونا می‌شود. این یافته با یافته پژوهش‌های ژو و همکاران (۲۰۱۹) و طالبی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

پژوهش ژو و همکاران (۲۰۱۹) می‌توان گفت که بهزیستی‌درمانی، دستیابی به سلامت را از طریق کاهش شکایت جسمی، استرس، پرخاشگری، اضطراب و افسردگی با کمک محتواهای پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تاکید بر مسئولیت‌پذیری جهت رشد شخصی، هدفمندی، تسلط بر محیط و استقلال فراهم می‌نماید. علاوه بر آن، بهزیستی‌درمانی با توجه به منطق و بنیان خود، با افزایش بهزیستی روان‌شناختی و توجه به احساس‌ها و هیجان‌های مثبت و ارتقای آنها در پی کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی است. در نتیجه آموزش بهزیستی با آموزش محتواهای ذکرشده از طریق بهبود رضایت از زندگی، شادکامی، خوش‌بینی، سازگاری و عاطفه مثبت و کاهش، ترس، ناامیدی و عاطفه منفی باعث افزایش پذیرش و تحمل آشفتگی‌های روان‌شناختی می‌شود، لذا این شیوه درمانی می‌تواند نقش موثری در افزایش تحمل پریشانی داشته باشد.

دیگر یافته‌های این پژوهش نشان داد که بهزیستی‌درمانی باعث کاهش اضطراب مرگ در بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به کرونا می‌شود. این یافته با یافته پژوهش‌های مهدوی و همکاران (۲۰۱۹)، ورعی و همکاران (۱۳۹۸) و پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای نظریه ریف (۱۹۸۹) و پژوهش فاوا (۲۰۱۶) می‌توان گفت که بهزیستی‌درمانی به افراد می‌آموزد تا در جهان موضعی فعال اتخاذ نمایند، زندگی خود را خودشان شکل دهند و در هر موقعیت، بهترین‌ها را ببینند. پس این شیوه درمانی باعث می‌شود که افراد محدودیت‌های ناشی از اختلال خود یا اعضای خانواده را بپذیرند، با شناخت بیشتر قابلیت‌ها و توانایی‌های خود در هر موقعیت با علم به قابلیت‌ها و توانایی‌های خود عمل کنند، با توجه به موفقیت‌های کسب‌شده تسلط بیشتری در محیط زندگی خود احساس نمایند، در مقابله با دشواری‌ها و چالش‌های روانی و در مواجهه با استرسورهای موضعی فعال داشته باشند و بهتر بتوانند شرایط استرس‌زای زندگی را مدیریت نمایند که این عوامل می‌توانند نقش مهمی در کاهش اضطراب مرگ داشته باشند. نکته حائز اهمیت دیگر بر مبنای پژوهش پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵) اینکه بهزیستی‌درمانی یکی از روش‌های درمانی نوین و موثر در رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر است که از درمان شناختی رفتاری نشأت گرفته و تاثیر آن در بسیاری از اختلال‌های خلقی از جمله اضطراب مورد تایید قرار گرفته است. با توجه به اینکه اضطراب مرگ یکی از انواع اختلال‌های اضطرابی است، پس می‌توان انتظار داشت که بهزیستی‌درمانی بتواند نقش موثری در کاهش اضطراب مرگ در بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به کرونا ایفا کند.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش شامل روش نمونه‌گیری در دسترس، محدودشدن جامعه پژوهش به بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به کرونا و عدم همکاری برخی از آنها به دلیل ترس از ابتلای مجدد به کرونا، عدم پیگیری نتایج در بلندمدت و استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها بودند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در صورت امکان از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود، پایداری نتایج در بلندمدت بررسی و از مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود. آخرین پیشنهاد، مقایسه تاثیر بهزیستی‌درمانی با روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی شامل درمان پذیرش و تعهد، شفقت درمانی، رفتار درمانی دیالکتیکی و غیره است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر حاکی از تاثیر بهزیستی‌درمانی بر افزایش امیدواری و تحمل پریشانی و کاهش اضطراب مرگ در بیماران قلبی‌عروقی پس از ابتلا به کرونا بود. بهزیستی‌درمانی از طریق رشد شش حوزه بهزیستی روان‌شناختی شامل پذیرش خود، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران می‌تواند باعث کاهش اختلال‌ها و بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی شود. بنابراین، با توجه به مشکلات فراوان بیماران قلبی‌عروقی ضروری است که برنامه‌هایی برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی آنها طراحی و اجرا شود. پیشنهاد می‌شود درمانگران و متخصصان سلامت از روش بهزیستی‌درمانی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت روان‌شناختی، به‌ویژه افزایش امیدواری و تحمل پریشانی و کاهش اضطراب مرگ استفاده کنند و به این ترتیب، گام موثری جهت بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران قلبی‌عروقی بردارند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بدین وسیله از مسئولان بیمارستان‌های شهر اهواز به دلیل همکاری با پژوهشگران و از شرکت‌کنندگان در پژوهش به دلیل مشارکت فعال در پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

