

October-November 2021, Volume 16, Issue 4

The Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy on Depression and Anxiety in Patients with Hypertension

Miri M^{1,2}, Vaziri Sh^{3*}, Ahi Q⁴, Shahabizadeh F⁵, Mahmoudirad A⁶

1- PhD Student Clinical Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Farhangian University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

5- Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

6- Assistant Professor, Internal Medicine Department, Birjand University Medical Science, Birjand, Iran.

Corresponding Author: Vaziri Sh, Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Email: Shahram.vaziri@gmail.com

Received: 10 May 2021

Accepted: 5 July 2021

Abstract

Introduction: Understanding the severity of depression, stress and anxiety is essential to ensure adherence to treatment and achieve appropriate treatment outcomes in patients with hypertension; therefore, the aim of this study was to determine the effectiveness of rational-emotional-behavioral therapy on depression and anxiety in patients with hypertension.

Methods: The present study was a Pseudo-experimental pretest-posttest with a control group. From the statistical population that includes all people with hypertension referred to Dr. Mahmoudi Rad clinic in the first six months of 2020 in Birjand, 24 eligible people were selected by convenience sampling method and randomly divided into two groups (12 people tested And 12 controls were placed. The experimental group participated in eight sessions of Dryden and Newman (2013) rational-emotional-behavioral therapy, but the control group was on the waiting list. Data collection tools were Beck Depression Inventory - Second Edition Beck et al. (2000) and Beck et al. (1988) Anxiety Inventory. Data were analyzed using SPSS software version 24 and analysis of variance with repeated measures between groups at the significance level of $\alpha = 0.05$.

Results: The results showed that rational-emotional-behavioral was effective in reducing depression ($p < 0.01$) and anxiety ($p < 0.01$) in patients with hypertension and these results continued in the follow-up period ($p < 0.01$).

Conclusions: Considering the effectiveness of rational-emotional-behavioral therapy, the results of this study can be used for psychiatric nursing processes as well as prevention of psychological problems in patients with hypertension for health system managers, for proper treatment planning, promotion of mental health services and related policies. It should be used in the community and they should pay more attention to non-drug therapies.

Keywords: Depression, Anxiety, Hypertension.

تأثیر درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا

مینو میری^۱، شهرام وزیری^۳، قاسم آهی^۴، فاطمه شهبابی زاده^۵، علیرضا محمودی راد^۶

- ۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
- ۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.
- ۳- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
- ۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
- ۵- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
- ۶- استادیار، گروه گروه پزشکی داخلی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

نویسنده مسئول: شهرام وزیری، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
ایمیل: Shahram.vaziri@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۲/۲۰

چکیده

مقدمه: درک شدت افسردگی، استرس و اضطراب جهت اطمینان از پایبندی به درمان و دستیابی به نتایج درمانی مناسب در بیماران مبتلا به فشارخون ضروری است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به فشارخون بالا بود.

روش کار: پژوهش حاضر شبه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. از جامعه آماری که شامل تمامی افراد مبتلابه فشارخون بالا مراجعه‌کننده به کلینیک دکتر محمودی در شش ماه اول سال ۱۳۹۹ در شهر بیرجند، تعداد ۲۴ نفر از افراد واجد شرایط، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه (۱۲ نفر آزمایش و ۱۲ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش در هشت جلسه درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری درآیدن و نیومن (۲۰۱۳) شرکت کردند، اما گروه گواه در لیست انتظار قرار داشتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (۲۰۰۰) و اضطراب بک و همکاران (۱۹۸۸) بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی در سطح معناداری $\alpha=0/05$ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری در کاهش افسردگی ($p<0/01$) و اضطراب ($p<0/01$) بیماران مبتلا به فشارخون بالا مؤثر بود و این نتایج در دوره پیگیری نیز تداوم داشت ($p<0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری، نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند جهت فرآیندهای روان پرستاری و همچنین پیشگیری از مشکلات روانی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا برای مدیران نظام سلامت، جهت برنامه‌ریزی مناسب درمانی، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن در جامعه کاربرد داشته باشد و توجه بیشتری به درمان‌های غیر دارویی نمایند.

کلیدواژه‌ها: درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری، افسردگی، اضطراب، فشارخون بالا.

در یک شخص گفته می‌شود و این بالا رفتن ممکن است طی مرحله سیستمیک یا در مرحله دیاستولیک (معمولاً فشارخون سیستمیک ۱۳۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر یا فشارخون دیاستولیک ۸۰ میلی‌متر جیوه و بالاتر به‌طور مداوم، به فشارخون بالا دلالت دارد) رخ دهد (۳). شواهد نشان‌دهنده شیوع نسبتاً بالای این بیماری در ایران و جهان می‌باشند، بر اساس آمارها بیش از یک میلیارد

مقدمه

فشارخون بالا یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی در تمام کشورها بوده است (۱). که با عنوان «قاتل خاموش» سومین علت مرگ و میر در جهان و تقریباً ۱۳ درصد از آمار مرگ و میر جهانی را به خود اختصاص داده هست (۲). فشارخون بالا به افزایش متناوب یا مداوم فشارخون

