

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

Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychosocial adjustment, cortisol and cognitive emotion regulation in patients with coronary heart disease

Golnaz Seifollahzadeh

PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

Mohammad Hatami (Corresponding author)

Faculty Member of the Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Email: hatami513@gmail.com

Hassan Ahadi

Faculty Member, Faculty of Psychology, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran

Mohammad Ghaffarnejad

Cardiovascular Surgeon, Shahid Rajaei Cardiovascular Center.

Abstract

Aim: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychosocial adjustment, cortisol levels and cognitive emotion regulation in patients with coronary heart disease. **Method:** For this purpose, 30 women from 30 to 50 years old with cardiovascular disease referred to Shahid Rajaei Hospital in Tehran were selected by convenience sampling method and According to the input criteria to the experimental and control groups (15 people in each group). Cognitive-behavioral testing received cognitive-behavioral therapy in 6 sessions and the control group did not receive any intervention.

Results: The results of the data showed through repeated measures analysis of variance that cognitive-behavioral intervention on improving psychosocial adjustment, reducing cortisol in vascular patients Coronation of the heart and improvement of cognitive emotion regulation were significantly more effective than the control group in both post-test and follow-up stages. **Conclusion:** Cognitive-behavioral therapy is effective in improving patients' psychosocial adjustment and has a significant effect on improving cognitive emotion regulation.

Keywords: Psychosocial adjustment, Cortisol hormone, Cognitive emotion regulation, Cognitive-Behavioral Therapy, Coronary artery disease patients.

گلناز سیف اله زاده

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه

آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده متحده عربی.

محمد حاتمی (نویسنده مسئول)

عضو هیات علمی گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی،

تهران، ایران

Email: hatami513@gmail.com

حسن احدی

عضو هیات علمی دانشکده روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

محمد غفاری نژاد

جراح قلب و عروق، مرکز قلب و عروق شهید رجایی

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سازگاری روانی اجتماعی، میزان هورمون کورتیزول و تنظیم شناختی هیجان در بیماران عروق کرونر قلبی طرح ریزی شده است. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی (با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون چند گروهی با گروه گواه) بود. جامعه‌آمارای از جامعه زنان ۳۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به بیماری قلبی عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید رجایی شهر تهران تعداد ۳۰ نفر به شیوه‌ی در دسترس انتخاب شدند و با توجه به ملاک‌های ورودی و خروجی در گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش شناختی رفتاری طی ۶ جلسه درمان شناختی رفتاری را دریافت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. یافته‌ها: نتایج داده‌ها از طریق تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که مداخله‌ی شناختی رفتاری بر بهبود سازگاری روانی اجتماعی، کاهش هورمون کورتیزول در بیماران عروق کرونر قلب و بهبود تنظیم شناختی هیجان نسبت به گروه کنترل در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری داشته است. **نتیجه‌گیری:** درمان شناختی رفتاری بر بهبود سازگاری روانی اجتماعی بیماران موثر بوده و در بهبود تنظیم شناختی هیجان اثربخشی معناداری داشته است.

کلمات کلیدی: سازگاری روانی اجتماعی، کورتیزول، تنظیم شناختی هیجان، درمان

شناختی رفتاری، بیماری عروق کرونر قلب.

مقدمه

در میان تمام بیماری‌ها، بیماری‌های مزمن علت بسیاری از مرگ و میرها در سراسر جهان می‌باشد (یوهانس، ویلگوس، بالدوین، کونولی^۱، ۲۰۱۰). بیماری‌های مزمن بار اقتصادی و اجتماعی زیادی را درست در زمانی که بیمار بیشترین بهره‌وری را از لحاظ، اجتماعی و اقتصادی دارا است، بر جامعه تحمیل می‌کند. از این رو یکی از چالش‌های مهمی که سیستم‌های بهداشتی در قرن ۲۱ در سراسر جهان با آن مواجه می‌شوند، افزایش بار ناشی از بیماری‌های مزمن می‌باشد (روشا و فلک^۲، ۲۰۱۵). بیماری عروق کرونر قلب^۳ در اثر اجتماع پلاکت‌ها در عروق به وجود می‌آید و به دنبال این اتفاق جریان خون هم مسدود می‌شود و خطر حمله قلبی و سکته در فرد بیمار افزایش می‌یابد. عوامل خطر ساز بیماری عروق کرونر قلب را می‌توان در سه گروه زیستی، روانی و اجتماعی قرار داد. متخصصان قلب و عروق، عوامل جسمانی شناخته شده‌ای را با بروز بیماری عروق مرتبط می‌دانند (خلیلی و همکاران، ۲۰۱۴). با وجود این، شواهد حاکی از آن است که این موارد حداکثر پنجاه درصد از بروز این بیماری را پیش بینی می‌کنند و عوامل جسمانی به تنهایی قادر به تبیین بروز و نیز تداوم بیماری کرونر قلب نیستند. از بین فاکتورهای بحث شده، امروزه توجه زیادی به مفهوم سازگاری روانی اجتماعی در بیماران قلبی به ویژه بیماران عروق کرونر قلبی شده است (برنت، دوسی و دمبو^۴، ۲۰۱۷). فرایند سازگاری با یک بیماری مزمن فرایندی پویاست که دائماً تحت تاثیر محرک‌های فردی و محیطی قرار می‌گیرد، در این فرایند فرد مبتلا بایستی با چالش‌های فردی و محیطی مقابله نماید تا به درجه‌ی مطلوبی از سلامت جسمی روانی و اجتماعی رسیده و در نتیجه به سازگاری موفق دست یابد؛ بنابراین می‌توان گفت که دستیابی به سلامت در بیماری مزمن به وسیله برقراری سازگاری در ابعاد مختلف وجود بیمار (بعد جسمی، روانی و اجتماعی) امکان‌پذیر است (کاراتاس و بستانغلو^۵، ۲۰۱۷). از سوی دیگر سازگاری روانی اجتماعی^۶ بیماران به وسیله ماهیت غیر قابل پیش‌بینی بیماری، نظیر نیاز به بستری مجدد، درمان‌های تهاجمی و حتی مرگ ناگهانی به چالش کشیده شده است (ضیغمی، تجویدی و قاضی‌زاده، ۱۳۹۳) و 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 (رفیعی و علیپور، ۱۳۹۵). بنابراین عامل دیگری که می‌تواند بر شدت بیماری‌های قلبی و عروقی تاثیرگذار باشد، میزان استرسی است که فرد در طی اتفاقات روزمره متحمل می‌شود. هورمون کورتیزول^۷ که به هورمون استرس نیز شهرت دارد، معروفترین گلوکوکورتیکوئید^۸ بدن است که از غدد فوق کلیوی ترشح می‌شود (آرنوت^۹، ۱۳۹۱). کورتیزول به نوبه‌ی خود، در همه چیز نقش دارد، از چگونگی، استفاده‌ی بدن از گلوکز گرفته تا فشار خون و عملکرد سیستم ایمنی بدن. تولید کورتیزول اگر به میزان کم باشد، برای بدن مفید است اما میزان بالای کورتیزول در بدن یکی از عوامل خطر برای بیماری‌های قلبی عروقی است و

