

مقایسه اثربخشی مصاحبه انگیزشی و تلفیق طرحواره درمانی با مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه

مهناز رستمی امین^۱، *محمد رضا ذوقی پایدار^۲
۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی همدان.
۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.
(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۱/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۲۲)

Comparison of the Effectiveness of Motivational Interviewing and Schema Therapy Combined with Motivational Interviewing on Reducing Depression and Anxiety in Patients with Chronic Renal

Mahnaz Rostami Amin¹, *Mohammad Reza Zoghi Paydar²

1. M.A. in Clinical Psychology, Hamedan Azad Slamic University.
2. Assistant Professor, Department of Psycholog, Bu-Ali Sina University of Hamedan, Iran.

Original Article

(Received: Mar. 24, 2021 - Accepted: Oct. 14, 2021)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The purpose of the current study was to compare the effectiveness of motivational interviewing and schema therapy combined with motivational interviewing on reducing depression and anxiety in patients with Chronic Renal Failure. **Method:** The present research was semi-experimental in which a pretest-posttest with control group design was used. The research population included all the people with chronic renal failure referring to the Besat Hospital in Hamedan in 2015. The study sample included 45 patients who were selected by available sampling method and, then, were assigned into two experiment groups and one control group through random assignment method. Patients in the experimental groups have received appropriate interventions for 10 sessions individually. The data achieved by (HADS) were analyzed through statistical tests of ANCOVA and MANCOVA. **Findings:** The results of multivariate analysis of covariance test show that there is a significant difference between the mean scores of depression and anxiety in the experimental and control groups ($P < 0.01$). The results of Bonferroni test shows that there is meaningful difference between the mean scores of depression and anxiety in the experimental and control groups ($P < 0/01$). But there is no significant difference between the mean scores of depression and anxiety in the experimental groups ($P > 0/01$). **Conclusion:** Based on the obtained results, psychologists and health practitioners are suggested to use these two therapeutic models for reducing the depression and anxiety of patients with chronic renal failure.

Keywords: Chronic Renal Failure, Motivational Interviewing, Schema Therapy Combined with Motivational Interviewing, Depression, Anxiety.

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مصاحبه انگیزشی و طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی و بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه بود. روش پژوهش حاضر نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مراجعه‌کننده به بخش دیالیز بیمارستان بعثت همدان در سال ۱۳۹۴ بودند. نمونه پژوهش ۴۵ بیمار بودند که به شیوه در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. بیماران گروه‌های آزمایش مداخلات مربوطه را به مدت ۱۰ جلسه، به صورت فردی دریافت نمودند. داده‌های به‌دست‌آمده از مقیاس (HADS)، با آزمون‌های آماری تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد بین میانگین نمرات افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($P < 0/01$). نتایج آزمون بن فروننی نشان داد بین میانگین نمرات افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($P < 0/01$)؛ اما بین میانگین نمرات افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ($P > 0/01$). نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، پیشنهاد می‌گردد روانشناسان و متخصصان سلامت از این دو روش درمانی برای کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه استفاده نمایند.

واژگان کلیدی: نارسایی مزمن کلیه، مصاحبه انگیزشی، طرح‌واره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی، افسردگی، اضطراب.

*نویسنده مسئول: محمد رضا ذوقی پایدار

*Corresponding Author: Mohammad Reza Zoghi Paydar

Email: m.r.zoghi@basu.ac.ir

مقدمه

بیماری مزمن کلیه، یک بیماری دائمی با ماهیتی ناتوان‌کننده و پیشرونده است که بر کیفیت زندگی و سلامت روانی فرد اثر شدید و قابل توجهی دارد (سنانایاکه و همکاران؛ ۲۰۲۰). افراد با یک تشخیص بیماری مزمن کلیه به‌طور نامتناسبی فشار روانی، افسردگی و اضطراب قابل ملاحظه‌ای را در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن تجربه می‌کنند. شیوع بالای فشار روانی در میان بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه به این موارد مربوط می‌شود: (۱) بار علائم بیوفیزیولوژیک ناشی از بیماری مزمن کلیه از قبیل اختلالات عصبی - عضلانی، دستگاه گوارش و اختلالات جنسی، درد مزمن، خستگی و اختلالات خواب (۲) نیاز به پایبندی مداوم به رژیم‌های درمانی پیچیده و ماندگار برای زندگی (۳) مشکلات مربوط به برنامه‌های بیمه و خدمات اجتماعی (۴) تأثیر قابل توجه این عوامل استرس‌زا بر کار، خانواده و سایر نقش‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی و (۵) سرایت عاطفی یا مشاهده نتایج نامطلوب در دیالیز همسالان در بین بیماران در بخش همودیالیز (چوی، سالیوان، دینیتو و کانیک؛ ۲۰۱۹).

ثبات و پایداری مرحله نهایی بیماری کلیه برای شخص و خانواده‌اش فاجعه‌بار است و سبک زندگی طبیعی او را به هم می‌زند و نیازمند کمک‌های اجتماعی و روانشناسی قابل توجهی می‌باشد. بررسی داده‌های بیماران مشخص نمود

بیماری مزمن کلیه یکی از مسائل عمده بهداشت عمومی در سراسر جهان است (سانایاکه و همکاران؛ ۲۰۱۸). ۸۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان به بیماری مزمن کلیه مبتلا هستند. بیماری مزمن کلیه با همبودی، مرگ‌ومیر و هزینه‌های قابل توجهی همراه است (دی جانگ و همکاران؛ ۲۰۲۱).

در بیماری مزمن کلیه، کلیه آسیب دیده و نمی‌تواند خون را به بهترین شکل ممکن فیلتر کند. این آسیب می‌تواند باعث جمع شدن مواد زائد در بدن شده و منجر به مشکلات سلامتی دیگری از جمله بیماری قلبی عروقی^۴، کم‌خونی و بیماری استخوان شود (وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده؛ ۲۰۱۰).

گلوومرولونفریت یکی از مهمترین دلایل بیماری کلیه در چندین دهه پیش بود. علاوه بر این شواهد موجود نشان می‌دهد که فشارخون و دیابت دو علت عمده بیماری کلیوی در سراسر جهان است. با توجه به پیشرفت بیماری‌زای بیماری کلیوی، بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه در معرض خطر بالایی برای پیشرفت به مرحله انتهایی بیماری کلیوی (ESRD) هستند وضعیت‌هایی که برای حفظ بقای طولانی‌مدت بیماران به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارند (ژانگ و روتنباچر؛ ۲۰۰۸).