به خود آسیب می‌زنند و روان درمانگر با شناسایی آن‌ها می‌تواند جهت کاهش آسیب کمک کند، همچنین به افراد کمک می‌کند تا زندگی خود را تنظیم و مدیریت کنند تا به یک حس کنترل مفید در زندگی دست یابند (۱۹). ایس بیان می‌کند که رویدادها و اتفاقات پیرامون افراد (A) نیستند که به طور مستقیم احساسات و رفتار را ایجاد می‌کنند، بلکه اعتقادات شخص (B) در مورد وقایع منجر به واکنش عاطفی و رفتاری است. در این چارچوب ABC گیرندگان درمان عقلانی عاطفی و رفتاری تشویق می‌شوند که واقعه خارج (A) که باعث احساس اضطراب ناکارآمد آن‌ها می‌شود (C) در واقع عقاید غیرمنطقی آن‌ها (B) است، بنابراین باورهای غیرمنطقی به صورت هدفمند مورد چالش قرار گرفته و با افکار منطقی جایگزین می‌شوند (۲۰). درباره اثربخشی درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری به نظر می‌رسد پژوهش بر روی جامعه بیماران مبتلا به فشارخون بالا نادیده گرفته شده است اما در سایر گروه‌های پژوهش‌های زیادی درباره اثربخشی رویکرد درمانی عقلانی عاطفی و رفتاری بر متغیرهای مختلف صورت گرفته است. به‌طور مثال پژوهش‌ها از اثربخشی درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر کاهش اضطراب مرگ سالمندان (۲۱)، در کاهش استرس بیماران مبتلا به دیابت (۲۲)، در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی دانشجویان (۲۳)، در کاهش علائم اختلال افسرده‌خویی در زنان (۲۵)، بر کاهش غمگینی و افسردگی دختران جوان والدین طلاق (۲۶) حکایت دارند.

میزان شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران گروه‌های مختلف متفاوت است و این میزان به شیوه‌های مختلف بر ابعاد بیماری و روند درمان آن‌ها اثرگذار است (۲۷). که این خود اهمیت بررسی اضطراب و افسردگی در جامعه بیماران مختلف از جمله بیماران مبتلا به فشارخون بالا را می‌رساند، در همین راستا درک شدت افسردگی، استرس و اضطراب جهت اطمینان از پایبندی به درمان و دستیابی به نتایج درمانی مناسب در بیماران مبتلا به فشارخون ضروری است (۲۸). از سویی درمان‌های روانشناختی به همراه درمان‌های دارویی در جهت کاهش اضطراب و افسردگی دارای اهمیت می‌باشند، همچنین پیشینه تحقیقات مختلف حاکی از این است که مداخلات رفتاری - شناختی بالأخص شیوه عقلانی - عاطفی - رفتاری ایس می‌تواند به تغییرات معناداری در وضعیت روانشناختی افراد مختلف منجر شود و نوآوری مطالعه حاضر در این هست که این شیوه درمان در ایران و به‌طور کلی در بیماران مزمن از جمله مبتلایان به

و ۱۳۰ میلیون نفر در دنیا به فشارخون بالا مبتلا هستند (۴)؛ و بر اساس مطالعات ارائه‌شده، شیوع فشارخون در ایران حدوداً ۱۸٪ هست (۵). پرفشاری خون با بیماری‌هایی مثل سکته‌های قلبی، سکته‌های مغزی، نارسایی احتقانی قلب، بیماری‌های عروق محیطی و عروق کرونر قلب ارتباط دارد (۶)؛ و در صورت درمان نشدن فشارخون، ۵۰ درصد از بیماران در اثر بیماری‌های عروق کرونر قلب، ۳۳ درصد در اثر سکته‌های مغزی و ۱۰ تا ۱۵ درصد در اثر نارسایی کلیه فوت خواهند کرد (۷).

عوامل ژنتیکی، محیطی، روانی و اجتماعی در ایجاد فشارخون بالا نقش بسزایی دارند، اما اغلب علت واقعی فشارخون مشخص نیست (۸). علائم روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب از جمله همراهان شایع فشارخون بالا هستند که سبب تشدید و طولانی شدن بیماری و تأخیر در بهبود آن می‌گردند (۹). در همین راستا نتایج مطالعه خیرآبادی و همکاران نشان داد بین مدت‌زمان بیماری و شدت افسردگی مبتلایان به فشارخون رابطه معنی‌دار مستقیم وجود داشت (۱۰). همچنین پژوهش فرامرزی نیا و بشارت نشان داد که بین اضطراب و فشارخون مزمن در تمام شاخص‌های احساسی، شناختی، رفتاری و بدنی رابطه معنی‌داری وجود داشت (۱۱). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد دارای فشارخون بالا، بیشتر دچار افسردگی می‌شوند (۱۲-۱۳). همچنین ایوا و همکاران نشان دادند که افسردگی و اضطراب در بیش از ۵۰ درصد از بیماران با فشارخون بالا دیده می‌شود (۱۴). این یافته‌ها نشان‌دهنده آن است که احتمالاً دو عامل اضطراب و افسردگی در فرد مبتلا به فشارخون، به‌صورت یک سیکل معیوب عمل کرده، هرکدام به‌طور پیوسته موجب تشدید دیگری شده که خود باعث ناتوانی بیشتر فرد مبتلا به فشارخون خواهد شد (۱۰). با توجه به شیوع نسبتاً بالای اضطراب و افسردگی در بین مبتلایان به فشارخون، طی سال‌های اخیر روش‌های دارویی و غیر دارویی متعددی برای مقابله با این مشکلات معرفی شده‌اند که از اثربخشی نسبتاً بالایی برخوردارند (۱۵-۱۶). مداخلات غیر دارویی در کنار درمان‌های پزشکی، مخصوصاً در مورد افرادی که علائم و نشانه‌ها در اثر عوامل هیجانی و روانشناختی شروع و یا تشدید می‌شوند، مؤثر واقع می‌شوند (۱۷). یکی از مداخلات غیر دارویی، درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری هست. درمان عقلانی عاطفی و رفتاری یک نوع روان‌درمانی شناختی - رفتاری است که توسط آلبرت ایس ابداع شده است (۱۸). این نظریه مبتنی بر این مفهوم است که افراد در درجه اول با افکار غیرمنطقی

