

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی بر سازگاری روانی اجتماعی، هورمون کورتیزول و تنظیم شناختی هیجان در بیماران عروق کرونر قلب

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۲/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۶/۲۷

خلاصه

مقدمه: بیماری قلبی عروقی بیماری جدی، مزمن و تهدید کننده حیات در جهان محسوب می شود. به همین دلیل این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی بر سازگاری روانی اجتماعی، میزان هورمون کورتیزول و تنظیم شناختی هیجان در بیماران عروق کرونر قلبی طرح ریزی شده است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی (با طرح پیش آزمون- پس آزمون چند گروهی با گروه گواه) بود. جامعه ی آماری پژوهش شامل کلیه ی بیماران عروق کرونر قلب با دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال بود که در شش ماهه ی دوم سال ۱۳۹۷ به مراکز درمانی شهید رجائی شهر تهران مراجعه کرده اند و بیماری قلبی آنها محرز گردیده است. از جامعه آماری مذکور به منظور ارزیابی تفاوت دو درمان با احتمال خطای ۵٪ پس از کسب مجوزهای لازم از طریق فراخوان از بیماران قلبی مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید رجائی دعوت به همکاری گردید و تعداد ۴۵ نفر انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه های آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. متغیرهای وابسته در دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از مقیاس سازگاری روانی اجتماعی، کیت کورتیزول بزاقی شرکت IBL آلمان و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان مورد اندازه گیری قرار گرفتند.

نتایج: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد مداخله مبتنی بر نظریه تئوری انگیزش محافظت بر تبعیت دارویی در بیماران مبتلا به بیماری ایسکمی قلبی موثر بوده است ($p < 0.001$). بدین صورت که این مداخله توانسته منجر به افزایش تبعیت دارویی (۰/۴۶) این بیماران شود.

نتیجه گیری: به هر دو درمان به یک اندازه بر بهبود سازگاری روانی اجتماعی بیماران موثر بوده اند اما مصاحبه ی انگیزشی در کاهش کورتیزول نسبت به درمان شناختی رفتاری موثر تر بود و درمان شناختی رفتاری نسبت به مصاحبه ی انگیزشی در بهبود تنظیم شناختی هیجان اثربخشی معنادارتری داشت.

کلمات کلیدی: کورتیزول، تنظیم شناختی هیجان، درمان شناختی رفتاری، بیماری عروق کرونر قلب.

گلناز سیف اله زاده *۱

محمد برجلی ۲

حسن احدی ۳

محمد غفاری نژاد ۴

۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد

اسلامی (واحد امارات متحده عربی) (نویسنده مسئول)

۲ دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی

۳ استاد گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه

آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

۴ جراح قلب و عروق، مرکز قلب و عروق شهید رجایی

Email: ph_alizadeh@yahoo.com

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی در زمره‌ی گسترده‌ترین بیماری‌های مزمن در سراسر جهان قرار می‌گیرند. بیماری قلبی عروقی شایع‌ترین بیماری جدی، مزمن و تهدیدکننده حیات در جهان محسوب می‌شود (۳).

بیماری عروق کرونر قلب در اثر اجتماع پلاکت‌ها در عروق به وجود می‌آید و به دنبال این اتفاق جریان خون هم مسدود می‌شود و خطر حمله‌ی قلبی و سکته در فرد بیمار افزایش می‌یابد. عوامل خطر ساز بیماری عروق کرونر قلب رامی‌توان در سه گروه زیستی، روانی و اجتماعی قرار داد.

ابتلا به بیماری‌های مزمن تهدیدکننده‌ی حیات مانند بیماری‌های قلبی عروقی از جمله عوامل تنش‌زا در انسان هستند، که بر هویت فرد در ابعاد روانی اجتماعی، تعادل عاطفی، رضایت از خود، تعامل‌های اجتماعی و روابط بین فردی تاثیر دارد و نیازمند سازگاری با آن‌هاست. سازگاری به خصوصیات فردی به کاربرده شده توسط شخص برای مدیریت روانی اجتماعی در جهت بهبود زندگی خود اطلاق می‌شود که باعث حفظ تعادل و توانایی فرد در تامین نیازهایش می‌گردد (۸)

از سوی دیگر بیماران قلبی به دلیل استرس‌های ناشی از بیماری نظیر استفاده از دارو، ظاهر فیزیکی تغییر یافته و محدودیت فعالیت در معرض خطر بالایی برای مشکلات سازگاری روانی اجتماعی هستند (۱۳). بنابراین عامل دیگری که می‌تواند بر شدت بیماری‌های قلبی و عروقی تاثیرگذار باشد، میزان استرسی است که فرد در طی اتفاقات روزمره متحمل می‌شود. شواهد فراوانی مبنی بر ارتباط میان استرس و بیماری‌های عروق کرونر وجود دارد. استرس باعث افزایش ترشح کاتکولامین و کورتیکو استروئید از غدد درون ریز می‌شود. بیماران عروق کرونری در مقابله با استرس و فشارهای وارده، پاسخ‌های هیجانی را بیشتر از افراد سالم بروزمی‌دهند.

هورمون کورتیزول^۱ که به هورمون استرس نیز شهرت دارد، معروفترین گلوکوکورتیکوئید بدن است که از غدد فوق کلیوی ترشح می‌شود (۱۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مقدار زیاد این هورمون فاکتور خطری برای بیماری‌های قلبی و عروقی است و تصلب شرایین را تسریع می‌بخشد و باعث ته‌نشین شدن چربی‌ها در دیواره رگ‌ها می‌شود. بنابراین با کاهش شرایط استرس‌زا در زندگی روزمره‌ی بیماران قلبی عروقی می‌توان خطر ناشی از افزایش این هورمون را به میزان قابل توجهی کاهش داد.

علاوه بر این، در بیماری‌های قلبی، هیجان‌ها (بیان یا سرکوب آنها) از جمله عوامل روان‌شناختی موثر هستند که می‌توانند در بروز یا تشدید این بیماری سهم داشته باشند. به طور کلی، توجه به برخی از راهکارهای تنظیم و مدیریت هیجان‌ها جهت درمان بیماری‌های قلبی عروقی، می‌تواند پیامدهای منفی این بیماری را کاهش داده و بر بهبود کیفیت زندگی این افراد تاثیرگذار باشد (۱۶، ۱۷).

درمان شناختی رفتاری یک رویکرد روان‌درمانی است که احساسات ناکارآمد، رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را از طریق شماری از روش‌های سیستماتیک، صریح و هدف‌مدار نشانه‌می‌گیرد.

ادبیات پژوهشی نشان دهنده‌ی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای یاد شده هستند که از میان آنها می‌توان به ریوال، هاپکینسون، کلارک اسمیت و لن^۳ (۲۲) اشاره کرد که طی یک فراتحلیل دریافتند که درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب، استرس بیماران قلبی عروقی به طور معناداری موثر است و به عنوان یک مراقبت بالینی استاندارد باید مورد توجه قرار گیرد. همچنین نتایج پژوهش جزایری، گلدین و گروس^۴ (۲۳) نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش تنظیم هیجانی مثبت و کاهش تنظیم هیجانی منفی می‌گردد. سویج^۵ و همکاران (۲۴) نیز دریافتند که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود سازگاری اجتماعی

3 . Reavell, Hopkinson, Clarkesmith & Lane

4 . Goldin & Gross

5 . Suveg

1 . Cortisol

2 . glucocorticoids

ی درونی برای تغییر، از طریق کشف، شناسایی و حل اضطراب و ریشه‌های افسردگی است (30).

علیرغم جذابیت و رشد بسیار سریع کاربرد مصاحبه انگیزشی در جهان و سرایت آن به حوزه‌های مختلف سلامت، در ایران تحقیقات کمی در این حوزه انجام شده است. اگرچه مطالعات تاثیر استفاده از تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی در مشارکت دادن بیماران در برنامه‌های روان درمانی و افزایش و بهبود مشارکت درمانی را تایید کرده است. پژوهش پونسفورد و همکاران (۲۰۱۶) مشخص کرد که مصاحبه ی انگیزشی به طور معناداری اضطراب و استرس ایجاد شده در اثر آسیب تروماتیک مغز را کاهش می دهد. همچنین برادران، زارع، علی پور و فرزاد (34) در پژوهشی به بررسی اثربخشی مصاحبه ی انگیزشی بر شاخص‌های روان شناختی در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی پرداخته و دریافتند که این درمان موجب بهبود شاخص‌های سلامت روان می گردد. قاسمی پور، بهرامی، عباس پور و پورشریفی (35) نیز دریافتند که مصاحبه ی انگیزشی در ارضاء نیازهای روانشناختی، بهبود افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران عمل باز عروق کرونر قلب موثر بوده است.

پژوهش حاضر به دنبال پاسخ گویی به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری و مصاحبه ی انگیزشی بر بهبود سازگاری روانی اجتماعی، میزان هورمون کورتیزول و تنظیم شناختی هیجان در بیماران عروق کرونر قلب موثر است؟ و آیا تفاوتی در میزان اثربخشی این دو درمان بر متغیرهای ذکر شده در این بیماران وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی (با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری) است که تعداد افراد نمونه به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار داده می شوند و سپس پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرایی گردد و در

در جوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شد. رونسینک و همکاران⁶ (25) نیز دریافتند که در بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، وقتی درمان شناختی رفتاری با دارو درمانی همراه می شود به میزان بیشتری هورمون کورتیزول را نسبت به زمانی که فقط دارو دریافت می کنند، کاهش می دهد. همچنین شوشتری، محمدرضائی و طاهری (26) در پژوهش خود نشان دادند که گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود تنظیم هیجانی زنان مطلقه به طور معناداری موثر است. محمودی، محمدخانی، غباری بناب و باقری (27) نیز دریافتند که گروه درمانی شناختی رفتاری می تواند استفاده از راهبردهای مقابله با استرس سازگار را افزایش و استفاده از راهبردهای مقابله با استرس ناسازگار را در خویشاوندان مراقبت کننده مبتلایان به آلزایمر کاهش دهد. صمدزاده، پورشریفی و باباپور خیرالدین (28) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ دریافتند که این نوع درمان موجب افزایش سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و کاهش نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ می شود. همچنین کازرانی (29) به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب، افسردگی و استرس بیماران قلبی زن در کرمانشاه پرداخته و دریافت که گروه درمانی شناختی- رفتاری تاثیر مثبت بر کاهش اضطراب و افسردگی و استرس دارند و نتایج این پژوهش ضرورت بکارگیری درمان‌های روان شناختی در کنار درمان‌های متداول دارویی برای بیماران قلبی عروقی را نشان می دهند.