منابع فارسی

امیرفخرایی، آ.، معصومی‌فرد، م.، اسماعیلی‌شاد، ب.، دشت‌بزرگی، ز.، و درویش باصری، ل. ۱۳۹۹. پیش‌بینی اضطراب کرونا ویروس بر اساس نگرانی سلامتی، سرسختی روان‌شناختی و فراهیجان مثبت در بیماران دیابتی. فصلنامه پرستاری دیابت، ۸(۲)، ۱۰۸۳-۱۰۷۲.

پیرنیا، ب.، ملکی، ف.، کاظمی، م.، و ملکان‌مهر. پ. ۱۳۹۹. اثربخشی بهزیستی‌درمانی بر شاخص بهزیستی روانی، خوش‌بینی و امید در مردان ایرانی وابسته به مت‌آمفتامین در فاز پرهیز از مصرف، یک کارآزمایی بالینی تصادفی. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۷(۵).

پیرنیا، ب.، منصور، س.، نجفی، ا.، و ریحانی، ر. ۱۳۹۵. اثربخشی بهزیستی‌درمانی بر نشانگاه اضطراب، استرس و افسردگی در مردان تحت درمان اجتماع‌محور. مجله سلامت جامعه، ۱۰(۴)، ۵۶-۴۷.

خزایی، ا.، شمسی‌پور، ح.، و دوازده امامی، م. ح. ۱۳۹۷. اثربخشی بهزیستی‌درمانی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار. مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۵(۵)، ۵۲-۴۳.

رنجبران، ر.، علی‌اکبری دهکردی، م.، صفاری‌نیا، م.، و علیپور، ا. ۱۳۹۸. تاثیر آموزش سبک‌زندگی ارتقاءدهنده سلامت بر سرزندگی، بهزیستی روان‌شناختی و فشار خون زنان مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی. نشریه پرستاری قلب و عروق، ۸(۱)، ۱۰۹-۹۸.

سلطانی، ف.، حسینی، س. ف.، و عرب، م. ۱۳۹۵. بررسی ارتباط تجارب معنوی با امید به زندگی و اضطراب مرگ در بیمارن تحت جراحی بای پس عروق کرونر. نشریه پرستاری قلب و عروق، ۵(۲)، ۱۳-۶.

شیرالی، ش.، و دشت‌بزرگی، ز. ۱۳۹۷. تاثیر گروه درمانی وجودی بر تحمل پریشانی، اضطراب وجودی، فرانگرانی و نگرانی سلامتی در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی. نشریه پرستاری قلب و عروق، ۷(۴)، ۳۳-۲۴.

طالبی، م.، نادری، ف.، بختیارپور، س.، و صفرزاده، س. ۱۳۹۹. تاثیر آموزش بهزیستی روان‌شناختی بر تحمل آشفتگی، سرگردانی ذهنی و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. نشریه آموزش پرستاری، ۹(۲)، ۳۶-۲۷.