- 1.Sanyaolu & et al
- 2.Chronic kidney disease
- 3.De Jong & et al
4. Cardiovascular diseases
- 5.US Department of Health and Human Services
- 6.Glomerulonephritis
7. End – Stage Renal Disease
8. Zhang, & Rothenbacher

9.Senanayake & et al
10. emotional contagion
11. Choi, Sullivan, DiNitto, & Kunik

افسردگی با خود مراقبتی به لحاظ آماری معنی دار می باشد و این نشان می دهد که افسردگی روی خود مراقبتی اثر معکوس دارد، به طوری که هر چه افسردگی بیشتر شود، خود مراقبتی کاهش می یابد. بر طبق نتایج (مارتوئیس و همکاران، ۲۰۲۱) شیوع افسردگی ۴۶٪ و شیوع اضطراب ۳۰/۵٪ بود. افسردگی فقط با وجود اضطراب و مدت زمان همودیالیز مرتبط بود. اضطراب با کیفیت زندگی رابطه منفی داشت اما با افسردگی و تجویز داروی ضد اضطراب ارتباط مثبت داشت.

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) در طبقه اختلالات افسردگی، افسردگی ناشی از بیماری جسمانی دیگر را بدین صورت توصیف می کند: دوره خلق افسرده برجسته و مداوم یا کاهش محسوس علاقه یا لذت در تمام، یا تقریباً تمام فعالیت ها که باعث اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه های مهم دیگر عملکرد می شود. همچنین در طبقه اختلالات اضطرابی، اختلال اضطرابی ناشی از بیماری جسمانی دیگر را به صورت اضطراب یا حملات وحشت زدگی توصیف می کند که باعث اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد می شود. در هر دو اختلال افسردگی و اضطراب ناشی از بیماری جسمانی دیگر شواهدی از سابقه، معاینه بدنی، یا نتایج آزمایشگاه وجود دارد مبنی بر اینکه هریک از این دو اختلال پیامد مستقیم بیماری جسمانی دیگر است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

که در درمان تعویض کلیه اختلال افسردگی رایج است. نتایج دامنه وسیعی از یافته ها شیوع و شدت افسردگی را گزارش کرده اند. اغلب بیمارانی که توسط شیوا و همکاران مورد مشاهده قرار گرفتند افسرده بودند، تقریباً ۶۰ درصد آنها دچار افسردگی شدید بودند (بارتون، کلاین، لیندسی و هایدنهم، ۱۹۸۶).

نتایج تحقیق (چن و همکاران، ۲۰۱۰) نشان داد که از ۲۰۰ بیمار، ۷۰ نفر (۳۵٪) علائم افسردگی داشتند و ۴۳ نفر (۲۱٪) در ماه قبل خودکشی داشتند. افسردگی با شاخص توده بدنی کم (BMI) و تعداد بیماری های جسمی همراه ارتباط معنی داری داشت. بیماران افسرده سطح خستگی و اضطراب بیشتری داشتند، ایده خودکشی شایع تر و کیفیت زندگی ضعیفتری نسبت به بیماران غیر افسرده داشتند. همچنین تأثیر مستقیم قابل توجهی در افسردگی و اضطراب بر ایده خودکشی وجود دارد.

علائم اضطراب در بیماران دیالیزی شایع است و تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی دارد. علائم اضطراب از نظر بالینی یک عامل خطرزا برای مرگ و میر در بیماران دیالیزی است و تحقیقات بیشتر در مورد درمان مؤثر را تضمین می کند (شووتن و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعه باقریان، خیرآبادی، مراثی و قانعی فر، (۱۳۹۸) نشان داد که بین سه متغیر اضطراب، استرس و افسردگی، دو متغیر اضطراب و افسردگی با خود مراقبتی یک رابطه منفی دارند که تنها رابطه

1. Shea
2. Burton, Kline, Lindsay & Heidenheim
3. Chen & et al
4. Schouten & et al

5. Marthoenis & et al
1. American Psychiatric Association

اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه از طرحواره درمانی استفاده شده باشد. از آنجائیکه اغلب بیماران در بخش دیالیز با شرایط جسمانی و روانی وخیمی مواجه هستند، طوریکه هنگام مواجه با درمانگر قادر به صحبت کردن و برقرار کردن ارتباط نیستند و انگیزه‌ای جهت مشارکت در درمان و تکمیل پرسشنامه‌ها ندارند و مقاومت بالایی از خود نشان می‌دهند برای سهولت کار بهتر است از تکنیک‌های درمانی کوتاه‌مدت، مناسب و مؤثری برای آنها استفاده کرد؛ بنابراین با توجه به موارد ذکرشده، طرحواره درمانی به‌تنهایی در بخش دیالیز برای اغلب بیماران قابل اجرا نیست، بنابراین به‌منظور کاهش مقاومت، افزایش انگیزه و آمادگی بیماران جهت مشارکت در درمان، بهتر است که طرحواره درمانی با مصاحبه انگیزشی تلفیق گردد. بنا بر نظر (میلر، ۱۹۸۳، به نقل آرکوویتز، میلر و رولنیک، ۲۰۱۷) مصاحبه انگیزشی را می‌توان در ترکیب و به همراه درمان‌های دیگر مورد استفاده قرار داد.

طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی^۵ (MIST) یک برنامه نوآورانه، کوتاه‌مدت و نوین متشکل از تکنیک‌های طرحواره درمانی همراه با مصاحبه انگیزشی است که اولین بار توسط (هایلمن، پیترز، کیهو و یانگ، ۲۰۱۱) برای کاهش افسردگی آمریکایی‌های لاتین و کم‌درآمد در ایالات متحده به‌کار گرفته شد و منجر به افزایش انعطاف‌پذیری و کاهش افسردگی در این نمونه شد.

بسیاری از بیماری‌های طبی یک بعد روان‌شناختی دارند، لذا وجود مداخله روانشناسی، به‌عنوان یک عنصر اساسی در درمان بیماری‌ها ضروری است. وجود اختلالات جسمی نیز می‌تواند عوارض روانی ایجاد نمایند که خود به‌عنوان استرس در تشدید اختلال جسمی عمل می‌کند و این چرخه معیوب، فرد را به سمت معلولیت بیشتر سوق می‌دهد (آکوچکیان، ابراهیمی و سموعی، ۱۳۸۰)؛ بنابراین اهمیت و ضرورت مداخلات روانشناسی در بخش دیالیز روشن می‌گردد.

در سالیان اخیر روانشناسان از مداخلات درمانی مختلفی جهت کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به اختلالات روانی و جسمانی استفاده کرده‌اند. یکی از رویکردهای درمانی جهت کاهش افسردگی و اضطراب طرحواره درمانی است.