از دیگر درمان‌های موثر در بهبود وضعیت بیماران قلبی می توان به مصاحبه ی انگیزشی اشاره کرد. یکی از راه‌های پیش رو برای توانمند سازی بیماران، استفاده از مصاحبه انگیزشی است که نشان داده در ایجاد تغییرات رفتاری موثر است.. مصاحبه ی انگیزشی، روشی مراجع محور و رهنمودی به منظور تقویت و افزایش انگیزه

6 . Rosnick

7 . Ponsford

کرونر با مراجعه به بیمارستان و دریافت لیست بیماران و مطالعه پرونده پزشکی آنها بوده است

ابزار پژوهش

ابزار این پژوهش شامل دو پرسشنامه و یک کیت آزمایشگاهی می باشد:

(۱) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) ساخته شد و دارای ۳۶ گویه (۹ خرده مقیاس) است و بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره گذاری می شود. در تحقیق گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی راهبردهای مثبت، منفی و کل شناختی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آمده است. پایایی این آزمون در ایران نیز مورد تایید قرار گرفته است و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس ما بین ۰/۶۴ و ۰/۸۲ گزارش شده است. همچنین، در تحقیق بالزاروتی، جیمز و گراس (۲۰۱۰) روایی ساختاری پرسشنامه ی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نمونه ی ایتالیایی در حد مطلوبی گزارش شده است. روایی ساختاری این مقیاس در ایران با استفاده از تحلیل عامل تاییدی مورد تایید قرار گرفته است (عبدی، ۱۳۸۶). ضرایب روایی حاصل از تحلیل مواد برای مقیاس راهبردهای شناختی مثبت تنظیم هیجان در طیف ۰/۲۳ تا ۰/۸۶ و برای مقیاس راهبردهای شناختی منفی تنظیم هیجان در طیف ۰/۱۸ تا ۰/۶۳ است. خرده مقیاس های تنظیم شناختی هیجانی مثبت در این پرسشنامه شامل پذیرش (۴ ماده)، باز تمرکز مثبت (۵ ماده)، باز ارزیابی مثبت (۵ ماده)، تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی (۳ ماده) و رسیدن به یک دورنما (۳ ماده) است. همچنین خرده مقیاس های تنظیم شناختی هیجانی منفی شامل مقصر دانستن خود (۳ ماده)، مقصر دانستن دیگران (۴ ماده)، فاجعه سازی (۴ ماده) و نشخوار فکری (۵ ماده) است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

مرحله بعد درمان شناختی رفتاری برای یک گروه آزمایش و مصاحبه ی انگیزشی برای گروه دیگر آزمایش اجرایی گردد و گروه کنترل هم هیچ مداخله ای را دریافت نمی کند و در لیست انتظار برای درمان قرار داده می شود و در مرحله بعد پس آزمون برای هر سه گروه اجرایی گردد و در نهایت بعد از سه ماه پیگیری برای هر سه گروه انجام می گیرد.

ملاک های ورود و خروج به مطالعه: ملاک های ورود به گروه شامل تشخیص قطعی نارسایی قلبی عروقی توسط متخصص قلب و ثبت در پرونده ی بیمار، نداشتن بیماری های مزمن جسمی دیگر، نداشتن اختلالات روانی محور یک و دو راهنمای تشخیصی و اماری اختلالات روانی (DSM5)، داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم و دامنه ی سنی بین ۳۰ تا ۵۰ سال بود. ملاک خروج از گروه نیز شامل مصرف انواع مواد مخدر و الکل، مصرف داروهای روان پزشکی، ابتلا به بیماری های روانی مزمن نظیر انواع روان پریشی، عدم تمایل به شرکت یا انصراف از ادامه کار و شرکت نکردن بیش از یک جلسه در جلسات گروه درمانی بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری پژوهش شامل کلیه ی بیماران عروق کرونر قلب با دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال بود که در شش ماهه ی دوم سال ۱۳۹۷ به مراکز درمانی شهید رجایی شهر تهران مراجعه کرده اند و بیماری قلبی آنها محرز گردیده است. دلیل انتخاب جمعیت بین ۳۰ تا ۵۰ سال به دلیل این بود که با مراجعه به بیمارستان قلب و مرور پرونده ها، سن بیماری های قلبی و حتی پیوند بسیار کاهش یافته به همین دلیل تصمیم گرفته شد بازه سنی زیر ۵۰ سال که قبلا بیماری های قلبی شیوع کمتری داشت و امروزه افزایش یافته بررسی شود. از جامعه آماری مذکور به منظور ارزیابی تفاوت دو درمان با احتمال خطای ۵٪ پس از کسب مجوزهای لازم از طریق فراخوان از بیماران قلبی مراجعه کننده به مرکز درمانی امام خمینی و شر دعوت به همکاری گردید و تعداد ۴۵ نفر انتخاب شده و به طور تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره گمارده شدند. همچنین نحوه اثبات و وسعت بیماری عروق

(۲) مقیاس سازگاری روانی اجتماعی: مقیاس سازگاری روانی اجتماعی شامل ۴۶ سؤال است که در یک مقیاس چهار درجه ای (صفر تا سه)

این پرسشنامه شامل ۴۶ سؤال و ۷ خرده مقیاس نگرش نسبت به بیماری (۸ سؤال)، محیط کار (۶ سؤال)، محیط خانوادگی (۸ سؤال)، روابط جنسی (۶ سؤال)، توسعه روابط فامیلی (۵ سؤال)، محیط اجتماعی (۶ سؤال) و اختلالات روانی اجتماعی (۷ سؤال) است. در این مطالعه، گزینه‌های سئوال‌ات بر اساس مقیاس / درجه ای لیکرت شامل "اصلا" (نمره صفر)، "کمی" (نمره ۱)، "تا حدودی" (نمره ۲) و "کاملا" (نمره ۳) تنظیم شده است. نمره بالاتر از ۹۵ وضعیت نامناسب سازگاری را نشان می‌دهد و جمع نمره همه سئوال‌ات بر تعداد کل سئوال‌ات تقسیم می‌شود و به عنوان نمره سازگاری کل در نظر گرفته می‌شود. پرسشنامه مذکور ابتدا توسط فقهی و همکاران (۱۳۹۲) ترجمه گردید. سپس توسط ۳ نفر آشنا به زبان انگلیسی بازبینی شد و در نهایت به وسیله یک متخصص، بررسی و مورد تایید قرار گرفت و با توجه به فرهنگ ایران، تغییراتی در آن ایجاد و بومی سازی شد. در مطالعه اصلی پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۶۲، ۰/۸۰، ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش چرخش واریماکس حاکی از آن بود که این هفت مؤلفه در مجموع ۶۳٪ و هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۱۸٪، ۱۰٪، ۹٪، ۸٪، ۷٪، ۷٪، و ۵٪ کل مقیاس را تبیین می‌کنند (دروگیتس و دروگیتس، ۱۹۹۰). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

(۳) کیت کورتیزول بزاقی: برای اندازه گیری غلظت کورتیزول بزاقی از کیت کورتیزول شرکت IBL آلمان مدل RE52611 (با حساسیت ۰/۰۳ μg/dl یا ۰/۳ ng/ml) به روش الیزا استفاده شد. بدین منظور نمونه بزاق آزمودنی‌ها در دو نوبت پیش آزمون و پس آزمون اندازه گیری شد. برای سنجش سطح کورتیزول بزاقی، پس از ثبت اطلاعات بالینی و جمعیتی افراد از آنها خواسته شد ۹۰ دقیقه قبل از نمونه گیری از خوردن و آشامیدن و

مسواک زدن اجتناب کنند و ۱۰ تا ۱۵ دقیقه قبل از شروع نمونه گیری دهان خود را با نصف لیوان آب سرد بشویند و پس از پنج دقیقه حدود ۲ تا ۳ میلی لیتر از بزاق غیرتحریکی خود را به درون لوله‌های مخصوص آزمایش منتقل کنند. با توجه به اینکه ترشح کورتیزول از ریتم شبانه روزی پیروی می‌کند، زمان نمونه گیری در هر دو مرحله یکسان بود (در ساعت ۱۰ تا ۱۲ صبح، نزدیک اوج سطح کورتیزول سرم) و نمونه در محیطی آرام جمع آوری شد. با توجه به یکسان بودن زمان نمونه گیری اثر ریتم شبانه روزی بر ترشح هورمون‌ها کنترل شد. در تمام مراحل، نمونه‌های بزاقی جمع آوری شده به سرعت فریز و در اسرع وقت به آزمایشگاه منتقل شدند. پس از جمع آوری بزاق نمونه‌ها تا زمان انجام آزمایش‌ها در لایبراتور در دمای ۲۰- درجه سانتیگراد منجمد شدند. در روز آزمایش ابتدا نمونه‌ها در دمای اتاق قرار گرفتند تا از حالت فریز درآیند، سپس نمونه‌ها در دستگاه سانتریفیوژ کلمنت با سرعت ۲۰۰۰ دور در دقیقه سانتریفیوژ شدند تا مخاط موجود در آنها ته نشین شود. غلظت کورتیزول با استفاده از مایع شفاف موجود در لوله‌ها اندازه گیری شد. تمام نمونه‌های بزاقی در شرایط یکسان محیطی (زمان و مکان و آزمایشگر) آزمایش شدند.