^۱ . Yohannes, Willgoss, Baldwin, Connolly

^۲ . Rocha & Fleck

^۳ . Coronary heart disease

^۴ . Burnette, Duci, & Dhembo

^۵ . Karataş, & Bostanoğlu

^۶ . Psychosocial adjustment

^۷ . Cortisol

^۸ . glucocorticoids

^۹ . Arnot

این حالت زمانی پدید می‌آید که فرد در معرض استرس طولانی‌مدت باشد (کالات^۱، ۱۳۹۶). علاوه بر این، پیشرفت‌های نوین پزشکی، توجه متخصصان روان‌شناسی سلامت در رابطه با عوامل غیرزیستی بیماری‌های قلبی عروقی را به نقش عوامل هیجانی موثر در بروز و پیشرفت این بیماری معطوف ساخته است (یوسفی، اصغری و طغیانی، ۱۳۹۵). 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 (آلداو، شیپز و گروس^۲، ۲۰۱۵). تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل تجربه‌ی هیجانی، ابراز هیجانی و شدت یا نوع تجارب هیجانی یا واقعه‌ی فراخواننده‌ی هیجان به کار می‌روند (کرینگ و اسلوآن^۳، ۲۰۱۰). بنابراین با توجه به اینکه افرادی که سبک‌های شناختی ناسازگارانه دارند در برابر مشکلات هیجانی آسیب‌پذیرترند، نیاز هست که از تکنیک‌هایی روان‌شناختی استفاده کنند و از روش‌هایی بهره‌گیرند تا بتوانند بر این هیجان‌ات فائق آمده و آنها را کنترل کنند.

در طی سال‌های اخیر درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی بیماران قلبی عروقی به کار گرفته شده که یکی از این درمان‌ها که در کنار درمان‌های پزشکی به بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک بسیاری کرده، درمان‌شناختی رفتاری^۴ است (جانی و همکاران، ۲۰۱۸). درمان‌شناختی رفتاری یک رویکرد روان‌درمانی است که احساسات ناکارآمد، رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را از طریق شماری از روش‌های سیستماتیک، صریح و هدف‌مدار نشانه می‌گیرد. درمان‌شناختی رفتاری با تمرکز بر حل مسئله، عهده‌دار حل مشکلات به خصوصی می‌شود و در این رویکرد درمان‌گر با عمل‌گرایی تلاش می‌کند با کمک به مراجع در انتخاب استراتژی خاصی برای مواجهه با مشکل به او کمک کند (هاوتون، کرک، سالکوسکیس و کلارک^۵، ۲۰۱۹). هدف اصلی درمان‌شناختی رفتاری این است که با تغییر و اصلاح شیوه‌ی تفکر و رفتار، احساسات فرد را تغییر دهد. درمان‌شناختی رفتاری می‌تواند به مردم برای حل مشکلات مربوط به سلامت جسمانی، اجتماعی، شغلی و عاطفی‌شان کمک کند. در حقیقت درمان‌شناختی رفتاری با بهره‌گیری از تحقیقات و پژوهش‌های مختلف علمی نشان داد که بیشتر مشکلات روانی و اختلالات احساسی به خاطر باورها و طرز فکر کنونی افراد به وجود می‌آیند (موتابی و فتی، ۱۳۹۷).

ادبیات پژوهشی نشان دهنده‌ی اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری بر متغیرهای یاد شده هستند که از میان آنها می‌توان به ریوال، هاپکینسون، کلارک اسمیت و لن^۶ (۲۰۱۸) اشاره کرد که طی یک فراتحلیل دریافتند که درمان‌شناختی 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^۷ (۲۰۱۷) نشان داد که درمان‌شناختی رفتاری باعث افزایش تنظیم هیجانی مثبت و کاهش تنظیم هیجانی منفی می‌گردد. سویج و همکاران^۸ (۲۰۱۷) نیز دریافتند که درمان‌شناختی رفتاری

^۱. Kalat

^۲. Aldao, Sheppes, & Gross

^۳. Kring & Sloan

^۴. cognitive behavioral therapy

^۵. Hawton, Creck, Salkovoskiss, clarck

^۶. Reavell, Hopkinson, Clarkesmith & Lane

^۷. Goldin & Gross

^۸. Suveg

باعث بهبود سازگاری اجتماعی در جوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شد. رونسینک و همکاران^۱ (۲۰۱۶) نیز دریافتند که در بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، وقتی درمان شناختی رفتاری با دارو درمانی همراه می‌شود به میزان بیشتری هورمون کورتیزول را نسبت به زمانی که فقط دارو دریافت می‌کنند، کاهش می‌دهد. نتایج تحقیق ساب^۲ و همکارانش (۲۰۰۹) نشان داد که اضافه نمودن آموزش گروهی شناختی رفتاری به درمان انفرادی، منجر به کاهش پیامدهای پزشکی و همچنین اضطراب و افسردگی در این بیماران می‌شود. همچنین شوشتری، محمدرضائی و طاهری (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که گروه درمانی شناختی رفتاری بر بهبود تنظیم هیجانی زنان مطلقه به طور معناداری موثر است. عبدی زاده و محمدی فر (۱۳۹۵) در پژوهشی دریافتند که در گروه آزمایشی، راهبردهای تنظیم هیجان مسئله‌محور، راهبردهای شناختی متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت افزایش داشته است. و در تنظیم هیجانات منفی نیز کاهش محسوس در استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار، راهبردهای شناختی خود سرزنش‌گر، نشخوار ذهنی، فاجعه‌آمیز کردن مشاهده گردید. لذا می‌توان گفت تنظیم هیجانات نتیجه مداخلات درمانی بوده است. محمودی، محمدخانی، غباری بناب و باقری (۱۳۹۵) نیز دریافتند که گروه درمانی شناختی رفتاری می‌تواند استفاده از راهبردهای مقابله با استرس سازگار را افزایش و استفاده از راهبردهای مقابله با استرس ناسازگار را در خویشاوندان مراقبت‌کننده مبتلایان به آلزایمر کاهش دهد. صمدزاده، پورشریفی و باباپور خیرالدین (۱۳۹۵) 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 می‌شود. همچنین کازرانی (۱۳۹۵) 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 تأثیری مثبت بر کاهش اضطراب و افسردگی و استرس دارند و نتایج این پژوهش ضرورت بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های متداول دارویی برای بیماران قلبی عروقی را نشان می‌دهند. جمشیدزهی، اصغری ابراهیم آبادی مشهدی و دانش ثانی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب، نگرانی و حمله‌ی وحشت‌زدگی در بیماران قلبی دریافتند که این نوع درمان در کاهش اضطراب، استرس و نگرانی و کاهش حمله‌ی وحشت‌زدگی در این بیماران به طور معناداری موثر بوده است. بیاضی، احدی، فتی و دانش ثانی (۱۳۹۱) در پژوهشی دریافتند که این برنامه‌ی درمانی موجب کاهش استرس و تنش در بیماران کرونری قلب مزمن می‌شود.