طرحواره درمانی (یانگ، ۱۹۹۰) یک رویکرد درمانی یکپارچه است که جنبه‌های مدل‌های درمانی شناختی، رفتاری، روابط شیئی، گشتالت درمانی، سازنده‌گرایی، دلبستگی و روانکاوی را تلفیق کرده است (مارتین و یانگ، ۲۰۱۰). طرحواره درمانی (ST) از طریق مداخلات شناختی، رفتاری، بین‌فردی و تجربی، طرحواره‌های شناختی ناسازگار را هدف قرار می‌دهد (هرتس و ایوانز، ۲۰۲۱).

طبق بررسی محققین پژوهش حاضر، پژوهشی یافت نشد که در آن برای کاهش افسردگی و

5. Arkowitz, Miller & Rollnick
6. Schema Therapy combined with Motivational Interviewing (MIST)
7. Heilemann, Pieters, Kehoe & Yang

2. Schema Therapy (ST)
3. Martin & Young
4. Herts & Evans

به درمان بالاتر، افسردگی و اضطراب پایین تر و کیفیت زندگی بهتر را گزارش کردند. نتایج پژوهش ربانی پارسا، مشهدی و بیگدلی، (۱۳۹۷) نشان داد مصاحبه انگیزشی روشی مؤثر بر کاهش خوردن هیجانی و اضطراب در افراد چاق می باشد. نتایج تحقیق (علی دوست قهفرخی، مکوند حسینی، کیان ارثی و مومنی، ۱۳۹۴) نشان داد که مصاحبه انگیزشی به عنوان روشی کوتاه مدت و مقرون به صرفه بر کاهش افسردگی و افزایش امیدواری بیماران تحت درمان با دیالیز تأثیر دارد.

سوال اول پژوهش این است که آیا مصاحبه انگیزشی و طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تأثیر دارد؟ سوال دوم این تحقیق، این است که آیا بین اثربخشی مصاحبه انگیزشی و طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تفاوت معناداری وجود دارد؟ لذا هدف ما در این تحقیق ابتدا بررسی اثربخشی هر یک از دو درمان بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و سپس مقایسه اثربخشی بین دو درمان است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پژوهش پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل نابرابر و از نظر هدف کاربردی است. جامعه آماری پژوهش شامل ۷۰ بیمار مبتلا به نارسایی

یکی دیگر از روش های موفق در زمینه کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلالات روانی و جسمانی، مصاحبه انگیزشی است که توسط ویلیام میلر^۲ و استفن رولنیک^۳ ابداع گردید. مصاحبه انگیزشی (MI) یک سبک درمانی مراجع محور و رهنمودی است که با کمک به مراجع در کشف و حل دوسوگرایی، آمادگی برای تغییر را افزایش می دهد (هتاما، استیل و میلر^۴، ۲۰۰۵). مصاحبه انگیزشی یک روش درمانی است که برای افزایش آمادگی جهت تغییر در شرایطی که دوسوگرایی مانع از انتخاب مناسب و شایسته در زندگی می شود طراحی شده است. این چنین دوسوگرایی به طور عادی در مسائلی مانند اعتیاد، تغییر وزن و در واکنش به شرایط مزمن سلامتی رخ می دهد. مصاحبه انگیزشی سبک های مراجع محوری، شناختی - رفتاری و روش انسان گرایانه را با هم ترکیب می کند و در تمرکز بر کمک به مراجعان جهت رفع و حل کردن احساسات دوگانه درباره تغییر منحصر به فرد است، با این فرض که تغییر خودش می تواند نسبتاً درست و آسان باشد تمامی این دوسوگرایی کاهش می یابد (مایرز، مارتین، کاتلی، هاریس و اهلوالیا^۵؛ ۲۰۰۳).

نتایج تحقیق (گارسیا-لانا، رمور، دل پسو، سلادایلا و سلگاس^۶؛ ۲۰۱۴) نشان داد که بیمارانی که مداخله مصاحبه انگیزشی را دریافت کردند پس از مداخله به طور قابل توجهی میزان پایبندی

1. Motivational Interviewing (MI)
2. William R. Miller
3. Stephen Rollnick
4. Hettema, Steele & Miller
5. Moyers, Martin, Catley, Harris & Ahluwalia
6. García-Llana, Remor, del Peso, Celadilla, & Selgas

مداخلات درمانی از ۴۵ نفر گروه نمونه، تعداد ۱۵ نفر به دلایلی از قبیل عود بیماری کلیوی، فوت، ترخیص جهت عمل پیوند کلیه و یا جابجایی شیفت بیماران و عدم دسترسی به آنان از مطالعه حذف شدند. در نهایت حجم نمونه به ۳۰ نفر کاهش یافت (۱۰ نفر در هر یک از ۳ گروه). در پایان مداخلات از افراد هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از آزمون‌های آماری ANCOVA و MANCOVA با نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS):

مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی یک مقیاس غربالگری خود سنجی ۱۴ آیتمی است. که اولین بار توسط زیگموند^۲ و اسنیت^۳ (۱۹۸۳)، برای نشان دادن افسردگی و اضطراب در درمانگاه‌های سرپایی ابداع شد (نقل از اسپینهوون و همکاران^۴، ۱۹۹۷). این مقیاس از مراجع می‌خواهد تا درباره حالات خلقی خود در هفته گذشته تأمل کند. ۷ آیتم افسردگی را ارزیابی می‌کند که ۵ آیتم آن علائم احساس فقدان لذت و دو آیتم مربوط به ظاهر و احساس کند شدن است. ۷ آیتم هم اضطراب را ارزیابی می‌کند، از این تعداد دو آیتم اضطراب خودمختار (پانیک و حس پروانه‌ها در معده) را ارزیابی می‌کند و ۵ آیتم

مزمین کلیه مراجعه‌کننده به بخش دیالیز بیمارستان بعثت همدان در سال ۱۳۹۴ بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه که در مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی نمره بالاتر از نقطه برش (نمره بالای ۱۱) توانایی خواندن و نوشتن، داشتن رضایت و توانمندی‌های روانی، جسمانی و شناختی لازم جهت مشارکت در درمان بود.