طرح درمان شناختی رفتاری بر مبنای مدل درمان شناختی رفتاری معرفی شده توسط موتابی و فتی (۳۶)، هاوتون و همکاران (۲۱) و لدلی، مارکس و هیمبرگ (۳۷) طراحی گردید. همچنین طرح درمان مصاحبه انگیزشی بر اساس الگوی ارائه شده توسط میلر و رولنیک و پری، روزنفلد، بنت و پوتما (۲۰۰۷) طراحی شد. شرکت کنندگان گروه درمان شناختی رفتاری در ۶ جلسه ی یک و نیم ساعته (تعداد جلسات به این دلیل شش جلسه انتخاب شد که با تعداد جلسات گروه مصاحبه ی انگیزشی همخوانی داشته و قابل مقایسه باشند، زیرا پروتکل‌های جلسات مصاحبه ی انگیزشی حداکثر پنج تا شش جلسه بودند) و شرکت کنندگان گروه مصاحبه انگیزشی در ۵ جلسه ی یک و نیم ساعته شرکت کردند. محتوای جلسات آموزشی به اختصار در جداول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری گروهی

جلسات	محتوا
۱	معارفه و آشنایی با قوانین و اعضای گروه و ساختار جلسات، انجام پیش آزمون، معرفی منطق زیربنایی برنامه شناختی رفتاری گروهی، آموزش مدل ABC و بحث درباره رابطه افکار، احساسات و رفتار
۲	بحث درباره ریشه‌ها و عوامل درونی و بیرونی ایجاد کننده استرس و اضطراب تکلیف خانگی (ثبت چرخه فکر، حس رفتار در منزل)
۳	ارزیابی تکلیف خانگی، شناسایی افکار خودآیند منفی، انجام تمرین گروهی یادآوری چند رویداد هیجانی اخیر و جایگزینی آنها بر اساس مدل ABC، معرفی و شناخت خطاهای غیر منطقی و تکنیک پیکان ور به پایین، شناسایی خطاهای غیر منطقی در برگه افکار ثبت شده، فن القای خلق و افکار جهت درک بهتر مدل شناختی و ABC، آموزش تن آرامی برای کاهش برانگیختگی جسمی در مواقع استرس زا و هیجان‌های منفی، تکلیف خانگی (انجام تمرین تن آرامی و ادامه ثبت افکار روزانه و شناسایی خطاهای غیر منطقی و استفاده از تکنیک پیکان ور به پایین برای شناسایی باورهای بنیادین)
۴	ارزیابی تکلیف خانگی، آموزش تکنیک بررسی شواهد برای مقابله با افکار خودآیند منفی و تمرین تکنیک به صورت گروهی، تکلیف خانگی (لیست کردن افکار روزانه و استفاده از تکنیک بررسی شواهد در جهت چالش با باورهای بنیادین)
۵	ارزیابی تکلیف خانگی، آموزش تصویر سازی ذهنی در جهت چالش خیالی با مفروضه‌ها و باورهای بنیادین، آموزش مهارت‌های ارتباطی و الگوهای مخرب ارتباطی و آموزش سبک ارتباطی صحیح، تکلیف خانگی (انجام تکنیک تصویر سازی ذهنی به صورت روزانه، به کار گیری مهارت‌های ارتباطی)
۶	ارزیابی تکلیف خانگی، آموزش فن حل مساله (صورت بندی مساله، ارائه راه حل، ارزیابی راه حل‌ها، بارم بندی، انتخاب راه حل و اجرای آن، پس‌خوراند)، تمرین به کاری گیری فن حل مساله در مسائل و ارتباطات روزمره، تمرین خانگی (به کار گیری مهارت حل مساله در جهت مسائل روزمره و ثبت در برگه مخصوص)
۶	ارزیابی تکلیف خانگی، مرور کلی مهارت‌های یاد گرفته شده، مقایسه افکار و راهبردهای پیش از درمان با افکار و راهبردها و مهارت‌های آموخته شده در جلسات درمان در جهت یکپارچه سازی درمان، انجام پس آزمون
جلسات	خلاصه محتوای جلسات مصاحبه انگیزشی به شیوه ی گروهی
۱	آشنایی و معارفه، هنجارها و فرایندهای گروه، اجرای پیش آزمون
۲	فلسفه تسهیل گر، تمرین آزادی، تمرین ابعاد تاثیر رفتار، تمرین چرخه ی تغییر ارزیابی تعهد و اطمینان
۳	احساسات: تمرین شناسایی احساسات، تمرین و تکمیل تمرین ابعاد تاثیر با ابعاد احساسات و تکلیف خانگی
۴	ابعاد مثبت و منفی رفتار و تغییر: تمرین بارش رهنی سود و زیان‌های کوتاه مدت و بلندمدت، تمرین تکمیل جدول ابعاد مثبت و منفی، توصیف و تمرین گزینه‌های اصلاحی و جایگزین
۵	ارزش‌ها: تعریف ارزش‌ها، انجام تمرین شناسایی و الویت بندی ارزش‌های درجه یک، تمرین تعریف ارزش‌ها و تمرین تطابق ارزش‌ها و رفتار
۵	چشم انداز و سنجش پایانی: خلاصه و جمع بندی تمرین‌های جلسات قبلی در قالب تمرین چشم انداز و آمادگی شروع برنامه تغییر رفتار، انجام پس آزمون

ملاحظات اخلاقی: رعایت و حفظ رازداری نسبت به شرایط و اطلاعات شرکت کنندگان، استفاده از داده‌های حاصل از اجرای پژوهش فقط در راستای اهداف پژوهش، عدم استفاده از اجبار برای شرکت یا ادامه مشارکت در پژوهش.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی داده‌ها و فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. این تحلیل‌ها به کمک نرم افزار اس پی اس ۲۴ انجام گردید.

نتایج

جدول ۲- مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها

سن	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کم‌ترین مقدار	بیشترین مقدار
گروه کنترل	۱۵	۴۲/۲۶	۳/۹۱	۳۷	۴۹
گروه درمان شناختی رفتاری	۱۵	۴۳/۷۳	۴/۰۶	۳۷	۵۰
گروه مصاحبه انگیزشی	۱۵	۴۳/۸۰	۴/۲۱	۳۷	۴۹
ردیف	وضعیت تأهل	گروه کنترل	گروه درمان شناختی رفتاری	گروه مصاحبه انگیزشی	گروه مصاحبه انگیزشی
۱	زن	۱۱	۷	۵	۵
۲	مرد	۴	۸	۱۰	۱۰
۳	کل	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵
ردیف	وضعیت تحصیلات	گروه کنترل	گروه درمان شناختی رفتاری	گروه مصاحبه انگیزشی	گروه مصاحبه انگیزشی
۱	دیپلم	۴	۵	۴	۴
۲	فوق دیپلم	۵	۴	۴	۴
۳	لیسانس	۶	۴	۶	۶
۴	فوق لیسانس	۰	۲	۱	۱
۵	کل	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵

نتایج آزمون ام باکس برای متغیرهای یاد شده به ترتیب برابر با $(F=1.287, 12.658, 14.066, 6.810, P> 0/05)$ بود. فرض ماچلی برای متغیرهای سازگاری روانی اجتماعی و کورتیزول رعایت شده و به ترتیب برابر با $(F=0.884, 0.897, P> 0/05)$ بود اما برای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی رعایت نشده بود بنابراین نتایج آزمون‌هایین فلت برای این دو متغیر گزارش می‌شود که برابر با $(F=0.616, 0.911, P> 0/05)$ بود. بنابراین اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مجاز می‌باشد.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر به بررسی پیش‌فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس می‌پردازیم. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که توزیع سازگاری روانی اجتماعی $(Z=0/173, P=0/200)$ ، کورتیزول $(Z=0/123, P=0/173)$ و تنظیم شناختی هیجان منفی $(Z=0/116, P=0/151)$ و مثبت $(Z=0/113, P=0/184)$ در پیش‌آزمون نرمال می‌باشد. بنابراین پیش‌فرض اول رعایت می‌گردد. مفروضه ی برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین برای متغیرهای سازگاری روانی اجتماعی، کورتیزول، تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی برقرار و به ترتیب برابر با $(F=2.961, 3.006, 1.846, 1.054, P> 0/05)$ بود. همچنین

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای عامل درون گروهی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و تعامل عامل درون گروهی و عامل بین گروهی (گروه کنترل و آزمایش) برای متغیر سازگاری اجتماعی

متغیر	نوع تحلیل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fضرب	معناداری	مجدور سهمی اتا
سازگاری روانی اجتماعی	زمان	بارعایت فرض	۲	۵۶۱/۸۰۷	۳۸۴/۲۹۸	۰/۰۰۰	۰/۸۵۱
		کرویت					
		هاوس-گیزرگرین	۱/۶۸۶	۶۶۶/۲۵۸	۳۸۴/۲۹۸	۰/۰۰۰	۰/۸۵۱
تعامل زمان × گروه	زمان	هاین-فلت	۱/۸۳۳	۶۱۳/۰۵۴	۳۸۴/۲۹۸	۰/۰۰۰	۰/۸۵۱
		حد پائین	۱/۰۰۰	۱۱۲۳/۶۱۵	۳۸۴/۲۹۸	۰/۰۰۰	۰/۸۵۱
		بارعایت فرض	۴	۱۲۳/۵۶۳	۸۴/۵۲۲	۰/۰۰۰	۰/۸۰۲
تعامل زمان × گروه	زمان	کرویت					
		هاوس-گیزرگرین	۳/۳۷۳	۱۴۶/۵۴۲	۸۴/۵۲۲	۰/۰۰۰	۰/۸۰۲
		هاین-فلت	۳/۶۶۶	۱۳۴/۸۳۴	۸۴/۵۲۲	۰/۰۰۰	۰/۸۰۲
تعامل زمان × گروه	زمان	حد پائین	۲/۰۰۰	۲۴۷/۱۲۶	۸۴/۵۲۲	۰/۰۰۰	۰/۸۰۲

(کنترل و دو گروه آزمایش) بر حسب تحلیل آماری کرویت (کنترل و دو گروه آزمایش) بر حسب تحلیل آماری کرویت مشاهده می‌شود، نتایج مثبتی بر تحلیل آماری کرویت ($F=۴۹۴/۲۵۲$ ، $df=۴$ و $p<۰/۰۱$) معنادار است. به این معنی که بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی) و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. مجدور سهمی اتا برای تعامل زمان × عضویت گروهی (گروه کنترل و دو گروه آزمایش) برابر با ۸۰٪ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که ۸۰ درصد تفاوت بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی با گروه کنترل در متغیر سازگاری روانی اجتماعی مربوط به اعمال متغیر مستقل بوده است.