با توجه به آمار شیوع و بروز بیماری‌های قلبی و اثرات نامطلوبی که این بیماری‌ها بر عملکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی دارند. توجه به سازگاری روانی اجتماعی، میزان استرس و سطح کورتیزول و تنظیم هیجانی این بیماران برای بهبود بیماری اهمیت می‌یابد. لذا مطالعه حاضر طراحی گردید تا به این سوال پاسخ دهد که آیا درمان شناختی رفتاری در سازگاری روانی اجتماعی، میزان کورتیزول و تنظیم شناختی هیجان در بیماران عروق کرونری قلب اثربخش است؟ امید که نتایج حاصل در بهبود خدمات ارائه شده به بیماران قلبی موثر باشد.

^۱ . Rosnick

^۲ . Saab

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی (با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری) است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران عروق کرونر قلب با دامنه‌ی سنی ۳۰ تا ۵۰ سال بود که در شش ماهه‌ی دوم سال ۱۳۹۷ به مراکز درمانی شهید رجایی شهر تهران مراجعه کرده‌اند 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 رجایی دعوت به همکاری گردید و تعداد ۳۰ نفر انتخاب شده و به طور تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره گمارده شدند. ملاک‌های ورود به گروه شامل تشخیص قطعی نارسایی قلبی عروقی توسط متخصص قلب و ثبوت در پرونده‌ی بیمار، نداشتن بیماری‌های مزمن جسمی دیگر، نداشتن اختلالات روانی محور یک و دو راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM5)، داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم و دامنه‌ی سنی بین ۳۰ تا ۵۰ سال بود. ملاک خروج از گروه نیز شامل مصرف انواع مواد مخدر و الکل، مصرف داروهای روان‌پزشکی، ابتلا به بیماری‌های روانی مزمن نظیر انواع روان‌پریشی، عدم تمایل به شرکت یا انصراف از ادامه کار و شرکت نکردن بیش از یک جلسه در جلسات گروه درمانی بود.

ابزار

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) ساخته شد و دارای ۳۶ گویه (۹ خرده‌مقیاس) است و بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. 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 زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۴ و ۰/۸۲ گزارش شده است. همچنین، در تحقیق بالزاروتی، جیمز و گراس (۲۰۱۰) روایی ساختاری پرسشنامه‌ی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ی 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. خرده‌مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجانی مثبت در این پرسشنامه شامل پذیرش (۴ ماده) (فکر می‌کنم که باید قبول کنم که چنین حادثه‌ای اتفاق افتاده است)، بازتمرکز مثبت (۵ ماده) (فکر می‌کنم که حادثه‌ای بدتر از این هم، می‌توانست اتفاق بیفتد)، باز ارزیابی مثبت (۵ ماده) (فکر می‌کنم که باید موقعیت را بپذیرم)، تمرکز مجدد بر روی برنامه ریزی (۳ ماده) (مدام با این مسأله فکر می‌کنم که آن چه را که من تجربه کرده‌ام، چقدر وحشتناک است) و رسیدن به یک دورنما (۳ ماده) (به اشتباهات و خطایابی که در این مسأله داشتم، فکر می‌کنم) است. همچنین خرده‌مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجانی منفی شامل مقصر دانستن خود (۳ ماده) (به اشتباهات و خطایابی که در این مسأله داشتم، فکر می‌کنم)، مقصر دانستن دیگران (۴ ماده) (به اشتباهات و خطایابی که دیگران در این رابطه انجام داده‌اند، فکر می‌کنم)، فاجعه‌سازی (۴ ماده) (بیشتر اوقات فکر می‌کنم آن چه که من تجربه کرده‌ام، بدترین چیزی است که می‌تواند برای هر

فرد اتفاق بیفتد) و نشخوار فکری (۵ماده) (به خودم می‌گویم که در زندگی چیزهای بدتری هم هست) است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس سازگاری روانی اجتماعی: مقیاس سازگاری روانی اجتماعی شامل ۴۶ سؤال است که در یک مقیاس چهار درجه ای (صفر تا سه) شامل هفت حوزه‌ی جهت‌گیری مراقبت بهداشتی، محیط شغلی، محیط خانه، روابط جنسی، گستره روابط خانوادگی، محیط اجتماعی و درماندگی روانشناختی است. 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). شیوه‌ی نمره‌گذاری در پرسشنامه سازگاری روانی اجتماعی به این صورت است که هر چه نمره‌ی فرد در این پرسشنامه بالاتر باشد، سازگاری روانی اجتماعی پایین‌تری دارد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

کیت کورتیزول بزاقی: برای اندازه‌گیری غلظت کورتیزول بزاقی از کیت کورتیزول شرکت IBL آلمان مدل RE52611 (با حساسیت ۰/۰۳ $\mu\text{g/dl}$ یا ۰/۳ ng/ml) به روش الیزا استفاده شد. بدین‌منظور نمونه بزاق آزمودنی‌ها در دو نوبت پیش‌آزمون و پس‌آزمون اندازه‌گیری شد. برای سنجش سطح کورتیزول بزاقی، پس از ثبت اطلاعات بالینی و جمعیتی افراد از آنها خواسته شد ۹۰ دقیقه قبل از نمونه‌گیری از خوردن و آشامیدن و مسواک زدن اجتناب کنند و ۱۰ تا ۱۵ دقیقه قبل از شروع نمونه‌گیری 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. باتوجه به اینکه ترشح کورتیزول از ریتم شبانه‌روزی پیروی می‌کند، زمان نمونه‌گیری در هر دو مرحله یکسان بود (در ساعت ۱۰ تا ۱۲ صبح، نزدیک اوج سطح کورتیزول سرم) و نمونه در محیطی آرام جمع‌آوری شد. با توجه به یکسان بودن زمان نمونه‌گیری اثر ریتم شبانه‌روزی بر ترشح هورمون‌ها کنترل شد. در تمام مراحل، نمونه‌های بزاقی جمع‌آوری شده به سرعت فریز و در اسرع وقت به آزمایشگاه منتقل شدند. پس از جمع‌آوری بزاق نمونه‌ها تا زمان انجام آزمایش‌ها در لابراتوار 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 ته‌نشین شود. غلظت کورتیزول با استفاده از مایع شفاف موجود در لوله‌ها اندازه‌گیری شد. تمام نمونه‌های بزاقی در شرایط یکسان محیطی (زمان و مکان و آزمایشگر) آزمایش شدند.