معیارهای خروج از پژوهش شامل: عود بیماری جسمانی و ناتوانی از ادامه شرکت در درمان، وجود نشانه‌های روانپریشی، استفاده از دارودرمانی و سایر درمان‌های روانشناختی در طی ۶ ماه گذشته بود. در مرحله اول از میان مراجعه‌کنندگان به این مرکز بر اساس نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ بیمار واجد ملاک‌های ورود انتخاب و با توجه به شرایط جسمانی و روانی‌شان در ۳ گروه (۱۵ نفری)، ۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. بعد از انتخاب گروه نمونه ۴۵ نفره، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) به‌عنوان پیش‌آزمون بر روی گروه نمونه انجام شد. سپس مداخله طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی به مدت ۱۰ جلسه، هفته‌ای یکبار، به مدت ۴۵ دقیقه و به‌صورت فردی برای بیماران گروه آزمایش یک و مداخله مصاحبه انگیزشی به مدت ۱۰ جلسه، هفته‌ای یکبار، به مدت ۴۵ دقیقه و به‌صورت فردی برای هریک از بیماران گروه آزمایش دو انجام شد. گروه سه یا گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. متأسفانه در طی اجرای

2. Zigmond
3. Snaith
4. Spinhoven & et al

1. Hospital Anxiety and Depression Scale

نتایج پژوهش کاویانی، صیفوریان، شریفی و ابراهیم‌خانی (۱۳۸۷) نشان داد این پرسشنامه دارای اعتبار لازم برای کاربرد در جمعیت بالینی ایرانی می‌باشد.

نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ)

(SF -)

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ توسط (یانگ، ۱۹۹۸) ساخته شد (اوشیما و همکاران، ۲۰۱۸). این پرسشنامه دارای ۷۵ ماده است و ۱۵ طرح‌واره را در ۵ حوزه ارزیابی می‌کند به هر یک از ماده‌ها روی یک مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملاً من را توصیف می‌کند تا کاملاً من را نادرست توصیف می‌کند پاسخ داده می‌شود (تیم، ۲۰۱۳).

نمرات بالا در یک شاخص خرده مقیاس خاص نشان‌دهنده ظهور قویتر طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (اسپرب و همکاران، ۲۰۱۹). از فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ به‌طور گسترده در فرهنگ‌ها و به زبان‌های مختلف استفاده شده است (به‌عنوان مثال کانادا، بلژیک، انگلیس، استرالیا و کره جنوبی)، نتایج همسانی و ثبات خوب تا عالی هم برای نمره کل پرسشنامه طرح‌واره یانگ و هم برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد در نمونه‌های نروژی را نشان داده است (سانده و همکاران، ۲۰۱۹).

دیگر تنش و بی‌قراری را ارزیابی می‌کنند (زلتزر و کلودا، ۲۰۰۸). پایایی آزمون - باز آزمون HADS ضریب همبستگی بالای ۰/۸۵ را نشان داد. همسانی درونی بالا بود، با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای (اضطراب) و ۰/۸۶ برای (افسردگی). نتایج اعتبار همزمان بالا با پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب حالت - صفت و با حوزه‌های روانی فرم کوتاه بررسی سلامت را نشان داد. نسخه اسپانیایی HADS در هنگام استفاده برای بیماران پزشکی پایایی و اعتبار خوبی را نشان داد (کویتانا و همکاران، ۲۰۰۳). نتایج تجزیه و تحلیل راش،^۳ از کاربرد مقیاس HADS به‌عنوان یک مقیاس جهانی برای پریشانی روان‌شناختی حمایت می‌کند و با تایید خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس استفاده بیشتر از آن را برای تشخیص و ارزیابی در سایر گروه‌های بالینی پیشنهاد می‌کند. (پالانت و تنانت، ۲۰۰۷). مزایای استفاده از مقیاس HADS در سادگی، سرعت و سهولت آن است. تعداد کمی از افراد در تکمیل آن روی کاغذ یا با استفاده از روش‌های الکترونیکی مشکل دارند.

افسردگی و اضطراب را که معمولاً در کنار هم وجود دارند ارزیابی می‌کند (استرن، ۲۰۱۴). تکمیل پرسشنامه HADS فقط ۲ تا ۵ دقیقه طول می‌کشد. علاوه بر تصدیق مکرر اعتبار HADS برای استفاده در افراد مسن، استفاده از آن برای نوجوانان هم تایید شده است (اسنیت، ۲۰۰۳).

1. Zeltzer & Kloda
2. Quintana & et al
3. Rasch
4. Pallant & Tennant
5. Stern
6. Snaith

7. Oshima & et al
8. Sperb, da Silva, Cogo-Moreira, Lara, de Carvalho
9. Sunde & et al

رستمی امین و ذوقی پایدار: مقایسه اثربخشی مصاحبه انگیزشی و تلفیق طرحواره درمانی با مصاحبه انگیزشی بر ...

جدول ۱. پروتکل درمانی جلسات MIST

جلسه	اصول حاکم بر جلسات	محتوای جلسات
اول	مصاحبه انگیزشی	آشنایی، معارفه و ایجاد رابطه درمانی مناسب، کنار آمدن با مقاومت، ذکر منطبق درمان، ایجاد انگیزه جهت شرکت در درمان، تنظیم توافق بین درمانگر و بیمار، تعیین اهداف، پیش‌آزمون.
دوم	مصاحبه انگیزشی	شناسایی احساسات، ارزش‌ها و اهداف بیمار، کشف تردیدها و دوسوگرایی‌ها و افزایش آمادگی و انگیزه جهت مشارکت در درمان، بررسی جنبه‌های مثبت و منفی مشکل (سبک و سنگین کردن سود و زیان‌های ناشی از تغییر به صورت شناختی).
سوم	مصاحبه انگیزشی در تلفیق با طرحواره درمانی	کاوش عمیق در تاریخچه زندگی، شناسایی و ریشه‌یابی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دوران کودکی، تکمیل پرسشنامه فرم کوتاه یانگ توسط بیماران جهت شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شناسایی علائم و مشکلات فعلی بیماران، آموزش به بیماران در خصوص روابط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با مشکلات فعلی‌شان.
چهارم	مصاحبه انگیزشی در تلفیق با طرحواره درمانی	استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی و کمک به بیمار جهت تصویرسازی تلخ‌ترین خاطره دوران کودکی، کمک به بیمار جهت تغییر شناخت‌ها و هیجان‌های منفی نسبت به آن خاطره و یا موقعیت دردناک و اجرای تکنیک باز والدینی حدود مرز دار برای حمایت از کودک آسیب‌پذیر، برآورده کردن نیازهای هیجانی کودک آسیب‌پذیر در چارچوب درمانی، توضیح به بیمار در خصوص ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دوران کودکی با مشکلات فعلی‌شان.
پنجم	مصاحبه انگیزشی در تلفیق با طرحواره درمانی	اجرای تکنیک‌های شناختی جهت تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه از قبیل تکنیک آزمون اعتبار طرحواره، تکنیک بررسی شواهد، بازتعریف جدید از شواهد تائیدکننده طرحواره
ششم	مصاحبه انگیزشی در تلفیق با طرحواره درمانی	اجرای تکنیک‌های شناختی شامل: تکنیک بررسی مزایا و معایب طرحواره‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای، تکنیک وکیل مدافع و سایر تکنیک‌های شناختی مرتبط با افسردگی و اضطراب بیماران
هفتم	مصاحبه انگیزشی در تلفیق با طرحواره درمانی	استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی و کمک به بیمار جهت یادآوری و تصویرسازی ذهنی خاطرات تلخ دوران کودکی و تغییر شناختی و هیجانی نسبت به وقایع تلخ دوران کودکی، اجرای تکنیک باز والدینی حدود مرز دار و کمک به بیمار جهت تأمین نیازهای هیجانی دوران کودکی در چارچوب درمانی
هشتم	مصاحبه انگیزشی در تلفیق با طرحواره درمانی	شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناسالم (اجتناب، تسلیم و جبران افراطی)، ایجاد آمادگی و کمک به بیمار جهت تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسالم و تمرین رفتارهای سالم به جای رفتارهای ناسالم.
نهم	مصاحبه انگیزشی در تلفیق با طرحواره درمانی	اجرای تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری از قبیل بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار مشکل‌آفرین و کمک به بیماران جهت تغییر رفتار مشکل‌آفرین، تمرین الگوی رفتاری سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش.
دهم	مصاحبه انگیزشی در تلفیق با طرحواره درمانی	ایجاد انگیزه در بیماران جهت ادامه الگوهای رفتاری سالم پس از درمان، پس‌آزمون.