برای متغیر سازگاری روانی اجتماعی، چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج مثبتی بر تحلیل آماری کرویت ($F=۳۸۴/۲۹۸$ ، $df=۲$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در متغیر سازگاری روانی اجتماعی بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. مجدور سهمی اتا برای عامل آزمون برابر با ۸۵٪ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که ۸۵ درصد تفاوت بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر سازگاری روانی اجتماعی مربوط به اعمال متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری و مصاحبه ی انگیزشی) بوده است. همچنین تعامل آزمون با گروه

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه ی دو به دوی گروه‌های پژوهش در متغیر سازگاری روانی اجتماعی

متغیر	آزمون	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	میانگین هاتفاوت	خطای استاندارد	معناداری
سازگاری روانی اجتماعی	پیش آزمون	CBT	گروه کنترل	-۷/۳۵۳*	۰/۵۳۹	۰/۰۰۰
		CBT	مصاحبه انگیزشی	۰/۳۴۵	۰/۵۴۵	۱/۰۰۰
	پس آزمون	مصاحبه انگیزشی	گروه کنترل	-۷/۶۹۸*	۰/۵۰۵	۰/۰۰۰
		CBT	گروه کنترل	-۹/۳۷۴*	۰/۷۷۱	۰/۰۰۰
		CBT	مصاحبه انگیزشی	-۰/۸۳۸	۰/۷۲۹	۱/۰۰۰

مصاحبه انگیزشی	گروه کنترل	$-۸/۵۰۹^*$	$۰/۷۲۱$	$۰/۰۰۰$
----------------	------------	------------	---------	---------

سازگاری اجتماعی در گروه درمان شناختی رفتاری بالاتر است اما این تفاوت معنادار نیست ($p > ۰/۰۵$). همچنین بین گروه درمانی مصاحبه انگیزشی و گروه کنترل هم در مرحله ی پس آزمون و هم در مرحله ی پیگیری نیز تفاوت معنادار است ($p < ۰/۰۵$).

چنان که در جدول ۴ مشاهده می شود، در متغیر سازگاری روانی اجتماعی گروه درمان شناختی رفتاری هم در مرحله ی پس آزمون و هم در مرحله ی پیگیری با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار است ($p < ۰/۰۵$)، همچنین بین گروه درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی نیز تفاوت وجود دارد به صورتی که میانگین نمره

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای عامل درون گروهی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و تعامل عامل

درون گروهی و عامل بین گروهی (گروه کنترل و آزمایش) برای متغیر کورتیزول

مجدور سهمی اتا	معناداری	F ضریب	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	نوع تحلیل	نوع متغیر	تکرار
۰/۸۱۴	۰/۰۰۰	۱۸۳/۶۳۷	۳۰۲/۳۴۱	۲	۶۰۴/۶۸۲	بارعایت فرض کرویت	کورتیزول	پس آزمون
۰/۸۱۴	۰/۰۰۰	۱۸۳/۶۳۷	۴۰۴/۶۴۳	۱/۴۹۴	۶۰۴/۶۸۲	هاوس-گیزر گرین	کورتیزول	پیش آزمون
۰/۸۱۴	۰/۰۰۰	۱۸۳/۶۳۷	۳۷۵/۳۴۹	۱/۶۱۱	۶۰۴/۶۸۲	هاین-فلت	کورتیزول	پس آزمون
۰/۸۱۴	۰/۰۰۰	۱۸۳/۶۳۷	۶۰۴/۶۸۲	۱/۰۰۰	۶۰۴/۶۸۲	حد پائین	کورتیزول	پس آزمون
۰/۸۶۱	۰/۰۰۰	۱۵۴/۹۷۹	۲۵۵/۱۵۸	۴	۱۰۲۰/۶۳۴	بارعایت فرض کرویت	کورتیزول	پس آزمون
۰/۸۶۱	۰/۰۰۰	۱۵۴/۹۷۹	۳۴۱/۴۹۵	۲/۹۸۹	۱۰۲۰/۶۳۴	هاوس-گیزر گرین	کورتیزول	پیش آزمون
۰/۸۶۱	۰/۰۰۰	۱۵۴/۹۷۹	۳۱۶/۸۱۱	۳/۲۲۲	۱۰۲۰/۶۳۴	هاین-فلت	کورتیزول	پس آزمون
۰/۸۶۱	۰/۰۰۰	۱۵۴/۹۷۹	۵۱۰/۳۱۷	۲/۰۰۰	۱۰۲۰/۶۳۴	حد پائین	کورتیزول	پس آزمون

کرویت ($F=۱۵۴/۹۷۹$ ، $df=۴$ و $p < ۰/۰۱$) معنادار است. به این معنی که بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی) و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. مجدور سهمی اتا برای تعامل زمان × عضویت گروهی (گروه کنترل و دو گروه آزمایش) برابر با $۰/۸۶$ می باشد. این نتیجه نشان می دهد که ۸۶ درصد تفاوت بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی با گروه کنترل در متغیر کورتیزول مربوط به اعمال متغیر مستقل بوده است.

برای متغیر کورتیزول، چنان که در جدول ۵ مشاهده می شود، نتایج مبتنی بر تحلیل آماری کرویت ($F=۱۸۳/۶۳۷$ ، $df=۲$ و $p < ۰/۰۱$) نشان می دهد که در متغیر هورمون کورتیزول بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری ($p < ۰/۰۱$) وجود دارد. مجدور سهمی اتا برای عامل آزمون برابر با $۰/۸۱$ می باشد. این نتیجه نشان می دهد که ۸۱ درصد تفاوت بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر کورتیزول مربوط به اعمال متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری و مصاحبه ی انگیزشی) بوده است. همچنین تعامل آزمون با گروه (کنترل و دو گروه آزمایش) بر حسب تحلیل آماری

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه ی دو به دو گروه های پژوهش در متغیر کورتیزول

متغیر	آزمون	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	میانگین ها تفاوت	خطای استاندارد	معناداری
کورتیزول	۳۰ دقیقه	CBT	گروه کنترل	-۵/۶۶۸*	۰/۸۲۶	۰/۰۰۰
		CBT	مصاحبه انگیزی	۴/۵۲۷*	۰/۹۱۷	۰/۰۰۰
	۶۰ دقیقه	مصاحبه انگیزی	گروه کنترل	-۱۰/۱۹۵*	۰/۸۸۹	۰/۰۰۰
		CBT	گروه کنترل	-۱۱/۷۳۴*	۰/۴۳۲	۰/۰۰۰
	۹۰ دقیقه	CBT	مصاحبه انگیزی	۱/۶۲۲*	۰/۴۸۰	۰/۰۰۵
		مصاحبه انگیزی	گروه کنترل	۱۳/۳۵۶*	۰/۴۶۵	۰/۰۰۰

درمان شناختی رفتاری بالاتر است ($p < 0/05$). همچنین بین گروه درمانی مصاحبه انگیزی و گروه کنترل هم در مرحله ی پس آزمون و هم در مرحله ی پیگیری نیز تفاوت معنادار است ($p < 0/05$).

چنان که در جدول ۶ مشاهده می شود، در متغیر کورتیزول گروه درمان شناختی رفتاری هم در مرحله ی پس آزمون و هم در مرحله ی پیگیری با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار است ($p < 0/05$), همچنین بین گروه درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزی نیز تفاوت معنادار وجود دارد به صورتی که میانگین کورتیزول در گروه

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای عامل درون گروهی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و تعامل عامل

درون گروهی و عامل بین گروهی (گروه کنترل و آزمایش) برای متغیر تنظیم شناختی هیجانی مثبت

مجدور	معناداری	F ضریب	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	نوع تحلیل	نوع	تفاعل
مجدور	۰/۸۶۵	۲۵۸/۰۷۹	۱۲۹۲/۰۹۶	۲	۲۵۸۴/۱۹۳	با رعایت فرض کرویت		
سهمی اتا	۰/۸۶۵	۲۵۸/۰۷۹	۲۰۱۵/۹۶۶	۱/۲۸۲	۲۵۸۴/۱۹۳	هاوس-گیزرگرین	زمان	
	۰/۸۶۵	۲۵۸/۰۷۹	۱۸۸۹/۶۶۰	۱/۳۶۸	۲۵۸۴/۱۹۳	هاین-فلت		
	۰/۸۶۵	۲۵۸/۰۷۹	۲۵۸۴/۱۹۳	۱/۰۰۰	۲۵۸۴/۱۹۳	حد پائین		
	۰/۸۳۳	۱۰۶/۲۹۷	۲۸۰/۲۵۲	۴	۱۱۲۱/۰۰۷	با رعایت فرض کرویت	تفاعل	زمان
	۰/۸۳۳	۱۰۶/۲۹۷	۴۳۷/۲۵۷	۲/۵۶۴	۱۱۲۱/۰۰۷	هاوس-گیزرگرین		گروه
	۰/۸۳۳	۱۰۶/۲۹۷	۴۰۹/۸۶۲	۲/۷۳۵	۱۱۲۱/۰۰۷	هاین-فلت		
	۰/۸۳۳	۱۰۶/۲۹۷	۵۶۰/۵۰۴	۲/۰۰۰	۱۱۲۱/۰۰۷	حد پائین		

(کنترل و دو گروه آزمایش) بر حسب تحلیل آماری کرویت (F= ۱۰۶/۲۹۷، df=۴ و $p < ۰/۰۱$) معنادار است. به این معنی که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی) و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور سهمی انا برای تعامل زمان×عضویت گروهی (گروه کنترل و دو گروه آزمایش) برابر با ۰/۸۳ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که ۸۳ درصد تفاوت بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی با گروه کنترل در متغیر تنظیم شناختی هیجانی مثبت مربوط به اعمال متغیر مستقل بوده است.