که آزمودنی داری نمره ۰ تا ۱۳ سالم با داری افسردگی جزئی (تقریباً غیر افسرده) و آزمودنی ۱۴ تا ۶۳ مبتلا به افسردگی خفیف تا شدید تلقی می‌شود. بک و همکاران، روایی سازه آن را تأیید و ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (۳۰). همچنین دابسون و محمدخانی، روایی سازه و تحلیل عاملی آن را تأیید و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی، ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب باز آزمایی به فاصله‌ی یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند (۳۱). پایایی به روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory (BAI): این پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ سؤالی توسط بک و همکارانش در ۱۹۸۸ طراحی گردید است که به‌طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات در دامنه ۹ تا ۶۳ قرار می‌گیرند که نمره ۰ تا ۷ هیچ یا کمترین اضطراب، نمره ۸ تا ۱۵ اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید را نشان می‌دهد؛ و نمرات بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر است. بک و همکاران روایی محتوایی این آزمون را مطلوب و پایایی به روش ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲ گزارش کردند. همچنین پایایی آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ گزارش شد (۳۲). در ایران مطالعه کویانی و موسوی نشان داد که آزمون موردنظر دارای روایی (۰/۷۲=α)، پایایی (۰/۸۳=α) و ثبات درونی (۰/۹۲=α) مناسبی است (۳۳). پایایی به روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

روند انجام پژوهش بدین گونه بود که پس از گرفتن مجوزهای لازم (کد اخلاق به شماره IR.BUMS. REC.1398.362 از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند) با همکاری کلینیک دکتر محمودی راد در شهر بیرجند، از بیماران مبتلا به فشارخون بالا بر اساس پرونده پزشکی به‌صورت فراخوان (تماس تلفنی با افراد)، دعوت به شرکت در یک جلسه توجیهی شد. در این جلسه در مورد بیماری فشارخون بالا، طرح کلی پژوهش حاضر، اهداف و مدت‌زمان آن، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی افراد، حق خروج از پژوهش در هر زمانی که می‌خواهند و زمان و مکان

فشارخون کمتر مورد توجه قرار گرفته است، از این رو در این زمینه خلأ پژوهشی احساس می‌شود، لذا هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به فشارخون بالا بود؛ بنابراین به دنبال بررسی فرضیه زیر می‌باشد، درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به فشارخون اثربخش هست.

روش کار

روش پژوهش حاضر، شبه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه به همراه دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به فشارخون بالا در شش ماه نخست سال ۱۳۹۹ در شهر بیرجند بودند که جهت درمان به کلینیک دکتر محمودی راد مراجعه کرده بودند، از آنجایی که متخصصان برای طرح‌های تجربی حجم نمونه ۴ تا ۱۲ نفر را پیشنهاد داده و آن را کافی می‌دانند (۲۹)، از افراد واجد شرایط ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه (۱۲ نفر آزمایش و ۱۲ نفر گروه گواه) جای‌داده شدند، ملاک‌های ورود شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه‌ها، ابتلا به فشارخون بالا بر اساس نظر متخصص داخلی و پرونده پزشکی، رضایت آگاهانه درباره شرکت در پژوهش، نداشتن اختلال روانشناختی (بر اساس بررسی پرونده پزشکی)، دریافت نکردن درمان روانشناختی دیگر (خود اظهاری شرکت‌کننده) بودند؛ و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در درمان، عدم تمایل به ادامه درمان و عدم تکمیل پرسش‌نامه بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های زیر بودند:

پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (Beck depression inventory second edition (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم، یک ویرایش از پرسشنامه افسردگی یک شاخص خود-گزارشی برای اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیر بالینی است که توسط بک، استیر و براون در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است. این آزمون یک ابزار غربالگری ۲۱ سؤالی است که قابلیت اجرا به صورت گروهی و فردی را داراست. هر سؤال دارای ۴ گزینه است که بر مبنای صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود که نمره کل از جمع نمرات سؤالات به دست می‌آید، لذا حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل آن صفر است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. در این آزمون نقطه برش ۱۳ هست به این معنی

مینو میری و همکاران

گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ی در ۴ هفته و در طول یک ماه در محل سالن کنفرانس دانشگاه فرهنگیان پردیس امام سجاد بیرجند برگزار شد. پس از خاتمه جلسات درمانی، پرسشنامه‌های ذکر شده به عنوان پس‌آزمون مجدداً در هر دو گروه اجرا شد. دوره پیگیری دو ماه بعد از پایان جلسات آموزشی و پس از آزمون توسط محقق در طی یک فراخوان عمومی از ۲۴ بیماری برگزار شد. پس از پایان دوره پیگیری، به منظور رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه‌ی درمانی هم برای گروه گواه در مدت یک هفته برگزار شد. روش درمانی به کار گرفته شده در این طرح پژوهشی بر مبنای پروتکل درمانی طراحی شده مبتنی بر درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری درآیدن و نیومن (۳۴) توسط محقق برگزار شد. خلاصه جلسات درمانی مطابق (جدول