نکته: در جلسات مصاحبه انگیزشی در تلفیق با طرحواره درمانی، آموزش‌ها و اجرای تکنیک‌ها به شیوه مصاحبه انگیزشی انجام می‌شود یعنی در اجرای تکنیک‌ها انعطاف‌پذیری وجود دارد و خود بیماران در تعیین اهداف درمان و اجرای تکنیک‌ها آمادگی و انگیزه لازم جهت مشارکت در درمان را دارند.

جدول ۲. پروتکل مصاحبه انگیزشی

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی، معارفه و ایجاد رابطه درمانی مناسب، کنار آمدن با مقاومت، ذکر منطق درمان، ایجاد انگیزه جهت شرکت در درمان، تنظیم توافق بین درمانگر و بیمار، تعیین اهداف، ابعاد تاثیر مشکل، تعیین مراحل تغییر، پیش‌آزمون
دوم	شناسایی احساسات مرتبط با حیطه‌هایی از زندگی که تحت تاثیر مشکل قرار گرفته است.
سوم	بررسی جنبه‌های مثبت و منفی مشکل (سبک و سنگین کردن سود و زیان‌های ناشی از تغییر به صورت شناختی)
چهارم	شناسایی و تبیین ارزش‌ها و اهداف شخصی بیمار
پنجم	کشف تردیدها و دوسوگرایی‌ها و آمادگی برای تغییر و تعیین افق دید (چشم‌انداز) بیمار
ششم	آموزش به شیوه مصاحبه انگیزشی در خصوص رابطه افکار خودآیند - منفی با احساسات افسردگی، تغییر الگوهای شناختی ناکارآمد راجع به بیماری و مشکلات ناشی از آن، آموزش راهبردهای مقابله‌ای جهت غلبه بر افسردگی.
هفتم	آموزش به شیوه مصاحبه انگیزشی در خصوص رابطه افکار خودآیند - منفی با احساسات اضطرابی و ترغیب بیماران به تغییر افکار ناکارآمد و ایجاد تفکر جایگزین، آموزش تکنیک‌های تنفسی و تکنیک هیپنوتیزمی تن آرامی پیش‌رونده برای کاهش اضطراب و انجام آن حین درمان با دیالیز.
هشتم	آموزش به شیوه مصاحبه انگیزشی در خصوص مراحل سازگاری با بیماری (انکار، خشم، چانه‌زنی، افسردگی و پذیرش) و کمک به بیماران برای گذر از مراحل انکار، خشم، چانه‌زنی و افسردگی به مرحله پذیرش، الگوبرداری از بیمارانی که به مرحله پذیرش رسیده بودند.
نهم	مرور محتوای جلسات قبلی، بحث و نتیجه‌گیری.
دهم	ایجاد انگیزه در بیماران برای ادامه راهکارها پس از درمان، پس‌آزمون.

در پژوهش (صدوقی و همکاران، ۱۳۸۷) پروتکل درمانی MIST

پروتکل درمانی طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی با الهام از برنامه درمان تلفیقی MIST (هایلمن و همکاران، ۲۰۱۱) تهیه و در جدول ۱ ارائه شده است.

پروتکل درمانی (MI)

پروتکل درمانی جلسات مصاحبه انگیزشی با الهام از کتاب راهنمای عملی مصاحبه انگیزشی گروهی

اعتبار مقیاس YSQ-SF به وسیله آلفای کرونباخ برای همه خرده مقیاس‌ها در دامنه ۹۰ - ۶۲ به دست آمد. یافته‌های این تحقیق با یافته‌های پیشین که مبتنی بر نسخه‌های انگلیسی، فرانسوی و هلندی YSQ-SF ساخته شده بودند، هماهنگ بود و از روایی بین فرهنگی این پرسشنامه حمایت می‌کند.

رستمی امین و ذوقی پایدار: مقایسه اثربخشی مصاحبه انگیزشی و تلفیق طرحواره درمانی با مصاحبه انگیزشی بر ...

(نویسندگان و پور شریفی، ۱۳۹۰) و مقاله
 (گارسالیانا و همکاران، ۲۰۱۴) تهیه و در جدول ۲
 ارائه شده است.

یافته‌ها

در این پژوهش علاوه بر استفاده از جدول توزیع فراوانی و درصد، نمودار و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی آمار توصیفی، برای آزمون سوال اصلی پژوهش از تحلیل کواریانس چند متغیری و برای آزمون هر یک از سوالات فرعی پژوهش از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد.

البته قبل از به‌کارگیری این آزمون‌های آماری، مفروضات آن‌ها واریسی شده است. در ضمن تحلیل داده‌ها به‌وسیله نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی و اضطراب در بین گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۳ درج شده است.

جدول ۳. توصیف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی و اضطراب در بین گروه‌ها

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه		متغیر
S	\bar{X}	n	S	\bar{X}	n	
۲/۵۹	۳/۴۰	۱۰	۱/۸۳	۹	۱۰	افسردگی آزمایش طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی
۳/۲۶	۳/۸۰	۱۰	۳/۲۵	۱۰/۹۰	۱۰	آزمایش مصاحبه انگیزشی
۲/۵۴	۱۳/۳۰	۱۰	۳/۱۰	۱۲/۵۰	۱۰	کنترل
۲/۱۲	۴/۵۰	۱۰	۲/۸۴	۱۱/۴۰	۱۰	اضطراب آزمایش طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی
۱/۵۱	۳/۴۰	۱۰	۳/۵۶	۱۰/۷۰	۱۰	آزمایش مصاحبه انگیزشی
۳/۰۶	۱۰/۵۰	۱۰	۳/۵۰	۹/۵۰	۱۰	کنترل

n=۳۰

مفروضات آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری بررسی گردید.