برای متغیر تنظیم شناختی هیجانی مثبت، چنان‌که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، نتایج مبتنی بر تحلیل آماری کرویت (F=۲۵۸/۰۷۹، df=۲ و $p < ۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در متغیر تنظیم شناختی هیجانی مثبت بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری (p < ۰/۰۱) وجود دارد. مجذور سهمی انا برای عامل آزمون برابر با ۰/۸۶ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که ۸۶ درصد تفاوت بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر تنظیم شناختی هیجانی مثبت مربوط به اعمال متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی) بوده است. همچنین تعامل آزمون با گروه

جدول ۸. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه ی دو به دوی گروه‌های پژوهش در متغیر تنظیم شناختی هیجانی مثبت

متغیر	آزمون	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	میانگین‌ها تفاوت	خطای استاندارد	معناداری
تنظیم شناختی هیجانی مثبت	F	CBT	گروه کنترل	۱۵/۵۴۵*	۱/۰۲۶	۰/۰۰۰
		CBT	مصاحبه انگیزشی	۶/۴۴۰*	۰/۹۹۲	۰/۰۰۰
تنظیم هیجانی مثبت	F	مصاحبه انگیزشی	گروه کنترل	۹/۱۰۵*	۱/۰۴۷	۰/۰۰۰
		CBT	گروه کنترل	۱۵/۱۸۹*	۰/۹۶۱	۰/۰۰۰
تنظیم هیجانی مثبت	F	CBT	مصاحبه انگیزشی	۶/۶۶۱*	۰/۹۴۶	۰/۰۰۰
		مصاحبه انگیزشی	گروه کنترل	۸/۵۲۸*	۰/۹۷۱	۰/۰۰۰

که میانگین تنظیم شناختی هیجانی مثبت در گروه درمان شناختی رفتاری بالاتر است ($p < ۰/۰۵$). همچنین بین گروه‌درمانی مصاحبه انگیزشی و گروه کنترل هم در مرحله ی پس‌آزمون و هم در مرحله ی پیگیری نیز تفاوت معنادار است ($p < ۰/۰۵$).

چنان‌که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، در متغیر تنظیم شناختی هیجانی مثبت گروه درمان شناختی رفتاری هم در مرحله ی پس‌آزمون و هم در مرحله ی پیگیری با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار است ($p < ۰/۰۵$)، همچنین بین گروه درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی نیز تفاوت معنادار وجود دارد به صورتی

جدول ۹. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای عامل درون گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تعامل عامل

درون گروهی و عامل بین گروهی (گروه کنترل و آزمایش) برای متغیر تنظیم شناختی هیجانی منفی

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fضرب	معناداری	مجدور سهمی انا
۲۷۱۶/۶۸۱	۲	۱۳۵۸/۳۴۱	۱۵۶/۹۳۳	۰/۰۰۰	۰/۷۸۹

۰/۷۸۹	۰/۰۰۰	۱۵۶/۹۳۳	۱۶۶۱/۶۱۹	۱/۶۳۵	۲۷۱۶/۶۸۱	هاوس-گیزرگرین	تغییر زمان گروه
۰/۷۸۹	۰/۰۰۰	۱۵۶/۹۳۳	۱۵۳۲/۱۲۳	۱/۷۷۳	۲۷۱۶/۶۸۱	هاین-فلت	
۰/۷۸۹	۰/۰۰۰	۱۵۶/۹۳۳	۲۷۱۶/۶۸۱	۱/۰۰۰	۲۷۱۶/۶۸۱	حد پائین	
۰/۶۷۹	۰/۰۰۰	۴۴/۳۷۲	۳۸۴/۰۶۳	۴	۱۵۳۶/۲۵۲	بارعایت فرض کرویت	
۰/۶۷۹	۰/۰۰۰	۴۴/۳۷۲	۴۶۹/۸۱۳	۳/۲۷۰	۱۵۳۶/۲۵۲	هاوس-گیزرگرین	
۰/۶۷۹	۰/۰۰۰	۴۴/۳۷۲	۴۳۳/۱۹۹	۳/۵۴۶	۱۵۳۶/۲۵۲	هاین-فلت	
۰/۶۷۹	۰/۰۰۰	۴۴/۳۷۲	۷۶۸/۱۲۶	۲/۰۰۰	۱۵۳۶/۲۵۲	حد پائین	

گروه آزمایش) بر حسب تحلیل آماری کرویت ($F=۴۴/۳۷۲$ ، $df=۴$ و $p<۰/۰۱$) معنادار است. به این معنی که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی) و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور سهمی اِتا برای تعامل زمان×عضویت گروهی (گروه کنترل و دو گروه آزمایش) برابر با ۰/۶۷ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که ۶۷ درصد تفاوت بین دو گروه درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی با گروه کنترل در متغیر تنظیم شناختی هیجانی منفی مربوط به اعمال متغیر مستقل بوده است.

برای متغیر تنظیم شناختی هیجانی منفی، چنان‌که در جدول ۹ مشاهده می‌شود، نتایج مبتنی بر تحلیل آماری کرویت ($F=۱۵۶/۹۳۳$ ، $df=۲$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در متغیر تنظیم شناختی هیجانی منفی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اِتا برای عامل آزمون برابر با ۰/۷۸ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که ۷۸ درصد تفاوت بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر تنظیم شناختی هیجانی منفی مربوط به اعمال متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی) بوده است. همچنین تعامل آزمون با گروه (کنترل و دو

جدول ۱۰. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه ی دو به دوی گروه‌های پژوهش در متغیر تنظیم شناختی هیجانی منفی

متغیر	آزمون	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	میانگین هاتفاوت	خطای استاندارد	معناداری
تغییر زمان گروه	۳ ۱ ۳	CBT	گروه کنترل	-۱۴/۵۴۵*	۱/۱۸۷	۰/۰۰۰
		CBT	مصاحبه انگیزشی	-۰/۱۳۱	۱/۱۷۴	۱/۰۰۰
تغییر زمان گروه	۳ ۱ ۳ ۳	مصاحبه انگیزشی	گروه کنترل	-۱۶/۴۱۴*	۱/۱۶۷	۰/۰۰۰
		CBT	گروه کنترل	-۱۱/۵۳۳*	۱/۸۶۲	۰/۰۰۰
		CBT	مصاحبه انگیزشی	۰/۳۹۰	۱/۸۳۲	۰/۰۰۰
		مصاحبه انگیزشی	گروه کنترل	-۱۱/۹۲۲*	۱/۸۳۳	۰/۰۰۰

و مصاحبه انگیزشی نیز تفاوت وجود دارد به صورتی که میانگین نمره تنظیم شناختی هیجانی منفی در گروه درمان شناختی رفتاری بالاتر است اما این تفاوت معنادار نیست ($p>۰/۰۵$). همچنین بین گروه‌درمانی مصاحبه انگیزشی و گروه کنترل هم در مرحله ی پس

چنان‌که در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود، در متغیر تنظیم شناختی هیجانی منفی گروه درمان شناختی رفتاری هم در مرحله ی پس‌آزمون و هم در مرحله ی پیگیری با گروه کنترل دارای تفاوت معنادار است ($p<۰/۰۵$)، همچنین بین گروه درمان شناختی رفتاری

آزمون و هم در مرحله ی پیگیری نیز تفاوت معنادار است ($p < 0.05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مصاحبه ی انگیزشی بر سازگاری روانی اجتماعی، هورمون کورتیزول و تنظیم شناختی هیجان در بیماران عروق کرونر قلب انجام گرفت. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد که هر دو درمان شناختی رفتاری و مصاحبه ی انگیزشی بر بهبود سازگاری روانی اجتماعی، کاهش میزان هورمون کورتیزول و بهبود تنظیم شناختی هیجانی (مثبت و منفی) هم در پس آزمون و هم در پیگیری به طور معناداری اثربخش بوده است. هر دو درمان به یک اندازه بر بهبود سازگاری روانی اجتماعی و تنظیم شناختی هیجانی منفی بیماران موثر بوده اند اما مصاحبه ی انگیزشی در کاهش کورتیزول نسبت به درمان شناختی رفتاری موثر تر بود و درمان شناختی رفتاری نسبت به مصاحبه ی انگیزشی در بهبود تنظیم شناختی هیجانی مثبت اثربخشی معنادارتری داشت.

این یافته ها با نتایج پژوهش های ریوال، هاپکینسون، کلارک اسمیت و لن (۲۰۱۸)، جزایری، گلدین و گروس (۲۰۱۷)، سویچ و همکاران (۲۰۱۷)، رونسینک و همکاران^۸ (۳۷)، شوشری، محمدرضائی و طاهری (۱۳۹۵)، محمودی، محمدخانی، غباری بناب و باقری (۱۳۹۵)، صمدزاده، پورشریفی و باباپور خیرالدین (۱۳۹۳) و کازرانی (۱۳۹۵) در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری و با نتایج پژوهش های لی، وانگ و مک کی (۲۰۱۶)، برادران، زارع، علی پور و فرزاد (۱۳۹۵) و قاسمی پور، بهرامی، عباس پور و پورشریفی (۱۳۹۰) در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری مصاحبه انگیزشی بر متغیرهای سازگاری روانی اجتماعی، میزان هورمون کورتیزول و تنظیم شناختی هیجان همسو بوده است.