عظیمیان، ج.، سلیمانی، م. ع.، پهلوان شریف، س.، و بنی‌هاشمی، ه. ۱۳۹۸. بررسی تاثیر برنامه مراقبت معنوی بر اضطراب مرگ بیماران قلبی: کارآزمایی بالینی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا، ۳۷(۱)، ۱۰-۱.

فلاحیان، ر.، آقایی، ا.، آتش‌پور، س. ح.، و کاظمی، آ. (۱۳۹۳). تاثیر آموزش بهزیستی روان‌شناختی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان). مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۵(۳)، ۲۴-۱۴.

نصیری زیبا، ف.، مهربانی، ف.، و حقانی، ح. ۱۳۹۸. ارتباط کیفیت زندگی و امیدواری در افراد با بیماری قلبی ایسکمیک بستری در مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران. نشریه پرستاری قلب و عروق، ۸(۱)، ۱۳۷-۱۳۰.

ورعی، پ.، مومنی، خ.، و مرادی، آ. ۱۳۹۸. مدل‌سازی معادلات ساختاری بررسی تاثیر جهت‌گیری دینی بر بهزیستی روان‌شناختی با توجه به نقش میانجی اضطراب مرگ و خودشفقت‌ورزی در سالمندان مرد شهر کرمانشاه. سالمند: مجله سالمندی ایران، ۱۴(۲)، ۱۷۷-۱۶۲.

منابع انگلیسی

Cenat JM, Dalexis, R. D., Guerrier, M., Noorishad, P., Derivois, D., Bukaka, J., & et al. 2021. Frequency and correlates of anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries: A multinational study. Journal of Psychiatric Researc, 132, 13-17.

Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. 2018. The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, 18, 1-17.

Di Castelnuovo, A., Bonaccio, M., Costanzo, S., & Gialluisi, A. 2020. Common cardiovascular risk factors and in-hospital mortality in 3,894 patients with COVID-19: survival analysis and machine learning-based findings from the multicentre Italian CORIST study. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Disease, 30(11), 1899-1913.

Doan, S. N., Son, H., & Kim, L. N. 2018. Maternal and paternal emotional contributions to children's distress tolerance: Relations to child depressive symptoms. Psychiatry Researc, 267, 215-220.

Draper, E. J., Hillen, M. A., Moors, M., Ket, J. C. F., Van Laarhoven, H. W. M., & Henselmans, I. 2019. Relationship between physicians' death anxiety and medical communication and decision-making: A systematic review. Patient Education and Counselin, 102(2), 266-274.

Earl, G. L., Harris, E. M., Dave, M., & Estriplet-Jiang, J. 2019. Implementing a health literacy module fostering patient-centered written communication in a cardiovascular prevention elective course. Currents in Pharmacy Teaching and Learnin, 11(7), 702-709.

Ellis, A. J., Salgari, G., Miklowitz, D., & Loo, S. K. 2018. Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. Psychiatry Research, 267, 210-214.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