روش اجرا

در مطالعه حاضر پس از انتخاب هدفمند و داوطلبانه اعضای گروه نمونه که در بخش معرفی نمونه ارائه شد، و به دنبال گمارش نمونه اولیه به یک گروه آزمایش (شامل گروه درمانی شناختی رفتاری) و یک گروه کنترل، اجرای پژوهش به عنوان اجرای گروه درمانی وارد گردید.

طرح درمان شناختی رفتاری بر مبنای مدل درمان شناختی رفتاری معرفی شده توسط موتابی و فتی (۱۳۹۷)، هاوتون و همکاران (۱۳۹۷) و لدلی، مارکس و هممبرگ (۱۳۹۴) طراحی گردید. شرکت کنندگان گروه درمان شناختی رفتاری در ۶ 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 بحث درباره ریشه ها و عوامل درونی و بیرونی ایجاد کننده استرس و اضطراب تکلیف خانگی (ثبت چرخه فکر، حس رفتار در منزل)
۲	ارزیابی تکالیف 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 هیجان های منفی، تکلیف خانگی (انجام تمرین تن آرامی و ادامه ثبت افکار روزانه و شناسایی خطاهای غیر منطقی و استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین برای شناسایی باورهای بنیادین)
۳	ارزیابی تکالیف 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)
۴	ارزیابی تکلیف خانگی، آموزش تصویر سازی ذهنی در جهت چالش خیالی با مفروضه ها و باورهای بنیادین، آموزش مهارت های ارتباطی و الگوهای مخرب ارتباطی و آموزش سبک ارتباطی صحیح، تکلیف خانگی (انجام تکنیک تصویر سازی ذهنی به صورت روزانه، به کار گیری مهارت های ارتباطی)
۵	ارزیابی تکلیف خانگی، آموزش فن حل مساله (صورت بندی مساله، ارائه راه حل، ارزیابی راه حل ها، بارم بندی، انتخاب راه حل و اجرای آن، پسنخوردن)، 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 مهارت های یاد گرفته شده، مقایسه افکار و راهبردهای پیش از درمان با افکار و راهبردها و مهارت های آموخته شده در جلسات درمان در جهت یکپارچه سازی درمان، انجام پس آزمون

داده ها با استفاده از روش های توصیفی و استنباطی چندگانه ای مورد تحلیل قرار گرفتند. در سطح توصیفی شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی (میانگین، انحراف معیار) برای گروه های پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شدند. در سطح استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی داده ها و فرضیه های پژوهش استفاده شد. این تحلیل ها به کمک نرم افزار اس پی اس ۲۴ انجام گردید. ملاحظات اخلاقی: رعایت و حفظ رازداری نسبت به شرایط و اطلاعات شرکت کنندگان، استفاده از داده های حاصل از اجرای پژوهش فقط در راستای اهداف پژوهش، عدم استفاده از اجبار برای شرکت یا ادامه مشارکت در پژوهش.

یافته ها

دامنه ی سنی افراد شرکت کننده در این پژوهش بین ۳۰ تا ۵۰ سال بود ۵۱٪ کل شرکت کنندگان زن و ۴۹٪ مرد بودند و دامنه تحصیلات بین دیپلم تا فوق لیسانس متغیر بود. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر به بررسی پیش فرض های اجرای تحلیل کوواریانس می پردازیم. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می دهد که توزیع سازگاری روانی اجتماعی ($Z=0/123, P=0/173$)، کورتیزول ($Z=0/100, P=0/200$) و تنظیم شناختی هیجان منفی ($Z=0/116, P=0/151$) و مثبت ($Z=0/113, P=0/184$) در پیش آزمون نرمال می باشد. بنابراین پیش فرض اول رعایت می گردد. مفروضه ی برابری واریانس ها با استفاده از آزمون لوین برای متغیرهای سازگاری روانی اجتماعی،

کورتیزول، تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی برقرار و به ترتیب برابر با ($F=2.961, 3.006, 1.846, 1.054, P>$) بود. بنابراین اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مجاز می‌باشد.

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای عامل درون‌گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تعامل عامل درون‌گروهی و عامل بین گروهی (گروه کنترل و آزمایش) برای سازگاری روانی اجتماعی

میزان	زمان	نوع تحلیل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا
سازگاری روانی اجتماعی	زمان	با رعایت فرض کرویت	۴۸۳/۲۸۹	۲	۲۴۱/۶۴۴	۱۸۱/۷۷۴	۰/۰۰۰	۰/۸۶۷
		گرین هوس-گیزر	۴۸۳/۲۸۹	۱/۷۹۳	۲۶۹/۶۰۴	۱۸۱/۷۷۴	۰/۰۰۰	۰/۸۶۷
		هاین-فلت	۴۸۳/۲۸۹	۱/۹۷۶	۲۴۴/۶۱۸	۱۸۱/۷۷۴	۰/۰۰۰	۰/۸۶۷
		حد پائین	۴۸۳/۲۸۹	۱/۰۰۰	۴۸۳/۲۸۹	۱۸۱/۷۷۴	۰/۰۰۰	۰/۸۶۷
مداخله	زمان پیگیری	با رعایت فرض کرویت	۴۰۴/۲۶۷	۲	۲۰۲/۱۳۳	۱۵۲/۰۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۶۷
		گرین هوس-گیزر	۴۰۴/۲۶۷	۱/۷۹۳	۲۲۵/۵۲۱	۱۵۲/۰۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۶۷
		هاین-فلت	۴۰۴/۲۶۷	۱/۹۷۶	۲۰۴/۶۲۱	۱۵۲/۰۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۶۷
		حد پائین	۴۰۴/۲۶۷	۱/۰۰۰	۴۰۴/۲۶۷	۱۵۲/۰۵۳	۰/۰۰۰	۰/۸۶۷
نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در متغیر سازگاری روانی اجتماعی								
گروه درمان شناختی رفتاری								
گروه مورد مقایسه								
تفاوت میانگین‌ها								
خطای استاندارد								
معناداری								
پس آزمون								
پیش آزمون								
پس آزمون								