مداخله های شناختی رفتاری با جایگزین کردن الگوهای سازگاری در فرد، به وی امکان می دهند که دارای خزانه ی رفتاری

گسترده تری در مواجهه با موقعیت باشد و در واکنش به مشکلات با برنامه ریزی مناسب تری عمل کند. بنابراین با استفاده از مداخله های شناختی و رفتاری بهتری توان از استرس افراد دچار بیماری های قلبی عروقی کاست. اجرای درمان شناختی رفتاری باعث کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی منفی و افزایش استفاده از راهبردهای مثبت شده است. از لحاظ نظری، وقتی در موقعیت های استرس زا از راهبردهای تنظیم هیجانی منفی استفاده می شود، یک حلقه فیدبک منفی خود تقویت کننده ممکن است ایجاد شود. به این صورت که موقعیت استرس زا ممکن است یک آسیب پذیری شناختی و یا آمادگی برای افراد مستعد ابتلا به اختلالات روانی و حتی جسمانی شود و این اختلالات نیز به نوبه خود هم باعث تقویت موقعیت استرس زامی شود. درمان شناختی رفتاری باعث کاهش راهبرد تنظیم هیجانی منفی و افزایش راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت می شود.

افرادی که بیشتر از راهبردهای هیجانی منفی مانند نشخوار فکری، خود سرزنشی و فاجعه سازی و کمتر از راهبردهای هیجانی مثبت ارزیابی مجدد مثبت در مواجهه با استرس های زندگی استفاده می کنند، به احتمال بیشتر دچار بیماری های جسمانی مانند بیماری های قلبی می شوند. استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان باعث تشدید تفکر منفی و تداخل در حل مسئله شده و فرد در معرض خطر از دست دادن سلامت روان و مستعد ابتلا به برخی بیماری های جسمانی مانند بیمارهای قلبی قرار می گیرد لذا درمان شناختی رفتاری می تواند با به چالش کشیدن افکار خودکار منفی و باورهای اساسی ناکارآمد و همچنین تغییر الگوهای رفتاری مربوط به بیماری، موثر باشد. در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود سازگاری روانی اجتماعی بیماران عروق کرونر قلب می توان گفت که از آنجا که افزایش سطح سازگاری روانی-اجتماعی اهمیت زیادی در رفتارهای خود مراقبتی دارد، درمان رفتاری شناختی با افزایش اطلاعات، موانع شناختی مربوط به نگرش و خودمدیریتی را برطرف کرده و به بهبود سازگاری روانی-اجتماعی و به تبع آن بهبود رفتارهای خودمراقبتی منجر می شود. همچنین در تبیین اثربخشی درمان شناختی

و حرکت با مقاومت‌های او، دو سوگرایی، تردید و ترس بیمار از مواجه شدن با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی کاهش می‌دهد همچنین در تبیین اثربخشی مصاحبه‌ی انگیزشی بر بهبود متغیرهای یاد شده بیماران عروق کرونر قلب‌می‌توان گفت که مصاحبه‌ی انگیزشی حمایت‌های زمینه‌ای لازم را برای بهبود سازگاری روانی اجتماعی فراهم می‌آورد. عناصری از مصاحبه‌ی انگیزشی که از سازگاری بیمار حمایت می‌کند عبارتند از: اجتناب از اجبار، کنار آمدن با مقاومت بیمار، آشکار کردن گزینه‌های رفتاری، تشویق به گفتگوی تغییر و اجازه دادن به بیمار در مورد کاوش درباره‌ی چستی و چگونگی تغییر.

نتیجه‌گیری

درمان شناختی-رفتاری نوعی از روان‌درمانی می‌باشد که آمیزهای از فنون شناخت درمانی و رفتاردرمانی است. رویکرد شناختی-رفتاری براین فرض مبتنی است که افکار و باورهای غلط زمینه‌ساز احساسات، عواطف و رفتارهای مشکلساز هستند. در درمان تکنیکها و روشهای تغییر این افکار مورد توجه قرارمیگیرند. تأکید عمده در تمامی فنون آنها، بر تغییر شناختهای سازش نیافته و جایگزینی شناخت‌های کارآمد به جای آنهاست. به طورکلی درمان شناختی-رفتاری، ساختاریافته، مبتنی بر همکاری و از لحاظ زمانی محدود بوده و ضمن تمرکز بر زمان حال بر نقش باورها و شناختهای غلط به منظور دستیابی به افکار و رفتار سازگارانه تأکید دارد.

آلبرت ایس پایه گذار درمان شناختی-رفتاری، در این رابطه بیان‌می‌کند که اختلال‌های هیجانی و روانشناختی به طور عمده پیامد تفکر غیرمنطقی فرد است و باید بیاموزد تا تفکر منطقی خود را افزایش و تفکر غیر منطقی را کاهش دهد. وی مطرح کرد که بیش به خودی خود نمی‌تواند فرد را به سوی چیره شدن بر ترس‌ها و خصومت‌های عمیق خود هدایت کند. فرد همچنین نیاز به عملیات گسترده‌ای برای مبارزه با ترس و خصومت دارد. ایس بیش از بک نقش بسیار مهم و آشکار تکالیف و تمرین‌های رفتاری را در

رفتاری بر پایین آمدن میزان هورمون کورتیزول (و کاهش استرس) در بیماران عروق کرونر قلب‌می‌توان به این نکته اشاره کرد که در مداخله‌های شناختی رفتاری بیماران به این دلیل بهبودمی‌یابند که از تفکرات منفی و ناسازگارانه خود فاصله گرفته و در فعالیت‌های مربوط به سبک زندگی سالم شرکت می‌کنند و از این طریق آنها به احساس کنترل و تسلط دست‌می‌یابند. تکنیک‌های مربوط به تن آرامی، کاهش و کنترل تنفس باعث ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی و به موازات آن کاهش فعالیت سیستم سمپاتیک شده که در این شرایط فرد تنش کمتری را احساس می‌کند و این به نوبه خود باعث کاهش هر چه بیشتر سطح کورتیزول در بیماران می‌گردد. در این مطالعه آموزش تن آرامی، آگاه‌سازی و آشنا کردن افراد با سبک زندگی مربوط به بیماری قلبی، موجب کاهش اضطراب بیماران گردید.

در تبیین این یافته‌های توان چنین گفت که در درمان شناختی-رفتاری بر کاهش فروانی و شدت پاسخ‌های سازش نیافته درمانجویان و آموزش مهارت‌های نوین شناختی و رفتاری در راستای کاهش رفتارهای ناخواسته و افزایش رفتارهای سازش یافته تر تأکید می‌شود. بدین ترتیب تکنیک‌های شناختی به مراجعان یاد می‌دهد که افکار ناکارآمد خود را شناسایی کنند و آنها را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند. درمانگر سعی می‌کند که بیمار را با اطلاعات جدیدی روبرو کند که قبلاً آنها را نادیده گرفته است. این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند. بدین ترتیب در تبیین این یافته‌های توان عنوان داشت که تعدیل و بازسازی شناخت‌ها و باورهای فرد و در نتیجه تغییر تفسیرها و برداشت‌های ناسازگار بیماران توانسته است منجر به بهبود ارتباط ایشان با محیط شده و بدین ترتیب این افراد توانسته‌اند وضعیت خود را بهبود بخشند.

در تبیین اثربخشی درمان مصاحبه انگیزشی بر میزان کورتیزول بیماران قلبی‌می‌توان گفت مصاحبه انگیزشی با تکیه بر اصولی نظیر بیان همدلی، اجتناب از بحث کلامی، حمایت از کارآیی شخصی مراجع

نوشته‌های آغازین خود نشان داد. پایه‌های نظری درمان عقلانی الیس بر این فرض مبتنی است که تفکر و هیجان آدمی دو مقوله جدا یا متفاوت نیست، بلکه آنها آشکارا همپوشی دارند. رویکرد شناختی رفتاری بر روی باورها و رفتارهای مشکل ساز متمرکز می‌شوند و نشان می‌دهد که چگونه این باورها و رفتارها در ایجاد مشکلات روانشناختی نقش داشته‌اند و مهمتر از آن چطور موجب تداوم این مشکلات در طول زمان شده‌اند.

آموزش شناختی رفتاری شامل نظم بخشی به عاطفه، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط، کنترل احساس‌ها و خودکنترلی می‌شود و از طرفی ساختار ارزشی و خودکارآمدی را دربرمی‌گیرد و در اثر تعامل شخص با محیط منجر به ارتقا سازگاری روانی اجتماعی افرادی گردد. بنابراین در راستای این اهداف بیماران توانسته‌اند با استفاده از تکنیک‌های رفتاری (همچون تمرین تن آرامی، حل مساله، مهارت ارتباطی) و شناختی (همچون شواهد تایید کننده و رد کننده، پیکان رو به پایین، تصویرسازی ذهنی) هم مهارت‌های لازم در جهت حل مشکلات خود را بیاموزند و هم شناخت‌های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی را شناسایی و بازسازی نمایند و در نهایت از سازگاری اجتماعی بالاتری برخوردار گردند.

مصاحبه انگیزشی نخستین بار از تجارب بالینی میلر در درمان مشکل مربوط به نوشیدن الکل پدید آمد و اصول و روش‌های آن، توسط میلر و رولنیک^۹ و در ارتباط با مدل فرانظریه ای تغییر رفتار و مفهوم آمادگی برای تغییر نیز توسعه یافت. ابتدا، چهار اصل زیربنایی مصاحبه انگیزشی عبارت بودند از: کنار آمدن با مقاومت بیمار، ایجاد ناهماهنگی، نشان دادن همدلی و حمایت از خودکارآمدی بیمار. بعدها، این چهار اصل بدین صورت تغییر کرد: مقاومت در برابر بازتاب تعادل (R)، فهم انگیزش مراجع (U)، گوش دادن به مراجع (L) و توانمندسازی مراجع (E) که سرواژه RULE برای آن به کار می‌رود (33).