تشکیل جلسات توضیح داده شد. سپس افرادی که واجد شرایط و تمایل به شرکت در این طرح را داشتند، تعداد ۲۴ نفر انتخاب شدند. سپس این افراد به صورت تصادفی در دو گروه مساوی آزمایش و گواه تقسیم شدند؛ روش تخصیص تصادفی بدین صورت بود که نمونه‌ها به صورت تصادفی از طریق برداشتن گوی زوج و یا فرد داخل کیسه به دو گروه ۱۲ نفره تقسیم شدند، به این شیوه که اگر نمونه گوی زوج را بردارد در گروه آزمایش و اگر گوی فرد را بردارد در گروه گواه قرار داده می‌شود. و هر دو گروه فرم رضایت آگاهانه مبتنی بر داوطلبانه بودن شرکت در جلسات و همچنین پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم و اضطراب بک را به‌عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس جلسات درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری به صورت گروهی برای (۱) بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری

جلسه	هدف	محتوی	تکلیف
۱	معارفه رهبر گروه و افراد به همدیگر، ایجاد انگیزه و معرفی روش درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری	توضیح اهداف و تعداد جلسات، توضیح درباره اهداف و مقررات توسط رهبر گروه ایجاد انگیزه، معرفی روش مشاوره رازداری، تعهد نظم و حضور در جلسه، آموزش اساس روش این رویکرد که شامل اتفاقی - گروهی با رویکرد عقلانی عاطفی و افکار احساس و رفتار است	نوشتن مسائل عمده و مهم زندگی و مشخص رفتاری نمودن اتفاقات مهم و بحث درباره آن‌ها در جلسه بعدی و پیش‌آزمون
۲	آشنایی بیشتر اعضا با رویکرد عقلانی - عاطفی و رفتاری، آموزش مدل (A-B-C) تکمیل جدول فکر، عمل، احساس	بررسی تکلیف جلسه قبلی و بیان مشکلات اعضا راجع به مشکلات بیماران فشارخون بالا، ایجاد انگیزه برای مشاوره و درمان	فکر کردن و نوشتن ده مورد از بدترین حوادث زندگی با استفاده از روش A-B-C
۳	آموزش روانشناختی، معرفی باورهای غیرمنطقی، بایدها و نبایدها	بررسی تکلیف جلسه قبل، بیان نمونه‌هایی از بایدها و نبایدها در موقعیت‌های مختلف زندگی و بحث گروهی در زمینه چگونگی تأثیر باورها در واکنش‌های افراد و بحث اعضای گروه باهم در مورد اینکه شیوه اندیشیدن آن‌ها باعث واکنش آن‌ها در برابر حوادث می‌شود	ذکر نمونه‌هایی بایدونبایدها از حوادث زندگی
۴	بازسازی شناختی با جایگزینی افکار منطقی به‌جای افکار غیرمنطقی، روش‌های تغییر شناختی	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی نمونه‌هایی از افکار غیرمنطقی و تأثیر آن بر روابط بین فردی، تمرین شناسایی افکار غیرمنطقی و بحث گروهی درباره آن،	کاربرد بازسازی شناختی و پیدا کردن افکار جایگزین و تأثیر آن در موفقیت‌های روزمره
۵	آموزش روان‌شناختی: آموزش روش حل مسئله (تعریف مسئله، ارائه راه‌حل جایگزین، تصمیم‌گیری و اجرای)	بحث گروهی درباره اضطراب و افسردگی، بیان یک مشکل، تعریف دقیق آن، بارش فکری راه‌حل‌های ممکن، بررسی راه‌حل‌ها	استفاده از روش حل مسئله برای یکی از مشکلات روزمره و ارائه گزارش در جلسه بعدی
۶	تعیین پیشایندها و پیامدهای رفتارهای ناکارآمد، یافتن رفتارهای جایگزین، الگودهی و تمرین	بررسی تکلیف جلسه قبل، بحث گروهی یافتن راه‌های حل مسئله و یافتن رفتارهای جایگزین.	آزمودن الگوهای رفتاری مناسب و مهارت‌های اجتماعی در موقعیت‌های واقعی
۷	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در برابر موانع رفتار مؤثر و افکار غیرمنطقی	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی الگوهای رفتاری و نقاط قوت و ضعف رفتارها، بررسی موانع ایجاد رفتار مؤثر و کارآمد	بررسی و نوشتن موارد و نکاتی که در طول همه جلسات تا جلسه بعد مهم و بارز بوده و اثرگذار بوده است
۸	جمع‌بندی و ارزیابی	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه بازخورد، جمع‌بندی و توضیح مختصر راجع به کل جلسات، بیان احساسات اعضا، تقدیر و تشکر	پس‌آزمون

یافته‌ها

نتایج نشان داد که در گروه آزمایش ۷ نفر زن (۵۸/۳ درصد) و ۵ نفر مرد (۴۱/۷ درصد)، اما در گروه گواه ۸ زن (۶۶/۶۶ درصد) و ۴ نفر مرد (۳۳/۳۳ درصد) بودند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۴۰ تا ۷۰ سال با میانگین و انحراف معیار $۵۵/۶۶ \pm ۹/۰۵$ بود. از مجموع افراد شرکت‌کننده ۹ نفر (۳۷/۵ درصد) شغل دولتی، ۱۰ نفر (۴۱/۶۶ درصد) آزاد و ۵ نفر (۲۰/۸۴ درصد) بازنشسته بودند. در (جدول ۲). یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی و اضطراب در گروه‌های پژوهش