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه جفتی دو نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان شناختی رفتاری در متغیر سازگاری روانی اجتماعی ارائه شده است. چنان‌که مشاهده می‌شود، بین نمرات پیش‌آزمون سازگاری روانی اجتماعی با نمرات پس‌آزمون و پیگیری این متغیر در گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد ($p<0/05$). بنابراین با توجه به نتایج ارائه شده در جدول، درمان شناختی رفتاری بر سازگاری روانی اجتماعی در بیماران کرونر قلبی (در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری) موثر است.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای عامل درون‌گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تعامل عامل درون‌گروهی و عامل بین‌گروهی (گروه کنترل و آزمایش) برای کورتیزول

مجدور سهمی اتا	معناداری	ضریب F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	نوع تحلیل	زمان تکرار	تکرار	
۰/۷۱۲	۰/۰۰۰	۶۹/۳۴۶	۴۲/۴۶۵	۲	۸۴/۹۲۹	با رعایت فرض کرویت	زمان	کورتیزول	
۰/۷۱۲	۰/۰۰۰	۶۹/۳۴۶	۴۶/۸۲۷	۱/۸۱۴	۸۴/۹۲۹	گرین هاوس-گیزر			
۰/۷۱۲	۰/۰۰۰	۶۹/۳۴۶	۴۲/۴۶۵	۲	۸۴/۹۲۹	هاین-فلت			
۰/۷۱۲	۰/۰۰۰	۶۹/۳۴۶	۸۴/۹۲۹	۱	۸۴/۹۲۹	حد پائین			
۰/۸۴۸	۰/۰۰۰	۳۱۲/۳۵۸	۳۱۳/۷۴۸	۲	۶۲۷/۴۹۵	با رعایت فرض کرویت	تکرار زمان × گروه		کورتیزول
۰/۸۴۸	۰/۰۰۰	۳۱۲/۳۵۸	۳۴۵/۹۷۷	۱/۸۱۴	۶۲۷/۴۹۵	گرین هاوس-گیزر			
۰/۸۴۸	۰/۰۰۰	۳۱۲/۳۵۸	۳۱۳/۷۴۸	۲	۶۲۷/۴۹۵	هاین-فلت			
۰/۸۴۸	۰/۰۰۰	۳۱۲/۳۵۸	۶۲۷/۴۹۵	۱	۶۲۷/۴۹۵	حد پائین			

نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در متغیر کورتیزول

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه مورد مقایسه	گروه درمان شناختی رفتاری
۰/۰۰۰	۰/۲۲۶	۲/۳۷۸ ^a	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
۰/۰۰۰	۰/۲۰۷	۱/۲۶۹ ^a	پیگیری	پیش‌آزمون
۰/۰۰۰	۰/۱۶۹	-۱/۱۰۸ ^a	پیگیری	پس‌آزمون

برای متغیر کورتیزول، چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه جفتی گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) و گروه کنترل در متغیر کورتیزول ارائه شده است. چنان‌که مشاهده می‌شود، بین نمرات پیش‌آزمون متغیر کورتیزول با نمرات پس‌آزمون و پیگیری این متغیر در گروه مصاحبه‌انگیزی تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$). بنابراین با توجه به نتایج ارائه شده در جدول، درمان شناختی رفتاری بر کاهش میزان کورتیزول خون در بیماران کرونر قلبی (در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری) موثر است.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای عامل درون‌گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تعامل عامل درون‌گروهی و عامل بین‌گروهی (گروه کنترل و آزمایش) برای تنظیم هیجانی مثبت

مجدور سهمی اتا	معناداری	ضریب F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	نوع تحلیل	تکرار زمانی	تکرار مکانی	
۰/۸۹۴	۰/۰۰۰	۲۳۶/۶۴۹	۷۹۰/۱۴۴	۲	۱۵۸۰/۲۸۹	با رعایت فرض کرویت	زمانی	تکرار مکانی	
۰/۸۹۴	۰/۰۰۰	۲۳۶/۶۴۹	۱۳۵۲/۶۴۶	۱/۱۶۸	۱۵۸۰/۲۸۹	گرین هاوس-گیزر			
۰/۸۹۴	۰/۰۰۰	۲۳۶/۶۴۹	۱۲۸۳/۰۰۶	۱/۲۳۲	۱۵۸۰/۲۸۹	هاین-فلت			
۰/۸۹۴	۰/۰۰۰	۲۳۶/۶۴۹	۱۵۸۰/۲۸۹	۱	۱۵۸۰/۲۸۹	حد پائین			
۰/۸۵۶	۰/۰۰۰	۱۶۶/۴۳۳	۵۵۵/۷۰۰	۲	۱۱۱۱/۴۰۰	با رعایت فرض کرویت	تعامل زمان × گروه		تکرار مکانی
۰/۸۵۶	۰/۰۰۰	۱۶۶/۴۳۳	۹۵۱/۳۰۱	۱/۱۶۸	۱۱۱۱/۴۰۰	گرین هاوس-گیزر			
۰/۸۵۶	۰/۰۰۰	۱۶۶/۴۳۳	۹۰۲/۳۲۴	۱/۲۳۲	۱۱۱۱/۴۰۰	هاین-فلت			
۰/۸۵۶	۰/۰۰۰	۱۶۶/۴۳۳	۱۱۱۱/۴۰۰	۱	۱۱۱۱/۴۰۰	حد پائین			

نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در متغیر تنظیم هیجانی مثبت

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه مورد مقایسه	گروه درمان شناختی رفتاری
۰/۰۰۰	۰/۵۷۸	-۹/۰۶۷*	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۰	۰/۵۴۵	-۸/۷۰۰*	پیگیری	پیش آزمون
۰/۱۹۱	۰/۱۹۰	۰/۳۶۷	پیگیری	پس آزمون

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

برای متغیر تنظیم هیجانی مثبت، چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه جفتی گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) و گروه کنترل در متغیر تنظیم هیجانی مثبت ارائه شده است. چنان‌که مشاهده می‌شود، بین نمرات پیش‌آزمون متغیر تنظیم هیجانی مثبت با نمرات پس‌آزمون و پیگیری این متغیر در گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0.05$). همچنین در ادامه به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجانی منفی پرداخته می‌شود.