مفروضات آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری: مفروضه طبیعی بودن یک و چند متغیری توزیع داده‌ها: برای بررسی طبیعی بودن یک متغیری توزیع داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل، از آزمون کولموگروف - اسمیرنف استفاده شد. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف نشان داد توزیع داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی، مصاحبه انگیزشی و کنترل طبیعی است. همچنین برای آزمون طبیعی بودن چند متغیری، فاصله‌های ماه‌آلانو بایس محاسبه شد و با مقادیر ارزش بحرانی مقایسه گردید. نتایج نشان داد با توجه به این‌که در این پژوهش دو متغیر وابسته وجود دارد (افسردگی و اضطراب)، بنابراین مقدار بحرانی برابر با $10/83$ است؛ اما حداکثر فاصله ماه‌آلانو بایس به دست آمده در پیش‌آزمون ($5/93$) و پس‌آزمون ($6/12$) از مقدار بحرانی جدول ($10/83$) کم‌تر است ($P < 0/001$)؛ بنابراین می‌توان گفت داده پرتی که مانع از انجام تحلیل کواریانس چند متغیری باشد، مشاهده نشد و فرض طبیعی بودن چند متغیری تأیید گردید.

مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای وابسته: برای واریس رابطه خطی بین داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل نمودار پراکنش داده‌ها ترسیم شد. نمودارها نشان داد

اطلاعات بیانگر آن است میانگین نمره افسردگی و اضطراب گروه آزمایش طرحواره-درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. همین‌طور میانگین نمره افسردگی و اضطراب گروه آزمایش مصاحبه انگیزشی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است؛ اما میانگین نمره افسردگی و اضطراب گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است.

بنا بر نتایج جدول ۳ با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت که بین میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی گروه‌های آزمایش طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین بین میانگین نمرات پس‌آزمون اضطراب گروه‌های آزمایش طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$).

به‌منظور آزمون سؤال‌های پژوهش از تحلیل کواریانس چند متغیری و تک متغیره استفاده شد. برای آزمون سوال اصلی پژوهش، ابتدا به واریس مقادیر پرت و انتهایی داده‌ها پرداخته شد. برای بررسی مقادیر پرت و انتهایی داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل از رسم نمودار جعبه‌ای استفاده شد. در نمودارها هیچ داده پرت یا انتهایی در نمرات داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل مشاهده نشد. سپس

مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون گروه‌ها:
برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون داده‌های
نمرات افسردگی و اضطراب گروه‌ها، از آزمون
تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج
آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد
بین شیب‌های رگرسیون متغیرهای افسردگی و
اضطراب گروه‌های آزمایش طرحواره‌درمانی
تلفیقی با مصاحبه انگیزشی، مصاحبه انگیزشی و
کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود
($\lambda \text{ Wilk}'s = 0/428$)

$$(F_{(6,36)} = 1/284, P = 0/289).$$

بنابراین مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون
گروه‌ها تایید گردید.

مفروضه همگنی ماتریس واریانس -
کواریانس داده‌ها: برای بررسی همگنی ماتریس
واریانس - کواریانس داده‌های نمرات افسردگی و
اضطراب گروه‌ها، از آزمون باکس استفاده شد.
نتایج آزمون باکس نشان داد ماتریس واریانس -
کواریانس نمرات افسردگی و اضطراب گروه‌های
آزمایش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه
انگیزشی، مصاحبه انگیزشی و کنترل همگن
هستند،

$$(F_{(6,18168/923)} = 0/921, P = 0/479).$$

مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها: برای
بررسی همگنی واریانس‌های نمرات افسردگی و
اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل، از آزمون
لون استفاده شد. نتایج آزمون لون نشان داد بین
واریانس نمرات افسردگی و اضطراب
($F_{(2,27)} = 1/906, P = 0/168$) و اضطراب
($F_{(2,27)} = 0/547, P = 0/585$) گروه‌های

رابطه داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای
افسردگی و اضطراب در هر یک از گروه‌های
آزمایش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه
انگیزشی، مصاحبه انگیزشی و کنترل خطی است؛
بنابراین فرض خطی بودن رابطه نمرات متغیرهای
وابسته و متغیرهای هم‌تغییر در گروه‌های آزمایش
و کنترل تأیید گردید.

مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه بین
متغیرهای وابسته: برای واریانس عدم وجود
هم‌خطی چندگانه بین داده‌های پیش‌آزمون و
پس‌آزمون متغیرهای افسردگی و اضطراب
گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون ضریب
همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد
ضرایب همبستگی محاسبه‌شده بین نمرات
پیش‌آزمون متغیرهای وابسته افسردگی و اضطراب
گروه‌های آزمایش طرحواره‌درمانی تلفیقی با
مصاحبه انگیزشی، مصاحبه انگیزشی و کنترل
بیشتر از $0/80$ نیست. بنابراین بین نمرات
پیش‌آزمون متغیرهای وابسته گروه‌ها هم‌خطی
چندگانه مشاهده نمی‌شود.

همچنین به منظور واریانس عدم وجود هم‌خطی
چندگانه بین نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته،
نتایج نشان داد ضرایب همبستگی محاسبه‌شده بین
نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته افسردگی و
اضطراب گروه‌های آزمایش طرحواره‌درمانی
تلفیقی با مصاحبه انگیزشی، مصاحبه انگیزشی و
کنترل بیشتر از $0/80$ نیست. بنابراین بین نمرات
پس‌آزمون متغیرهای وابسته گروه‌ها هم‌خطی
چندگانه مشاهده نمی‌شود.

آزمایش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی، مصاحبه انگیزشی و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. پس می‌توان گفت واریانس نمرات افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل همگن هستند.

خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری افسردگی و اضطراب گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری افسردگی و اضطراب گروه‌ها

Partial	P	df اشتباه	df فرضیه	F	مقدار	اثر
η^2						
۰/۴۰۸	۰/۰۰۰۱***	۵۰	۴	۸/۶۱۸	۰/۸۱۶	پیلایی
۰/۵۷۰	۰/۰۰۰۱***	۴۸	۴	۱۵/۹۳۵	۰/۱۸۵	لامبدای ویلکز
۰/۶۸۸	۰/۰۰۰۱***	۴۶	۴	۲۵/۳۹۰	۴/۴۱۶	هوتلینگ
۰/۸۱۵	۰/۰۰۰۱***	۲۵	۲	۵۵/۱۸۵	۴/۴۱۶	بزرگ‌ترین ریشه‌روی

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس افسردگی و اضطراب گروه‌ها

Partial	P	F	MS	df	SS	متغیر	منبع تغییرات
η^2	η^2						
۰/۷۲۳	۰/۰۰۰۱***	۳۲/۶۰۴	۱۸۴/۵۰۷	۲	۳۶۹/۰۱۵	افسردگی	گروه
۰/۷۲۷	۰/۰۰۰۱***	۳۳/۲۳۴	۱۴۰/۶۶۸	۲	۲۸۱/۳۳۶	اضطراب	
			۵/۶۵۹	۲۵	۱۴۱/۴۷۴	افسردگی	اشتباه
			۴/۲۳۳	۲۵	۱۰۵/۸۱۶	اضطراب	
				۲۹	۸۴۲/۱۶۷	افسردگی	کل
				۲۹	۴۳۷/۴۶۷	اضطراب	

رستمی امین و ذوقی پایدار: مقایسه اثربخشی مصاحبه انگیزشی و تلفیق طرحواره درمانی با مصاحبه انگیزشی بر ...

همچنین نتایج تحلیل کواریانس با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی نشان می‌دهد بین میانگین نمره اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود.
($F_{(2,25)} = 33 / 234, P < 0 / 01$).

با مشاهده مقادیر مجذور سهمی اتا می‌توان گفت تاثیر روش درمانی در کاهش افسردگی ($\text{Partial } \eta^2 = 0 / 727$) و اضطراب ($\text{Partial } \eta^2 = 0 / 723$) تقریباً همسان بوده است.

به منظور مقایسه اثربخشی دو روش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی و اضطراب از آزمون زوجی بن فرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ و ۷ ارائه شده است.

به منظور پاسخ به سوال اصلی پژوهش نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری نشان می‌دهد بین نمرات افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی، مصاحبه انگیزشی و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود،

Wilk's $\eta^2 = 0 / 185$; $\text{Partial } \eta^2 = 0 / 570$ ؛
($F_{(4,48)} = 15 / 935, P < 0 / 01$ ؛ Lambda

از طریق آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی نمرات افسردگی و اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت جداگانه مقایسه شده‌اند که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

به منظور آزمون پاسخ به سوال‌های فرعی پژوهش، نتایج تحلیل کواریانس با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی نشان می‌دهد بین میانگین نمره افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود.
($F_{(2,25)} = 32 / 604, P < 0 / 01$)

جدول ۶. مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه

گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی	۰/۴۶۵	۱/۱۳۷	۱
کنترل	-۸/۳۸۷	۱/۳۳۱	۰/۰۰۰۱**
طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی	-۰/۴۶۵	۱/۱۳۷	۱
کنترل	-۸/۸۵۲	۱/۱۳۷	۰/۰۰۰۱**
طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی	۸/۳۸۷	۱/۳۳۱	۰/۰۰۰۱**
مصاحبه انگیزشی	۸/۸۵۲	۱/۱۳۷	۰/۰۰۰۱**

** $P < 0 / 01$ n, = 30

نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه زوجی میانگین گروه‌ها نشان می‌دهد بین میانگین نمرات اضطراب گروه آزمایش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی با گروه کنترل ($P < 0/01$) و هم‌چنین گروه آزمایش مصاحبه انگیزشی با گروه کنترل ($P < 0/01$) تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود؛ اما بین میانگین نمرات اضطراب گروه آزمایش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی با گروه آزمایش مصاحبه انگیزشی تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ($P > 0/01$)؛ بنابراین می‌توان گفت هر دو روش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی بر روی کاهش اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تأثیر داشته‌اند؛ اما بین اثربخشی دو روش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه زوجی میانگین گروه‌ها نشان می‌دهد بین میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی با گروه کنترل ($P < 0/01$) و هم‌چنین گروه آزمایش مصاحبه انگیزشی با گروه کنترل ($P < 0/01$) تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود؛ اما بین میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی با گروه آزمایش مصاحبه انگیزشی تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ($P > 0/01$)؛ بنابراین می‌توان گفت هر دو روش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی بر روی کاهش افسردگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تأثیر داشته‌اند؛ اما بین اثربخشی دو روش طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

جدول ۷. مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب

گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی	۰/۵۶۶	۰/۹۸۳	۱
مصاحبه انگیزشی	-۷/۱۸۹	۱/۱۵۱	۰/۰۰۰۱**
مصاحبه انگیزشی	-۵/۸۶	۰/۹۸۳	۱
طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی	-۷/۷۷۵	۰/۹۸۴	۰/۰۰۰۱**
کنترل	۷/۱۸۹	۱/۱۵۱	۰/۰۰۰۱**
مصاحبه انگیزشی	۷/۷۷۵	۰/۹۸۴	۰/۰۰۰۱**

** $P < 0/01$ n, = ۳۰

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره نشان داد که طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تأثیر دارد. این یافته از نظر تأثیر طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی با نتایج تحقیق (هایلمن و همکاران، ۲۰۱۱) همسو است که برای اولین بار طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی (MIST) را در ایالات متحده بر نمونه آمریکایی‌های لاتین و کم‌درآمد اجرا کردند.

در تبیین این یافته‌ها باید گفت طرحواره درمانی از طریق تکنیک‌های شناختی، تجربی، بین فردی و الگوشکنی رفتاری به تغییر و اصلاح طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار می‌پردازد.

طرحواره‌های افسردگی، بازتاب اشتغال فکری با فقدان، شکست، طرد و خلاء هستند، طرحواره‌های اضطراب، بازتاب تهدید و آسیب می‌باشند و طرحواره‌های خشم نشان‌دهنده حقارت و قدرت‌طلبی‌اند (لیپی، ۲۰۱۷).