Fava, G. A. 2016. Well-being therapy: Current indications and emerging perspectives. Psychotherapy and Psychosomatics, 85(3), 136-145.
Gallagher, M. W., Long, L. J., Richardson, A., D'Souza, J., Boswell, J. F., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. 2020. Examining hope as a transdiagnostic mechanism of change across anxiety disorders and CBT treatment protocols. Behavior Therap, 51(1), 190-202.
Gallego, A., McHugh, L., Villatte, M., & Lappalainen, R. 2020. Examining the relationship between public speaking anxiety, distress tolerance and psychological flexibility. Journal of Contextual Behavioral Scienc, 16, 128-133.
Ganatra, S., Dani, S. S. Shah, S., Asnani, A., Neilan, T. G., Lenihan, D., & et al. 2020. Management of cardiovascular disease during coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Trends in Cardiovascular Medicin, 30(6), 315-325.
Hirisave, U. 2018. Well-being therapy: Treatment manual and clinical applications. Indian Journal of Medical Research, 148(1), 120-122.
Islam, M. S., Ferdous, M. Z., & Potenza, M. N. 2020. Panic and generalized anxiety during the COVID-19 pandemic among Bangladeshi people: An online pilot survey early in the outbreak. Journal of Affective Disorder, 276, 30-37.
Mahdavi, A., Jenaabadi, H., Mosavimoghadam, S. R., & Shojaei Langari, S. S., Gholamali Lavasani, M., & Madani, Y. 2019. Relationship between mental, existential, and religious well-being and death anxiety in women with breast cancer. Archives of Breast Cancer, 6(1), 29-34.
Menzies, R. E., Zuccala, M., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. 2018. The effects of psychosocial interventions on death anxiety: A meta-analysis and systematic review of randomised controlled trials. Journal of Anxiety Disorder, 59, 64-73.
Ryff, C. D. 1989. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 57(6), 1069-1081.
Simons, J. S., & Gaher, R. M. 2005. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion, 29(2), 83-102.
Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., & et all. 1991. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. Journal of Personality and Social Psychology, 60(4), 570-585.
Templer, D. I. 1970. The construction and validation of a death anxiety scale. The Journal of General Psychology, 82(2), 165-177.
Teodorczuk, K., Guse, T., & Du Plessis, G. A. 2019. The effect of positive psychology interventions on hope and well-being of adolescents living in a child and youth care centre. British Journal of Guidance ^ Counselling, 47(2), 234-245.
Vachon, P. J. 2019. Life expectancy expert reports: Common mistakes and appropriate process. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North Americ, 30(3), 611-619.
Wood, L., Kamper, D., & Swanson, K. 2018. Spaces of hope? Youth perspectives on health and wellness in indigenous communities. Health & Plac, 50, 137-145.
Xu, Y., Wu, T., Yu, Y., & Li, M. (2019). A randomized controlled trial of well-being therapy to promote adaptation and alleviate emotional distress among medical freshmen. BMC Medical Education, 19, 1-10.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

Original Article

The effect of well-being therapy on hope, distress tolerance and death anxiety in people with cardiovascular disease after getting a coronavirus disease 2019 (COVID-19)

Shahrzad Baratpour[1], MSc
***Zahra Dasht Bozorgi[2], PhD**

Abstract

Aim. This study aimed to examine the effect of well-being therapy on hope, distress tolerance and death anxiety in people with cardiovascular disease after getting a coronavirus disease 2019 (COVID-19).

Background. Cardiovascular patients rescued from COVID-19 face go through many psychological health issues regarding hope, distress tolerance and death anxiety. Well-being therapy has been known as one of the methods based on positive psychological approach that may have a positive effect on psychological health of these patients.

Method. This study was a semi-experimental study with pretest-posttest design with control group. The statistical population was cardiovascular patients rescued from COVID-19 living in Ahvaz city, Iran, in year 2020, from which 40 people were recruited by convenience sampling method and randomly allocated two experimental and control group. The experimental group received well-being therapy for 10 sessions of 90 minutes duration (two sessions per week) and the control group was placed on the waiting list for training. Research tools were the hope scale, distress tolerance questionnaire and death anxiety scale. Data were analyzed in SPSS-19 using Chi-square test, independent t-test and multivariate analysis of covariance.

Findings. The groups did not differ significantly in terms of gender, marital status, age, education and duration of illness. Also, before intervention, there was no statistically significant difference between the groups in terms of mean scores of hope, distress tolerance and death anxiety. After intervention, statistically significant difference was found between experimental and control group in the mean scores of all three dependent variables, meaning that well-being therapy improved hope ($F=114.497$, $P\leq0.0001$) and distress tolerance ($F=165.032$, $P\leq0.0001$), and decreased death anxiety ($F=101.408$, $P\leq0.0001$) in people with cardiovascular disease after getting a COVID-19.

Conclusion. Regarding the effect of well-being therapy on improving hope and distress tolerance and decreasing death anxiety people with cardiovascular disease after getting a COVID-19, it is recommended that therapists and health professionals apply well-being therapy to improve hope and distress tolerance and decrease death anxiety in people with cardiovascular disease after getting a COVID-19.

Keywords: Well-being therapy, Hope, Distress tolerance, Death anxiety, Cardiovascular disease, COVID-19

1 Master of Science in Clinical Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
2 Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
(*Corresponding Author) email: zahradb2000@yahoo.com

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]