پژوهش‌گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای عامل درون‌گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تعامل عامل درون‌گروهی و عامل بین گروهی (گروه کنترل و آزمایش) برای تنظیم هیجانی منفی

مجدور سهمی اتا	معناداری	ضریب F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	نوع تحلیل	زمان تجزیه	نوع تحلیل
۰/۶۶۷	۰/۰۰۰	۵۶/۱۰۰	۵۰۵/۴۷۸	۲	۱۰۱۰/۹۵۶	با رعایت فرض کرویت	۰/۰۰۰	تجزیه
۰/۶۶۷	۰/۰۰۰	۵۶/۱۰۰	۶۰۶/۹۱۹	۱/۶۶۶	۱۰۱۰/۹۵۶	گرین هاوس-گیزر	۰/۰۰۰	تجزیه
۰/۶۶۷	۰/۰۰۰	۵۶/۱۰۰	۵۵۴/۹۷۱	۱/۸۲۲	۱۰۱۰/۹۵۶	هاین-فلت	۰/۰۰۰	تجزیه
۰/۶۶۷	۰/۰۰۰	۵۶/۱۰۰	۱۰۱۰/۹۵۶	۱/۰۰۰	۱۰۱۰/۹۵۶	حد پائین	۰/۰۰۰	تجزیه
۰/۷۰۲	۰/۰۰۰	۶۵/۸۳۹	۵۹۳/۲۳۳	۲	۱۱۸۶/۴۶۷	با رعایت فرض کرویت	۰/۰۰۰	تجزیه
۰/۷۰۲	۰/۰۰۰	۶۵/۸۳۹	۷۱۲/۲۸۶	۱/۶۶۶	۱۱۸۶/۴۶۷	گرین هاوس-گیزر	۰/۰۰۰	تجزیه
۰/۷۰۲	۰/۰۰۰	۶۵/۸۳۹	۶۵۱/۳۱۹	۱/۸۲۲	۱۱۸۶/۴۶۷	هاین-فلت	۰/۰۰۰	تجزیه
۰/۷۰۲	۰/۰۰۰	۶۵/۸۳۹	۱۱۸۶/۴۶۷	۱/۰۰۰	۱۱۸۶/۴۶۷	حد پائین	۰/۰۰۰	تجزیه

نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در متغیر تنظیم هیجانی منفی

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه مورد مقایسه	گروه درمان شناختی رفتاری
۰/۰۰۰	۰/۶۱۸	۷/۶۳۳ ^۰	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۰	۰/۹۲۰	۶/۴۳۳ ^۰	پیگیری	پیش آزمون
۰/۳۷۳	۰/۷۵۸	-۱/۲۰۰	پیگیری	پس آزمون

برای متغیر تنظیم هیجانی منفی، چنان‌که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه جفتی گروه آزمایش (درمان شناختی رفتاری) و گروه کنترل در متغیر تنظیم هیجانی منفی ارائه شده است. چنان‌که مشاهده می‌شود، بین نمرات پیش‌آزمون متغیر تنظیم هیجانی منفی با نمرات پس‌آزمون و پیگیری این متغیر در گروه درمان شناختی رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$). بنابراین با توجه به نتایج ارائه شده در جدول، درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان (مثبت و منفی) در بیماران کرونر قلبی (در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری) موثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سازگاری روانی اجتماعی، هورمون کورتیزول و تنظیم شناختی هیجان در بیماران عروق کرونر قلب انجام گرفت.

براساس فرضیه نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر سازگاری روانی اجتماعی، میزان کورتیزول و تنظیم شناختی هیجان در بیماران کرونر قلبی موثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های ریوال، هاپکینسون، کلارک اسمیت و لن (۲۰۱۸)، جزایری، گلدین و گروس (۲۰۱۷)، سویج و همکاران (۲۰۱۷)، رزینیک و همکاران (۲۰۱۶)، پونسفورد، لی، وانگ و مک کی (۲۰۱۶)، فرامرزی و همکاران (۲۰۱۳) و ساب و همکارانش (۲۰۰۹)، شوستری، 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 بر متغیرهای سازگاری روانی اجتماعی، میزان هورمون کورتیزول و تنظیم شناختی هیجان همسو بوده است.

برطبق نظریه هاوتون، کیس و کلارک (۲۰۱۸) باید گفت 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. جنبه‌های گوناگون درمان بیماری قلبی سازگاری فرد با بیماریش را با مشکلاتی مواجه می‌سازد. از آنجا که بیماری قلبی نیازمند روش‌های مراقبتی مختص خود است و لازم است رفتارهای خود مراقبتی توسط فرد بیمار انجام گیرد باعث ایجاد اختلال در نقش‌های تثبیت شده، روند زندگی و ناتوانی در انجام وظایف شده که به نوبه خود باعث می‌شود این افراد در سازگاری دچار مشکل می‌شوند. می‌توان گفت از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر میزان و نحوه سازگاری بیماران با شرایط جدید، باورها و نگرش آنان نسبت به بیماری و همچنین ارزیابی آنها از بیماری خود می‌باشد. سازگاری با بیماری مزمن نیازمند تغییرات رفتاری، شناختی و اجتماعی می‌باشد. درمان شناختی-رفتاری با به چالش کشیدن افکار فرد و کاهش خطاهای شناختی مربوط به بیماری سعی در تغییر باورها و نگرش فرد در مورد بیماری دارد که این تغییر باور کمک شایانی در پذیرش موقعیت و شرایط جدید می‌کند.

همچنین بر اساس نظریه لدلی، مارکس و هیمبرگ (۲۰۱۵) این درمان با اجرای تکنیک‌های شناختی به مراجعان در شناسایی افکار خودآیند و ناکارآمد کمک کرده و با زیر سوال بردن این افکار، آنها به چالش می‌کشاند و در نهایت در این درمان سعی می‌شود باورهای سازگارانه و کارآمدی جایگزین گردد. بدین ترتیب در تبیین این یافته می‌توان عنوان داشت که بیمار درباره موقعیت و شرایط کنونی برداشتی جدید کسب کرده که به نوبه خود پذیرش این موقعیت جایگزین رفتارهای اجتنابی فرد می‌شود که نتیجه این برداشت جدید و پذیرفتن آن، افزایش رفتارهای خود مراقبتی بیمار است. چنین رویکردی ممکن است به طور ویژه برای بیمارانی سودمند باشد که در تلاششان برای سازگاری با شرایط مربوط به بیماری، شکست‌های مکرر داشته‌اند و بر این اساس دارای این باور هستند که نمی‌توانند یا توانایی کمی دارند که با مقتضیات موقعیت به وجود آمده به طور بسنده مقابله کنند؛ به عبارتی دیگر آن‌هایی که در خصوص اثربخشی کنترل خودشان بر شرایط بیماری، باورهای به شدت منفی دارند، انتخاب مناسبی هست. با توجه به آنچه بیان شد درمان شناختی رفتاری با اجرای 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) به تنظیم هیجانی، مدیریت موقعیت استرس‌زا، ایجاد حمایت اجتماعی و رفتارهای خود مراقبتی منجر می‌شود و ماهیت مشارکتی آن به افزایش سازگاری روانی اجتماعی بیماران منجر می‌گردد. بنابراین در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سازگاری روانی اجتماعی، پایین آمدن میزان هورمون کورتیزول (و کاهش استرس) در بیماران عروق کرونر قلب می‌توان به این نکته اشاره کرد که در مداخله‌های شناختی رفتاری بیماران به این دلیل بهبود می‌یابند 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 دست می‌یابند. 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 هرچه بیشتر سطح کورتیزول در بیماران می‌گردد. در این مطالعه آموزش تن آرامی، آگاه سازی و