مشاوره انگیزشی، روشی مراجع محور، رهنمودی به منظور تقویت و افزایش انگیزه درونی برای تغییر، از طریق کشف و حل تردیدها و دوسوگرایی است و براساس مدل دو سوگرایی- تعارض، باورهای بهداشتی نظریه حفاظتی راجرز^{۱۰} (۱۹۷۶)، موازنه تصمیم گیری جانیس و مان (۱۹۷۷)، نظریه متعادل سازی برم^{۱۱} (۱۹۸۱)، نظریه ادراک خویشتن بوم^{۱۲} (۱۹۷۲) و نظریه ارزش‌های راجیک^{۱۳} (۱۹۷۶) شکل گرفته است (فیلدز^{۱۴} ۲۰۰۶). اخیراً نظریه ی خود تعین گری برای حمایت نظری مصاحبه انگیزشی پیشنهاد شده است. در این نظریه، تاکید زیادی بر ارضای نیازهای بنیادی روان شناختی خود مختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران می‌شود. براس نظریه تعیین گری، میزان ارضای نیازهای بنیادی روان شناختی مراجع، میزان موفقیت مصاحبه انگیزشی را پیش بینی می‌کند.

ارضای نیازهای بنیادی روان شناختی بعد از عمل جراحی عروق کرونر قلب می‌تواند در کنترل و کاهش عوامل خطر قلبی- عروقی مؤثر باشد که به نوبه خود از گرفتگی مجدد عروق کرونر جلوگیری می‌کند.

همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد در روش مصاحبه انگیزشی بر اساس رویکرد مراجع محوری، با برقراری ارتباط با نوجوان، به صورت همدلی صحیح و ملایمت متعادل همراه با صداقت؛ بدون پند و اندرز، قادر است شناخت وی نسبت به راهبردهای تنظیم هیجانی منفی و پیامدهای آن را افزایش داده (مرحله تأمل)، با فراهم نمودن محیطی مناسب برای خود-ارزیابی و خود-تنظیمی، منجر به تغییر نگرش، نسبت به بروز این رفتار نامطلوب گردد. در تکنیک مصاحبه انگیزشی، گوش دادن فعال به صحبت‌های اعضای گروه و انعکاس محتوا و احساسات، به منظور روشن سازی مشکلات پیش رو، تشریح و تقویت تجارب بیماران و مصاحبه‌گر به طور همزمان، نه تنها در برقراری ارتباط مؤثر اعضای گروه نقش اساسی داشته بلکه موجب تغییر در ارزش‌های افراد نیز می‌شود. بنابراین استفاده از این روش، خودکارآمدی اعضای گروه را افزایش داده، قدرت تصمیم گیری را

¹ . Bem 3
¹ . Rokeach 4
¹ . Fields 5

⁹ . Rollnick
¹ . Rogers 0
¹ . Janis & Mann 1
¹ . Borom 2

خودمختاری و آزادی عمل. به طور کلی، مصاحبه انگیزشی به دلیل کاهش مقاومت و تقویت اسنادها و انگیزه‌های درونی، ظرفیت و استعداد افزایش و تقویت نتایج درمانی در حیطه مشکلات مربوط به بیماری‌های مزمن را دارد و می‌توان این گونه برداشت کرد که مصاحبه انگیزشی، میزان مشارکت و موفقیت روش‌های درمانی عملگرای متعاقب خود را افزایش می‌دهد.

از جمله محدودیت‌های به وجود آمده در این پژوهش می‌توان اولاً به نگرش آزمودنی‌ها به آزمون‌های مورد استفاده، میزان همکاری آنها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه‌ی آنها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی و عدم اطمینان کامل از انجام تکالیف منزل توسط شرکت کنندگان بود.

دوماً، با توجه به حجم بالای تمرین‌ها و راهبردهای مورد استفاده در هر دو بسته‌ی درمانی، زمان بیشتری برای انتقال و نهادینه شدن مهارت‌های آموخته شده در شرکت کنندگان نیاز بود.

سوماً، از آنجا که هر درمان شناختی رفتاری و مصاحبه‌ی انگیزشی دارای تکالیفی برای منزل بود، با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی در ایران، درمانگر تنها از طریق آموزش و پیگیری تمرینات در جلسات درمان اجرای برنامه‌ی درمانی را کنترل نمود. این روش ممکن است برخی محدودیت‌ها را در تعمیم نتایج ایجاد نماید.

در پایان پیشنهاد می‌شود که برای پژوهش‌های آتی با ایجاد شرایط لازم، تمرینات درمانی در حوزه هر دو نوع درمان در مواردی که به تشخیص درمانگر لازم است، با حضور درمانگر در مراکز مورد تأیید و پیگیری قرار گیرد و ادامه یابد تا از این طریق مهارت‌آموزی در این حوزه و امکان استفاده از مزایای این روش‌های درمانی تسهیل گردد.

همچنین با توجه به نتایج به دست آمده در حوزه تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری و مصاحبه انگیزشی بر بهبود عملکرد بیماران قلبی عروقی، لذا پیشنهاد می‌شود این درمان برای بهبود کیفیت زندگی این افراد در جنبه‌های دیگر نیز به صورت گسترده اجرا شود.

همچنین می‌توان افرادی را که نیازمند درمان انفرادی هستند شناسایی کرد و قبل از ورود به گروه، درمان را به صورت انفرادی به این افراد ارائه داد تا تأثیر گروه‌درمانی پس از آن و یا به همراه آن، مضاعف گردد.

در اعضا بالا برده و باعث ایجاد انگیزه تغییر رفتار در آزمودنی‌های می‌شود. همچنین، چون در این پژوهش، آزمودنی‌های تحقیق، بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلبی بودند و این روش بر روی آنها انجام شده است، لذا بیان مثال‌ها و مصادیق و نیز فعالیت کارگاهی در زمینه تبیین مزایا و معایب راهبردهای تنظیم هیجانی منفی و ارتباط اعضا با یکدیگر در حوزه کسب مهارت‌های درست استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت در محیط اجتماعی بوده است، بنابراین، این احتمال وجود دارد که منطبق با هدف و موضوع تحقیق، روش مصاحبه انگیزشی بر راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگازنه و منفی اثرگذار بوده است و باعث شود فراوانی تنظیم هیجانی منفی در آنها کمتر یافته و فراوانی استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت در آنها افزایش یابد، چیزی که نتایج این پژوهش به آن دست یافت.

پروچسکا، دی کلمنته و نور کراس (۱۹۹۲) معتقدند که بسیاری از برنامه‌های درمان روانی اجتماعی در رابطه با بیماری‌های مزمن نتایج رضایت بخشی در بر نداشته اند، زیرا در آنها این فرض بدیهی شمرده می‌شود که مراجعان جدید از انگیزه‌ی زیادی برای مشارکت در درمان خود برخوردارند. در واقع در برنامه ریزی درمان، معمولاً موضوع انگیزه‌ی مراجع نادیده گرفته می‌شود. اما واقعیت این است که اغلب مراجعان در بسیاری از اختلال‌های رفتاری انگیزه‌ی زیادی در آغاز درمان برای تغییر ندارند. بنابراین برنامه‌ها و مداخلاتی مانند مصاحبه‌ی انگیزشی درمانگر را در مسیری پیش می‌برد که ادراکات بیمار در مورد وضعیت فعلی و انگیزه‌ی آنان را برای تغییر فراخوانده و کشف نماید. به نظر می‌رسد که مصاحبه‌ی انگیزشی از این راه‌ها باعث تأثیر بیشتر برنامه‌های درمانی می‌شود: افزایش انگیزه درونی و آمادگی فرد برای تغییر، افزایش مشارکت فعال تر، ماندگاری و پایبندی بیشتر به برنامه درمان، تقویت رفتار مثبت، افزایش نگرانی در مورد رفتار ناسالم در رابطه با سلامت جسمانی و روانی فرد به طور غیرمستقیم و بدون فشار و اجبار، مشارکت در تنظیم برنامه کار، بررسی سود و زیان تغییر، تعیین ارزش‌های اصلی زندگی، افزایش تضاد بین ارزش‌ها و رفتار آسیب رسان، ارائه اطلاعات، ارزیابی و تقویت اطمینان به تغییر و حمایت از خودکارآمدی به ویژه افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به رفتارهای سالم، تأکید بر حس