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گواه	افسردگی	۲۰.۱۴	۶.۸۹۳	۲۰.۲۹	۴.۴۹۷	۵.۶۲۲
	اضطراب	۱۷.۴۳	۲.۵۳۳	۱۷.۷۱	۶.۰۴۴	۶.۰۳۷
درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری	افسردگی	۱۷	۳.۵۵۲	۱۱	۱.۴۶۸	۱.۷۹۱
	اضطراب	۱۶.۵۷	۲.۵۳۳	۸	۲.۶۶۰	۲.۶۴۴

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 به طور 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 آزمون ماچلی برای همه متغیرهای پژوهش برقرار بود ($p > ۰/۰۵$). نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در متغیرهای افسردگی و اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری در (جدول ۳). گزارش شده است.

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است و دارای کد اخلاق به شماره IR.BUMS.REC.1398.362 از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند هست. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی در سطح معناداری $\alpha = ۰/۰۵$ استفاده شد.

بر اساس نتایج (جدول ۲). نمرات میانگین نمرات متغیرهای افسردگی و اضطراب در گروه درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری نسبت به گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش 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 مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین به منظور بررسی

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای افسردگی و اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
افسردگی	مراحل	۱۲۰.۶۶۷	۲	۶۰.۳۳۳	۱۵.۳۷۹	۰.۰۰۱	۰.۳۷۲
	گروه‌ها	۱۱۲۹.۳۳۳	۱	۱۱۲۹.۳۳۳	۲۲.۲۲۵	۰.۰۰۱	۰.۴۶۱
	مراحل * گروه	۱۸۴.۶۶۷	۲	۹۲.۳۳۳	۲۳.۵۳۶	۰.۰۰۱	۰.۴۷۵
اضطراب	مراحل	۲۹۵.۱۴۳	۲	۱۴۷.۵۷۱	۱۱.۳۶۱	۰.۰۰۱	۰.۳۰۴
	گروه‌ها	۷۹۲.۴۲۹	۱	۷۹۲.۴۲۹	۳۳.۰۷۸	۰.۰۰۱	۰.۵۶۰
	مراحل * گروه	۳۰۵.۴۲۹	۲	۱۵۲.۷۱۴	۱۱.۷۵۷	۰.۰۰۱	۰.۳۱۱

مینو میری و همکاران

پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری در کاهش اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی‌دار است؛ بنابراین نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در (جدول ۴). گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۳. تفاوت بین نمرات متغیرهای افسردگی ($P < 0/01$) و متغیر اضطراب ($P < 0/01$) در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است. همچنین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار به دست آمده است ($P < 0/01$). نتایج نشان می‌دهد که به ترتیب نزدیک به ۴۷/۵ و ۳۱/۱ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیرهای افسردگی و اضطراب به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی‌دار است ($P < 0/01$)؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری و گواه در سه مرحله پژوهش در متغیرهای افسردگی و اضطراب

گروه	متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
گواه	افسردگی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۰.۱۴۳	۰.۸۸۶	۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	-۱.۵۷۱	۰.۷۵۸	۰.۱۴۵
		پس‌آزمون - پیگیری	-۱.۴۲۹	۰.۵۶۷	۰.۰۵۵
	اضطراب	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۰.۲۸۶	۱.۴۹۲	۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	۰.۲۸۶	۱.۵۴۲	۱
		پس‌آزمون - پیگیری	۰.۵۷۱	۰.۹۸۱	۱
درمان عقلانی عاطفی ایس	افسردگی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۶	۰.۸۸۶	۰.۰۰۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	۴.۸۵۷	۰.۷۵۸	۰.۰۰۱
		پس‌آزمون - پیگیری	-۱.۱۴۳	۰.۵۶۷	۰.۱۶۳
	اضطراب	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۸.۵۷۱	۱.۴۹۲	۰.۰۰۱
		پیش‌آزمون - پیگیری	۷.۲۸۶	۱.۵۴۲	۰.۰۰۱
		پس‌آزمون - پیگیری	-۱.۲۸۶	۰.۹۸۱	۰.۶۰۴

بنابراین می‌توان گفت که درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری موجب کاهش اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا شد. همچنین نتایج دوره پیگیری در گروه آزمایش نشان داد تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار بود، اما در گروه تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نبود. در زمینه نتیجه به دست آمده با نتایج مطالعات پیشین در جامعه بیماران مبتلابه فشارخون بالا، پژوهشی به طور مستقیم انجام نشده است، اما با مطالعات تقریباً مشابه و نزدیک در این زمینه که بر روی دیگر جوامع انجام شده است، همسو است، به طور مثال پژوهش مردی و همکاران، نشان داد که درمان عقلانی - عاطفی و رفتاری در کاهش اضطراب مرگ سالمندان اثربخش بود (۲۱). یافته‌های پژوهش زهراکار، حاکی از وجود تفاوت معنادار بین میانگین گروه آزمایش و کنترل در تمام نشانگان استرس شامل جسمانی، هیجانی، شناختی

نتایج (جدول ۴). نشان می‌دهد که تفاوت مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری معنی‌دار به دست آمده است ($p < 0/01$) اما در گروه گواه تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($p > 0/05$).