آشنا کردن افراد با سبک زندگی مربوط به بیماری قلبی، موجب کاهش اضطراب بیماران گردید. تکنیک‌های درمان شناختی- رفتاری بر ارزیابی شناختی حوادث استرس‌زا و اقدامات مقابله‌ای مرتبط با این ارزیابی‌ها در تعیین پاسخ به استرس نقش مهمی ایفا می‌کنند. این درمان با هدف ایجاد تغییر در شیوه‌های ناسازگارانه تفکر، احساسات و رفتار و با بهره‌مندی از تکنیک است. تکنیک‌های تن آرامی به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که در آن‌ها استرس ایجاد می‌کند، شناسایی کنند و پس از آن، از راهبردهای مقابله‌ای برای روبرو شدن با این موقعیت‌ها استفاده کنند. اصلاح ارزیابی‌های شناختی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و تمرین‌های ارائه شده برای تلفیق تکنیک‌های آموخته شده با موقعیت‌های زندگی واقعی هم می‌تواند به کاهش استرس و در نتیجه کاهش سطح کورتیزول منجر شود. درمان شناختی رفتاری شرکت‌کنندگان را به تکنیک‌های گوناگون مجهز می‌کند و با افزایش خزانه رفتاری و شناختی بیماران می‌تواند از تکنیک‌ها به منظور کاهش استرس استفاده کند.

همچنین فرضیه تحقیق نشان داد درمان شناختی رفتاری بر سازگاری روانی اجتماعی در بیماران کرونر قلبی (در دو مرحله پس آزمون و پیگیری) تاثیر دارد و این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های نریمانی، عمادی و سبحانی (۱۳۹۴)، شایق و تجربه کار (۱۳۹۴)، صمدزاده، پورشریفی و باباپور خیرالدین (۱۳۹۳)، بیک محمدی، ترخان و اکبری (۱۳۹۱)، قاسمی پور، بهرامی، عباس پور و پورشریفی (۱۳۹۰)، باقرزاده، آرین فر و اربابی (۱۳۹۱)، سویج و همکاران (۲۰۱۷)، ساب و همکاران (۲۰۰۹) همسو بود که همگی بر تاثیر معنادار درمان شناختی رفتاری بر سازگاری روانی و اجتماعی و سلامت روان در گروه‌های مختلف بیماران اشاره داشته‌اند.

بایلینگ، مک کب و انتونی (۲۰۱۶) تاکید داشتند باورهایی چون بایده‌گرایی- چراگرایی، پرتاقتی در برابر ناکامی، آموزش چگونگی و چرایی پذیرش غیر مشروط دنیا خود و دیگران توانسته است بر میزان استقامت و ایستادگی این افراد افزوده تا بتوانند سرسختی بیشتری را در این شرایط دشوار نشان دهند و در برابر ناکامی‌ها کمتر آسیب‌پذیر شوند و بدین‌سان مشکلات اجتماعی و رفتاری کمتری را نشان دهند. همین‌طور تعدیل این باورهای با استفاده از بازسازی شناختی و تکنیک‌هایی چون شواهد تایید کننده و رد کننده و همین‌طور تکنیک وکیل مدافع و تکنیک مزایا و معایب هر باور، توانسته است باورهایی که در روابط اجتماعی خلل ایجاد می‌نموده است را کاهش داده و بدین‌سان این افراد بتوانند روابط اجتماعی بهتری را بروز داده و سازگاری اجتماعی بالاتری را نشان دهند. همچنین آموزش تکنیک‌های رفتاری همچون مهارت حل مسئله توانسته است قدرت سازگاری و انطباق‌پذیری این بیماران را افزایش دهد و به آنها یاری رساند که در مواجهه با مشکلات زندگی، بهتر فائق آمده و بدین‌سان کمتر ناسازگاری اجتماعی را نشان دهند. همچنین در این روش بیمار تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار خودآیند منفی و احساسات منفی خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوت‌های آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودکار منفی است، به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد.

همین‌طور هیمبرگ و مارکس (۲۰۱۵) بیان داشتند که درمان شناختی رفتاری می‌کوشد که درمان‌جو را به نوعی تجربه همکارانه تشویق نماید و طی آن از تجارب خود بیمار در یک رشته آزمایش‌های رفتاری به منظور ارزیابی درستی و نادرستی آن باورها سود برد. شرکت در چنین جلساتی می‌تواند بسیاری از تحریفات شناختی از قبیل بایدها و الزامات

را تصحیح و به جای آن واژه‌های گاهی اوقات را جایگزین کند. فرد را از حالت گزینش شخصی و استنباط‌های شخصی خارج و او را نسبت به محیط منعطف‌تر می‌کند و باعث کاهش ناسازگاری می‌شود. بر استناد بر نظریه‌ها در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری همواره بر در ایجاد بینش، شناخت و تغییر نگرش افراد، در طی زمان مداخله تأکید دارد، درمان شناختی رفتاری به افراد کمک می‌کند تا باورهای نادرست را که به خلق و رفتارهای معین منجر می‌شود، اصلاح کنند. بدین ترتیب در این درمان، یادگیری بازسازی شناختی، بیماران را قادر ساخت تا بر جنبه‌های مثبت زندگی نیز تمرکز کنند و بتوانند به طور موثرتری از حمایت دیگران استفاده کنند و عوامل مخل سلامت روان را شناسایی نموده و برطرف نمایند و در نهایت روابط اجتماعی بالاتری داشته باشند و در نتیجه سازگاری روانی اجتماعی بالاتری را بروز دهند.