References

1. Yohannes, A. M., Willgoss, T. G., Baldwin, R. C., & Connolly, M. J. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *International journal of geriatric psychiatry*, ۲۰۱۰. 25(12), 1209-1221.
2. Rocha, N. S. D., & Fleck, M. P. Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2010. 32(2), 119-124.
3. Ahmadi, N., Reza Masouleh, S., Shekani, Z., & Kazem Nezhad Leili, E. Hemodynamic changes and related factors in patients undergoing coronary artery bypass grafting surgery. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 2012. 22(2), 1-10.
4. Von Haehling, S., Anker, M. S., & Anker, S. D. Prevalence and clinical impact of cachexia in chronic illness in Europe, USA, and Japan: facts and numbers update 2016. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 2016. 7(5), 507-509.
5. Moradi, T., & ADIB, H. M. The effect of a multi-modal preparation package on anxiety in patients undergoing coronary angiography. [International Cardiovascular Research Journal](#), 2015. 9(1):10-16.
6. Khalili, D., Sheikholeslami, F. H., Bakhtiyari, M., Azizi, F., Momenan, A. A., & Hadaegh, F. The incidence of coronary heart disease and the population attributable fraction of its risk factors in Tehran: a 10-year population-based cohort study. *PloS one*, 2014. 9(8), e105804.
7. Burnette, D., Duci, V., & Dhembo, E. Psychological distress, social support, and quality of life among cancer caregivers in Albania. *Psycho-oncology*, 2017. 26(6), 779-786.
8. Tal, Azar; Majlisi, Fereshteh; Rahimi Foroushani, Abbas; Mohebbi, Bahram; Shojaeizadeh, Davood; Salehi No, Alireza. Cognitive adaptation of type ۲ diabetic patients referred to the affiliated hospitals of Tehran University of Medical Sciences in compliance with treatment. *Journal of Health System Research* ۱۳۹۱; ۱۱(۶), ۱۰۶۸-۱۰۷۷. [In Persian]
9. Naderi Roush, Nadreh; Abed Saeedi, Jila; Besharat, Mohammad Ali; Darvishpour Kakhki, Ali; Alavi Majd, Hamid. An overview of patterns and theories of disease adaptation. *Payesh Magazine*, 2014; 13 (6), 687-693.
10. De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 2008. 372(9634), 246-255.
11. Karataş, T., & Bostanoğlu, H. Perceived social support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart disease. *International journal of nursing practice*, 2017. 23(4), e12558.
12. Zeighami Mohammadi, Sharareh; Tajvidi, Mansoureh; Ghazizadeh, Sharareh. The relationship between spiritual health and quality of life and mental health of young people with beta thalassemia major. *Journal of Blood Research*, 1393; 11 (2), 147-154. [In Persian]
13. Rafiei, Hossein; Alipour, Razieh. The Relationship between Mental Health, Social Psychological Adaptation, and Disease in Patients admitted to the Cardiovascular Department of Bu Ali Sina Medical Center in Qazvin in 1395. Report of the research project approved by Qazvin University of Medical Sciences. 1395. [In Persian]
14. Arnott, Robert. Seven ways to prevent and treat heart disease. Translated by Majid Najafi Zini and Rasamak Amini. Tehran: Book Therapy Publications. 1391. [In Persian]
15. Calat, James. Physiology of nerves and glands. Translated by Hadi Bahirai. Tehran: Arasbaran Publications. 1396. [In Persian]
16. Yousefi, Rahim; Asghari, Hamid; Taghiani, Elahe. Comparison of primary maladaptive schemas and cognitive emotion regulation in heart patients and normal individuals. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*, 1395. 24 (10), 130-143. [In Persian]
17. Soltani Shal, Reza; Agham Mohammadian Sharabaf, Mohammad Reza. Investigating the role of psychological variables and the importance of psychotherapy in the psychological pathology of heart patients. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*, 1394. 23 (96), 109-121. [In Persian]
18. Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 2015. 39(3), 263-278.
19. Kring, A. M., & Sloan, D. M. Emotion regulation in psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York, NY. Guilford Press. Krompinger, JW, Moser, JS, & Simons, RF (2008). Modulations of the electrophysiological response to pleasant stimuli by cognitive reappraisal. *Emotion*, 2010. 8, 132-137.
20. Jani, Mustafa; Salehi, Bahman; Al-Yasin, Ali; Davoodi, Hossein. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on quality of life in cardiovascular patients. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 1396. 20 (3), 22-30. [In Persian]
21. Houghton, Kate; Case, Paul and Clark, Kirk. Cognitive behavioral therapy. Translated by Habibollah Ghasemzadeh. Tehran: Arjmand. 1397. [In Persian]
22. Reavell, J., Hopkinson, M., Clarkesmith, D., & Lane, D. A. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in Patients with Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic medicine*, 2018. 80(8), 742-753.
23. Jazaieri, H., Goldin, P. R., & Gross, J. J. Treating social anxiety disorder with CBT: Impact on emotion regulation and satisfaction with life. *Cognitive Therapy and Research*, 2017. 41(3), 406-416.

24. Rosengren, D. B. Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook. Guilford Publications. 2017.
25. Shoushtari, Azadeh; Mohammad Rezaei, Ali; Taheri, Elham. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on emotional regulation, metacognitive beliefs and the mental rumination of divorced women. *Journal of Mental Health Principles*, 1395. 18 (6), 321-328. [In Persian]
26. Mahmoudi, Masoumeh; Mohammadkhani, Parvaneh; Ghobari Bonab, Bagher; Bagheri, Fariborz. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy group on stress coping strategies in caring relatives of Alzheimer's patients. *Elderly: Iranian Journal of Aging*, 1395. 11 (1), 190-2011. [In Persian]
27. Samadzadeh, Nasim; Poursharifi, Hamid; Babapour Khairuddin, Jalil. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychosocial adjustment with disease and symptoms of depression in people with type 2 diabetes. *Quarterly Journal of Clinical Psychology Studies*, 1393. 5 (17), 77-96. [In Persian]
28. Kazrani, Fatemeh . The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing anxiety and depression in female heart patients in Kermanshah, 3rd National Conference on Strategies for Development and Promotion of Educational Sciences, Psychology, Counseling and Education in Iran, Tehran, Association for Development and Promotion of Basic Sciences and Techniques, 2016. https://www.civilica.com/Paper-PCCONF03-PCCONF03_068.html
29. Rosengren, David. Motivational interview skills. Translated by Shima Tamnaei Far. Tehran: Arjmand Publications. 1393. [In Persian]
30. Lempola, L. Improving self-care adherence in chronic heart failure patients through motivational interviewing (Doctoral dissertation, The College of St. Scholastica). 2015.
31. Miller, W. R., & Rose, G. S. Motivational interviewing and decisional balance: contrasting responses to client ambivalence. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 2015. 43(2), 129-141.
32. Miller, W. R., & Rollnick, S. *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press. 2012.
33. Brothers, Majid; Zare, Hossein; Alipour, Ahmad; Farzad, Valiullah. The effectiveness of motivational interviews on psychological and physical indicators in patients with basal blood pressure. *Journal of Research in Mental Health Research*, 1395. 10 (4), 11-19. [In Persian]
34. Ghasemipoor, Yadaleh; Bahrami Ehsan, Hadi; Abbaspour, Somayeh; Poursharifi, Hamid. The effectiveness of motivational interviews on satisfying basic psychological needs in patients with open coronary artery vascular surgery. *Journal of Clinical Psychology*, 1390. 3 (2), 43-54. [In Persian]
35. Motabi, Fereshteh; Fati, Laden. *Therapeutic drawing in behavioral cognitive theory*. Tehran: Shahrivar Publishing, 1397. [In Persian]
36. Ledley, Billing, Peter; McCabe, Randy; Anthony, Martin. (2018). *Cognitive-behavioral therapy group*. ISBN-13: 978-1606234044.p131
37. Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*. Guilford Press. 2008.
38. Leah, Robert. *Cognitive Behavioral Techniques for Depression and Anxiety Disorders*. Translated by Samira Masoumian. Tehran: Ibn Sina. (Published in original language, 2014).
39. Deci EL, Ryan RM. The “what” and the “why” of goal pursuits: Human needs and the selfdetermination of behavior. *Psychol Inq*. 2000; (11):227-268.
40. Foote J, DeLuca A, Magura S, Warner A, Grand A, Rosenblum A. A group motivational treatment for chemical dependency. *J Subst Abuse Treat*. 1999; (17): 181-192
41. Tobin VJ. *Facilitating exercise behaviour change: A self-determination theory and motivational interviewing perspective*. University of Walse: Bangor; 2003.
42. Ledly, Hymberg & Marx. (2019). *Making cognitive-behavioral therapy work : clinical process for new practitioners*. Publisher : The Guilford Press; Third Edition (July 4, 2018). ISBN-13 : 978-1462535637.p140
43. Van den Akker, L. E., Beckerman, H., Collette, E. H., Eijssen, I. C. J. M., Dekker, J., & de Groot, V. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for the treatment of fatigue in patients with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 90, 33-42.
44. Ambar Kulshreshtha, Margarethe Goetz, Alvaro Alonso, Amit J. Shah, J. Douglas Bremner, Jack Goldberg, and Viola Vaccarino, (۲۰۱۹) Association Between Cardiovascular Health and Cognitive Performance: A Twins Study. The publisher's final edited version of this article is available at J Alzheimers Dis J Alzheimers Dis. 71(3): 957–968. doi: 10.3233/JAD-190217
45. Sillay, Stanberg, Cicella, Ruth and Drake, 2017 Socioeconomic status and cardiovascular disease: risks and implications for care. *Nature Reviews Cardiology*, 6(11), 712.
46. Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2008). Cognitive vulnerability to depression *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 34-78). New York: Guilford Publications.

Original Article

Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and motivational interviews on social psychological adjustment, cortisol hormone and cognitive emotion regulation in coronary heart disease patients

Received: 14/05/2020 - Accepted: 17/09/2020

Golnaz Seifollahzadeh[†]
Mohammad Hatami²
Hasan Ahadi³
Mohammad Ghaffarinejad⁴

¹ PhD student in Health Psychology,
Islamic Azad University (United Arab
Emirates) (Author)

² Department of Clinical Psychology,
Kharazmi University

³ professor, Department of Psychology,
Kish International Branch, Islamic
Azad University, Kish Island, Iran

⁴ Cardiovascular Surgeon, Shahid
Rajaei Cardiovascular Center.

Email: ph_alizadeh@yahoo.com

Abstract

Introduction: Cardiovascular disease is a serious, chronic and life-threatening disease in the world. Therefore, this study is designed to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and motivational interviews on social psychological adjustment, cortisol levels and cognitive emotion regulation in coronary heart disease patients.

Methods: For this purpose, a community of women aged 30 to 50 with cardiovascular disease referred to Shahid Rajaei Medical Center in Tehran, 45 people were selected in an accessible way and randomly in experimental and control groups (each group 15 People) were placed. The dependent variables were measured twice before and after the test using the Social Psychological Adjustment Scale, the IBL salivary cortisol kit, and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.

Results: Frequent measurement analysis of variance showed that both cognitive-behavioral intervention and motivational interview groups improved psychosocial adjustment, decreased cortisol in patients with coronary heart disease, and improved cognitive emotion regulation compared to the control group in both postoperative stages. Examination and follow-up have been significant.

Conclusion: Both treatments were equally effective in improving patients' psychosocial adjustment, but motivational interviews were more effective in reducing cortisol than cognitive-behavioral therapy, and cognitive-behavioral therapy was more effective than motivational interviews in improving cognitive emotion regulation.

Keywords: Cortisol, cognitive emotion regulation, cognitive-behavioral therapy, coronary heart disease.