بحث

هدف مطالعه حاضر تعیین تاثیر درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلابه فشارخون بالا بود. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه در میزان اضطراب مبتلایان به فشارخون بالا تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها نشان داد که میانگین گروه آزمایش در اضطراب کمتر از میانگین گروه گواه بود؛

شرایط نامطلوب نیست که باعث واکنش عاطفی و رفتاری می‌شود بلکه این اعتقادات مربوط به شرایط است که منجر به احساسات و رفتار می‌شود به این ترتیب، اینکه تا چه اندازه یک فرد با نمایش احساس‌ها و رفتارهای تطبیقی قادر به مقابله با مشکلات است، به نقش میانجی اعتقادات غیرمنطقی و عقلانی بستگی دارد (۳۸). همچنین بر اساس نظریه ایس، افراد افسرده تحت تأثیر تفکر مطلق‌گرایی هستند که در آن فرد تحت تأثیر بایدها و نبایدها قرار می‌گیرد و انتظاراتی را برای خود می‌سازد که به‌سختی می‌تواند به آن‌ها دست یابد و بدین ترتیب دچار خلق افسرده می‌شود، لذا در درمان عقلانی - هیجانی، این بایدها و نبایدها مورد چالش قرار گرفته و حذف می‌شود و فرد انتظارات دست یافتنی و منطقی‌تری از خود و دیگران پیدا کرده و سپس احساس درونی مثبتی خواهد داشت (۳۹). علاوه بر این می‌توان گفت روان درمانی عقلانی - هیجانی بر این پیش فرض استوار است که انسان معمولاً از طریق کسب افکار، فلسفه با باورهای غیرمنطقی آشفته می‌گردد و از طرفی، وقتی باورهای نامعقول از طریق درمان عقلانی - هیجانی به باورهای معقول و منطقی تبدیل می‌شوند ناراحتی و غمگینی افراد، به طور معنی‌داری کم شده و خوش‌بینی و امیدواری افزایش می‌یابد (۴۰).

نتیجه‌گیری

با توجه به اثربخشی درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری، نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند جهت فرآیندهای روان پرستاری و همچنین پیشگیری از مشکلات روانی در بیماران مبتلابه فشارخون بالا برای مدیران نظام سلامت، جهت برنامه‌ریزی مناسب درمانی، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن در جامعه کاربرد داشته باشد و توجه بیشتری به درمان‌های غیر دارویی نمایند. این پژوهش با محدودیت‌هایی از جمله خود گزارشی بودن ابزار پژوهش، عدم امکان انتخاب شرکت‌کنندگان بیشتر جهت تعمیم بیشتر و بهتر نتایج بر جامعه مورد پژوهش همراه بود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهشی در دامنه گسترده‌تر و در جامعه آماری بزرگ‌تر انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد که اثربخشی درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری در سایر مسائل و مشکلات روانی بیماران مبتلابه فشارخون بالا بررسی شود و به مقایسه روش مداخله پژوهش حاضر با سایر روش‌های مداخله‌ای در بیماران مبتلابه فشارخون بالا صورت گیرد.

و رفتاری بیماران مبتلابه دیابت بود (۲۲). همچنین مهدی یار و همکاران، در مطالعه خود دریافتند که درمان عقلانی - عاطفی در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی دانشجویان تأثیر معناداری داشت (۲۳). در تبیین نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان گفت که ایس اضطراب و اختلالات عاطفی را نتیجه طرز تفکر غیرعقلانی می‌داند، به نظر او افکار و عواطف کش‌های متفاوت و جداگانه‌ای نیستند، از این رو تا زمانی که تفکر غیرعقلانی ادامه دارد اختلالات عاطفی نیز به قوت خود باقی خواهند بود، در واقع اتفاقات و وقایع آسیب‌زا نیستند که باعث اضطراب می‌شود بلکه دیدگاه‌ها و باورهای افراد از رویدادها و اتفاقات است که منجر به تنش و اضطراب می‌شود و زندگی را با مشکل مواجه می‌سازد (۲۵)، از نظر ایس تفکر منطقی منجر به فعالیت بیشتر در زندگی می‌شود، فرد از پایگاه روشنی به حوادث می‌نگرد و به فرد امید، شهادت و توان عمل می‌دهد (۳۶). کرومب، بیان می‌کند که این روش درمانی از شناخت و رفتار نشأت می‌گیرد، تمرینات این روش درمانی مراجع را به تفکر، قضاوت، تصمیم‌گیری، تجزیه و تحلیل و عمل در درمان ترغیب می‌کند و از فنون متنوعی مانند چالش باورهای بنیادی، وظایف رفتاری، آموزش روانی و تمرینات تصویری برای ایجاد تغییرات مثبت استفاده می‌کند (۳۷).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه در میزان افسردگی مبتلایان به فشارخون بالا تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها نشان داد که میانگین گروه آزمایش در افسردگی کمتر از میانگین گروه گواه بود؛ بنابراین می‌توان گفت که درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری موجب کاهش افسردگی بیماران مبتلابه فشارخون بالا شد. همچنین نتایج دوره پیگیری در گروه آزمایش نشان داد تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار بود، اما در گروه تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نبود. مطالعات پیشین از اثربخشی درمان عقلانی - عاطفی و رفتاری در درمان اختلال افسردگی حمایت می‌کنند، به عنوان مثال مطالعه رضایی نشان داد که درمان عقلانی - عاطفی - رفتاری در کاهش افسردگی بیماران مالتیپل اسکلروزیس و ماندگاری این نتیجه پس از سه ماه بود (۲۴). پژوهش اسدیان و همکاران نشان داد که درمان عقلانی - هیجانی بر کاهش علائم افسرده‌خویی زنان، تأثیر معنی‌داری داشت (۲۵). در تبیین نتیجه فوق‌تر و دیویس، بیان کرده‌اند که دیدگاه عقلانی - عاطفی و رفتاری، در پاسخ به مشکلات تنها