به‌طور کلی مداخله‌های شناختی رفتاری با جایگزین کردن الگوهای سازگاری در فرد، به وی امکان می‌دهند که دارای خزانه‌ی رفتاری گسترده‌تری در مواجهه با موقعیت باشد و در واکنش به مشکلات با برنامه‌ریزی مناسب‌تری عمل کند. بنابراین با استفاده از مداخله‌های شناختی و رفتاری بهتر می‌توان از استرس افراد دچار بیماری‌های قلبی عروقی کاست. درمان شناختی رفتاری به اعضای گروه کمک می‌کند تا بتوانند با تغییر افکار و احساسات به تغییر رفتارهای نامطلوب خود بپردازند. همچنین این درمان بر این اعتقاد است که فرآیندهای شناختی معیوب و باورهای غیرمنطقی علت اساسی رفتارهای ناسازگارانه افراد است، پس هم به تغییر فرآیندهای شناختی می‌پردازد و هم به مهارت‌های رفتاری و مقابله‌ای سازمان‌یافته مثل مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های گفتگوی بین فردی و آرامش عضلانی. بنابراین درمان‌گران شناختی رفتاری معتقدند درمان‌جو باید در جلسات درمانی مجهز به مهارت‌های رفتاری و مقابله‌ای سازمان‌یافته شود و به طور عملی بیاموزد که در برابر رویدادهای استرس‌آفرین زندگی چگونه برخورد کند. در این صورت است که می‌تواند رفتارهای سازگارانه‌تری در محیط زندگی خود داشته باشد.

از جمله محدودیت‌های به وجود آمده در این پژوهش می‌توان 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 شرکت‌کنندگان بود. همچنین باید در نظر داشت که گروه نمونه پژوهش حاضر را بیماران قلبی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی در شهر تهران تشکیل داده‌اند، به همین دلیل لازم است تا در تعمیم نتایج جانب احتیاط رعایت شود. همچنین 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 گروه درمانی شناختی رفتاری 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 گروه درمانی پس از آن و یا به همراه آن، مضاعف گردد.

منابع

- آرنوت، رابرت. (۱۳۹۱). همت روش پیشگیری و درمان بیماری های قلبی. ترجمه مجید نجفی زینی و رسامک امینی. تهران: انتشارات کتابدرمانی.
- جانی، مصطفی؛ صالحی، بهمن؛ آل یاسین، علی؛ داوودی، حسین. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی در بیماران قلبی و عروقی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۰ (۳)، ۲۲-۳۰.
- رفیعی، حسین؛ علیپور، راضیه. (۱۳۹۵). ارتباط سلامت معنوی، سازگاری روانی اجتماعی و بیماری در بیماران بستری در بخش قلب مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا قزوین در سال ۹۵. *گزارش طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی قزوین*.
- شوشتری، آزاده؛ محمدرضائی، علی؛ طاهری، الهام. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر تنظیم هیجانی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان مطلقه. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸ (۶)، ۳۲۱-۳۲۸.
- صمدزاده، نسیم؛ پورشریفی، حمید؛ باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و نشانه های افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی*، ۵ (۱۷)، ۷۷-۹۶.
- ضیغمی محمدی، شراره؛ تجویدی، منصوره؛ قاضی زاده، شراره. (۱۳۹۳). رابطه بین سلامت معنوی با کیفیت زندگی و سلامت روان جوانان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور. *فصلنامه علمی پژوهشی خون*، ۱۱ (۲)، ۱۴۷-۱۵۴.
- کازرانی، فاطمه. (۱۳۹۵). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران قلبی زن در شهر کرمانشاه، سومین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره و آموزش در ایران، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین، https://www.civilica.com/Paper-PCCONF03-PCCONF03_068.html
- کالات، جیمز. (۱۳۹۶). *فیزیولوژی اعصاب و غدد*. ترجمه هادی بحیرایی. تهران: انتشارات ارسباران.
- لدلی، درووات؛ مارکس، بریان؛ هیمبرگ، ریچارد. (۱۳۹۴). *رفتار درمانی شناختی برای تازه کارها*. تهران: انتشارات ارجمند.
- لیهی، رابرت. (۱۳۹۸). *تکنیک های شناخت درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی)*. ترجمه حسن حمیدپور. تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۷).
- محمودی، معصومه؛ محمدخانی، پروانه؛ غباری بناب، باقر؛ باقری، فریبرز. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر راهبردهای مقابله با استرس در خویشاوندان مراقبت کننده مبتلایان به آلزایمر. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۱ (۱)، ۱۹۰-۲۰۱.
- موتابی، فرشته؛ فتی، لادن. (۱۳۹۷). *راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری*. تهران: نشر شهرپور.
- هاوتون، کیت کیس؛ پال و کلارک، کرک (۱۳۹۷). *رفتار درمانی شناختی*. ترجمه حبیب اله قاسم زاده. تهران: ارجمند.
- یوسفی، رحیم؛ اصغری، حمید؛ طغیانی، الهه. (۱۳۹۵). مقایسه ی طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم شناختی هیجان در بیماران قلبی و افراد عادی. *مجله ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۴ (۱۰)، ۱۳۰-۱۴۳.
- Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 263-278.
- Burnette, D., Duci, V., & Dhembo, E. (2017). Psychological distress, social support, and quality of life among cancer caregivers in Albania. *Psycho-oncology*, 26(6), 779-786.
- Jazaieri, H., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2017). Treating social anxiety disorder with CBT: Impact on emotion regulation and satisfaction with life. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 406-416.
- Karataş, T., & Bostanoğlu, H. (2017). Perceived social support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart disease. *International journal of nursing practice*, 23(4), e12558.
- Khalili, D., Sheikholeslami, F. H., Bakhtiyari, M., Azizi, F., Momenan, A. A., & Hadaegh, F. (2014). 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*, 9(8), e105804.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). *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*, 8, 132-137.
- Reavell, J., Hopkinson, M., Clarkesmith, D., & Lane, D. A. (2018). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in Patients with Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic medicine*, 80(8), 742-753.

- Rocha, N. S. D., & Fleck, M. P. (2010). Evaluation of quality of life in adults with chronic health conditions: the role of depressive symptoms. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 32(2), 119-124.
- Rosnick, C. B., Wetherell, J. L., White, K. S., Andreescu, C., Dixon, D., & Lenze, E. J. (2016). Cognitive-behavioral therapy augmentation of SSRI reduces cortisol levels in older adults with generalized anxiety disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(4), 345-352.
- Suveg, C., Kingery, J. N., Davis, M., Jones, A., Whitehead, M., & Jacob, M. L. (2017). Still lonely: Social adjustment of youth with and without social anxiety disorder following cognitive behavioral therapy. *Journal of anxiety disorders*, 52, 72-78.
- Yohannes, A. M., Willgoss, T. G., Baldwin, R. C., & Connolly, M. J. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(12), 1209-1221