که با حضور خود در این پژوهش ما را یاری کردند، سپاسگزاری به عمل می‌آید.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافع بین نویسندگان وجود نداشته است.

References

1. Park JB, Kario K, Wang JG. Systolic hypertension: an increasing clinical challenge in Asia. *Hypertens Res* 2015; 38(4):227-236. <https://doi.org/10.1038/hr.2014.169>
2. Bairami S, Fathi Y, Mohammadinasab S, Barati M, Mohammadi Y. Relationship between self-care behaviors and quality of life among hypertensive patients visiting comprehensive health centers in Hamadan, Iran. *J Educ Community Health*. 2017; 4(1):20-27. [Persian]. <https://doi.org/10.21859/jech.4.1.20>
3. Stergiou GS, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *Journal of Hypertension*. 2021; 39:1-10. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002843>
4. Li D, Zeng X, Huang Y, Lei H, Li G, Zhang N, et al. Increased risk of hypertension in young adults in Southwest China: impact of the 2017 ACC/AHA high blood pressure guideline. *Current hypertension reports*. 2019; 21(3):1-9. <https://doi.org/10.1007/s11906-019-0926-y>
5. Doust Mohammadi S, Norouzi K, Dalvandi A, Norouzi M. The Level of Illness Perception and its Relationship with Adherence to the Medical Regimen in the Elderly with Hypertension. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2018; 4(3):40-46. [Persian].
6. Perez V, Chang ET. Sodium-to-potassium ratio and blood pressure, hypertension, and related factors. *Advances in nutrition*. 2014; 5(6):712-741. <https://doi.org/10.3945/an.114.006783>
7. Bakhtiari A, Neshatdoost H, Abedi A, Sadeghi M. Effectiveness of Group Therapy Based on Detached Mindfulness Meta-cognitive Model on Hypertension-suffering Female Patients with Hypertension and Anxiety. *Clinical Psychology and Personality*. 2013; 11(1):47-62. [Persian].
8. Tarkhan M, Safarinia M, Khoshshima P.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله در رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند هست و دارای کد اخلاق به شماره IR.BUMS.REC.1398.362 از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند هست. و با هزینه شخصی نویسنده اول انجام شده است. بدین وسیله از تمامی افرادی

- Effectiveness of Group Stress Inoculation Training on the Systolic and Diastolic Blood Pressure and Life Quality of Hypertension in women *Quarterly journal of health psychology*. 2012; 1(1):42-53. [Persian].
9. Salesi M, Shakoor E, pooranfar S, Koushkie Jahromi M, roozbeh J. The Effect of a selected exercise on, stress, anxiety and depression. *Pars of Jahrom University of Medical Sciences*. 2014; 12(3):38-46. [Persian]. <https://doi.org/10.29252/jmj.12.3.38>
 10. Kheirabadi G, Bagherian-Sararoudi R, Masaeli N, Zonary R. A comparative study on magnitude of depression in patients with hypertension and non-hypertensive controls. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2012; 9(5):124-130. [Persian].
 11. Faramarzinia E, Besharat MA. Study the relationship of anxiety and anger with chronic hypertension. *Medical Sciences Journal*. 2010; 20(2):136-141. [Persian].
 12. Grewen KM, Girdler SS, Hinderliter A, Light KC. Depressive symptoms are related to higher ambulatory blood pressure in people with a family history of hypertension. *Psychosomatic medicine*. 2004; 66(1):9-16. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000106881.60228.16>
 13. Bosworth HB, Bartash RM, Olsen MK, Steffens DC. The association of psychosocial factors and depression with hypertension among older adults. *International journal of geriatric psychiatry*. 2003; 18(12):1142-1148. <https://doi.org/10.1002/gps.1026>
 14. IuA V, Nesterova E, Dovzhenko T, Kozina A, Sadulaeva I, Tarasova K. Modern antidepressants in complex management of patients with hypertension and concomitant affective disorders. *Kardiologiya*. 2004; 44(8):72-79.
 15. Rossi N, Caldari R, Costa FV, Ambrosioni E. Autogenic training in mild essential hypertension: A placebo-controlled study. *Stress medicine*. 1989; 5(1):63-68.

- <https://doi.org/10.1002/smi.2460050111>
16. Blom K, Baker B, How M, Dai M, Irvine J, Abbey S, et al. Hypertension analysis of stress reduction using mindfulness meditation and yoga: results from the harmony randomized controlled trial. *American journal of hypertension*. 2014; 27(1):122-129. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpt134>
 17. Van Jaarsveld C, Sanderman R, Ranchor A, Ormel J, van Veldhuisen DJ, and Kempen G. Gender-specific changes in quality of life following cardiovascular disease: a prospective study. *Journal of clinical epidemiology*. 2002; 55(11):1105-1112. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(02\)00506-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(02)00506-1)
 18. Rosner R. Albert Ellis' rational-emotive behavior therapy. *Adolescent Psychiatry*. 2011; 1(1):82-87. <https://doi.org/10.2174/2210676611101010082>
 19. Onyechi KCN, Onuigbo LN, Eseadi C, Ikechukwu-Ilomuanya AB, Nwaubani OO, Umoke PC, et al. Effects of rational-emotive hospice care therapy on problematic assumptions, death anxiety, and psychological distress in a sample of cancer patients and their family caregivers in Nigeria. *International journal of environmental research and public health*. 2016; 13(9):929-941. <https://doi.org/10.3390/ijerph13090929>
 20. Turner MJ, Davis HS. Exploring the effects of rational emotive behavior therapy on the irrational beliefs and self-determined motivation of triathletes. *Journal of Applied Sport Psychology*. 2019; 31(3):253-72. <https://doi.org/10.1080/10413200.2018.1446472>
 21. Mardi N, Arefi M, Momeni K, Amiri H. The Comparison of the Effectiveness of Psychodrama, Reminiscence and Rational-Emotional and Behavioral Treatment on Death Anxiety in the Elderly. *Aging Psychology*. 2020; 6(2):131-48. [Persian].
 22. Zahrakar K. A Study of Effectiveness of Group-based Rational, Emotive, Behavior Therapy (REBT) on Decrease of Stress among Diabetic Patients. *Journal of Knowledge & Health*. 2013; 7(4):160-165. [Persian].
 23. Mahdiyar M, Dadfarnia S, Hadianfard H, Rahimi C. The effectiveness of rational-emotional therapy and solution focused group therapy on social anxiety disorder in students of Shiraz University. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2019; 6(3):118-128. [Persian]. <https://doi.org/10.29252/shenakht.6.3.118>
 24. Rezaei, H. A Comparison of the Effectiveness of Group-Based Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) and Logotherapy in Reducing Depression in Multiple Sclerosis (MS) Patients. *Clinical Psychology Studies*, 2014; 4(16): 49-77. [Persian].
 25. Asadian A, Kamel Abbasi AR, Salehzadeh M. Comparison of the Effect of Rational-emotional and Mindfulness-based Treatment Methods on the Symptoms of Dysthymia Disorder in Women. *Qom Univ Med Sci J*. 2016; 10(1):11-8. [Persian].
 26. Bistamam MN, Jais SM, Jusoh AJ, Abdul AM, Rahman M, Razali M. The effect of REBT structured counselling group towards the grief and depression among teenagers of divorced parent. *International Journal of Education and Research*. 2015; 3(4):113-122.
 27. Nazari T, Yassemi MT, Doust-Mohammadi M, Nematzadeh Mahani K. Prevalence of Depression and Anxiety among Patients in Internal and Surgical Wards. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2002; 8(2):18-25. [Persian].
 28. Golshiri P, Tavakoli A, Najimi A. The role of depression, anxiety, and stress in medication adherence in patients with hypertension. *Journal of Isfahan Medical School*. 2017; 35(437):781-788. [Persian].
 29. Oreizy H, Farahani H. *Applied research methods in counseling and clinical psychology*. Tehran: Danjeh; 2008.
 30. Steer RA, Rissmiller DJ, Beck AT. Use of the Beck Depression Inventory-II with depressed geriatric inpatients. *Behaviour research and therapy*. 2000; 38(3):311-318. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00068-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00068-6)
 31. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder. *Archives of Rehabilitation*. 2007; 8(0):82-97. [Persian].
 32. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988; 56(6):893-7. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
 33. Hossein Kaviani H, Mousavi A S. Psychometric

- properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*. 2008; 66(2):136-140. [Persian].
34. Dryden W, Neenan M. *Learning from mistakes in rational emotive behaviour therapy*: Routledge; 2013. <https://doi.org/10.4324/9780203356937>
35. Ogbuanya TC, Eseadi C, Orji CT, Anyanwu JI, Ede MO, Bakare J. Effect of rational emotive behavior therapy on negative career thoughts of students in technical colleges in Nigeria. *Psychological reports*. 2018; 121(2):356-374. <https://doi.org/10.1177/0033294117724449>
36. Najjarpour Ostadi S, Esmkhani Akbarinejad H, Livarjani S. Studying the Relations between Personality Characteristics & Irrational Beliefs and Job Satisfaction among Personnel of East Azerbaijan Telecommunication Department (PJS). *The Journal of Productivity Management*. 2010; 4(2 (13):39-58. [Persian].
37. Crumb L. Integrating feminist narrative therapy, person-centered therapy, and rational emotive behavioral therapy: A short-term case study. *International Journal of Integrative Psychotherapy*. 2019; 9:56-72.
38. Turner MJ, Davis HS. Exploring the effects of rational emotive behavior therapy on the irrational beliefs and self-determined motivation of triathletes. *Journal of Applied Sport Psychology*. 2019; 31(3):253-272. <https://doi.org/10.1080/10413200.2018.1446472>
39. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research methods in education* (Abingdon, Oxon, Routledge). 2007. <https://doi.org/10.4324/9780203029053>
40. Riskind JH. Links between cognitive-behavioral hope-building and positive psychology: Applications to a psychotic patient. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2006; 20(2):171-182. <https://doi.org/10.1891/jcop.20.2.171>