از مداخلات شناختی برای آزمایش تجربی و منطقی طرحواره‌ها و به چالش کشیدن اعتبار آنها استفاده می‌شود. مداخلات رفتاری به مراجعان برای شناسایی و تغییر سبک‌های مقابله‌ای

ناسازگار و تمرین کردن رفتارهای جایگزین کمک می‌کند. تکنیک‌های تجربی از طریق تصویرسازی ذهنی و گفت‌و شنود دو نفره برای کشف و همزمان کردن پیوند بین هیجانات و تغییرات شناختی به مراجعان کمک می‌کند. درمان طرحواره‌درمانی با پیوند درمانگر- مراجع برای ایجاد یک رابطه درمانی همدل و پرورش‌دهنده که بازوالدینی حد و مرزدار را تسهیل می‌کند، شروع می‌شود. سبک کودک رهاشده از طریق بازوالدینی حدومرز دار، تایید نیازها و احساسات، ایجاد اطمینان از طریق تحسین مستقیم و ایجاد یک پایگاه پرورش‌دهنده و پایدار بهبود می‌یابد. همچنین مراجعان به بیان مناسب احساسات مرتبط با خاطرات در صورت لزوم تشویق و ترغیب می‌شوند (مارتین و یانگ، ۲۰۱۰)؛ بنابراین طرحواره درمانی خود به‌تنهایی مزایای زیادی در کاهش افسردگی و اضطراب دارد، مخصوصاً زمانی که این تکنیک‌ها با مصاحبه انگیزشی تلفیق گردد نتایج بهتری از درمان حاصل می‌شود زیرا با ارائه پیش‌درمان مصاحبه انگیزشی قبل از مداخلات طرحواره درمانی، مقاومت بیماران کاهش و انگیزه آنان جهت انجام تکالیف خانگی و مشارکت در درمان افزایش می‌یابد، درگیری بیشتر بیمار در درمان باعث افزایش میزان پاسخ‌دهی به درمان طرحواره درمانی می‌شود.

نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره نشان می‌دهد که مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تأثیر دارد. در مطالعات پیشین از مصاحبه انگیزشی در زمینه افزایش تبعیت درمانی و کیفیت زندگی

از مراجعانی که برای درمان افسردگی و اضطراب به درمان شناختی رفتاری (CBT) روی می‌آوردند، در مورد تغییر و انجام اقدامات لازم برای ایجاد تغییر از جمله مواجهه یا تمرینات فعال‌سازی رفتاری دوسوگرا هستند. از نظر آنها مصاحبه انگیزشی با تمرکز بر حل دوسوگرایی، افزایش آمادگی برای تغییر و راهکارهای خاص برای پاسخ به مقاومت مراجعان می‌تواند یک مکمل مفید برای درمان شناختی رفتاری باشد.

نتایج تحقیق (وسترا، ۲۰۰۴) نشان داد که مصاحبه انگیزشی به‌عنوان مکمل درمان شناختی- رفتاری سنتی برای استفاده با مراجعانی که نسبت به تکنیک‌های مبتنی بر تغییر برای مدیریت اضطراب یا کاهش افسردگی مقاوم هستند و به‌طور قابل توجهی دوگانگی دارند بسیار مؤثر است.

نتایج تحقیق (وسترا و دوزویس، ۲۰۰۶) نشان داد که اگرچه CBT یک درمان کاملاً مناسب برای اضطراب است، اما میزان بهبودی و انطباق با روش‌های درمانی کمتر از حد مطلوب است. استفاده از مداخلات مقدماتی، مختصر و کمکی مانند مصاحبه انگیزشی ممکن است به تقویت پاسخ و درگیری با روش‌های درمانی کمک کند.

(اسلاگل و گری، ۲۰۰۷) از مصاحبه انگیزشی به‌عنوان مداخله کمکی برای مواجهه درمانی در درمان اختلالات اضطرابی استفاده کردند، نتایج تحقیق آنان نشان داد که مصاحبه

بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه استفاده شده است، اما متأسفانه در زمینه کاربرد مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحقیقات اندکی انجام گرفته است. این یافته از نظر تأثیر مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی و اضطراب با نتایج تحقیق (ارسیا لیانا و همکاران، ۲۰۱۴) همسو است که بر ۴۲ بیمار اسپانیایی تحت درمان قبل از دیالیز اجرا شد. همچنین این یافته با نتایج تحقیق (علی دوست قهفرخی و همکاران، ۱۳۹۴) همسو است، بر اساس نتایج پژوهش آنها از مصاحبه انگیزشی می‌توان به‌عنوان روشی کوتاه‌مدت و مقرون‌به‌صرفه برای بهبود افسردگی و سطح سلامت روان بیماران همودیالیزی استفاده کرد.

(پونزفورد و همکاران، ۲۰۱۶) در تحقیقی به بررسی تأثیر مصاحبه انگیزشی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به آسیب تروماتیک مغزی پرداختند، نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری اصلاح شده با جلسات تقویت‌کننده مصاحبه انگیزشی در دوره‌های طولانی‌مدت می‌تواند اضطراب و افسردگی ناشی از آسیب تروماتیک مغزی را کاهش دهد.

در تحقیقات پیشین از مصاحبه انگیزشی در درمان اختلالات افسردگی و اضطراب در سایر گروه‌های نمونه استفاده شده است، به‌عنوان مثال: (آرکوویتز و وسترا، ۲۰۰۴) در درمان افسردگی و اضطراب، درمان شناختی رفتاری را با مصاحبه انگیزشی تلفیق کردند، نتایج نشان داد که بسیاری

3. Westra
4. Westra & Dozoi
5. Slagle & Gray

1. Ponsford & et al
2. Arkowitz & Westra

پایشی، مداخله‌های رفتاری مبتنی بر مواجهه سازی را پس از ارائه چند جلسه مصاحبه انگیزشی به کار بستند زیرا مصاحبه انگیزشی با افزایش انگیزه و تقویت توانایی مشارکت در درمان، به منظور ارتقاء و بهبود میزان پاسخ به درمان بسیار اهمیت دارد.

نتایج تحقیق (رانдал و مک نیل، ۲۰۱۷) نشان داد که تلفیق درمان شناختی رفتاری با مصاحبه انگیزشی در درمان اختلالات اضطرابی باعث افزایش درگیری در درمان و بهبود نتایج بالینی می‌شود زیرا مصاحبه انگیزشی یک استراتژی درمانی است که به دوسوگرایی در مورد تغییر در مداخلات بالینی می‌پردازد.

(آرکوویتز، میلر و رولنیک، ۲۰۱۷) در تبیین تأثیر مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی به چندین دلیل خاص اشاره نموده‌اند: ۱- مصاحبه انگیزشی با علائم اصلی افسردگی از قبیل فقدان انگیزه و لذت در اغلب یا تمام فعالیت‌ها هماهنگ است و به راحتی می‌تواند به تقویت انگیزه بیمار بپردازد. ۲- مصاحبه انگیزشی دوسوگرایی یا مقاومت که در اغلب مراجعین افسرده دیده می‌شود را به طور خاص برطرف می‌کند. ۳- مصاحبه انگیزشی به افراد افسرده کمک می‌کند تا سطح فعالیت خود را افزایش دهند، افزایش فعالیت‌های جسمی و اجتماعی می‌تواند علائم افسردگی را کاهش دهد. ۴- متغیرهای ارتباط درمانی از جمله همدلی نسبت به تکنیک‌های خاص درمان‌های مختلف با نتیجه درمان ارتباط بیشتری دارد و باعث کاهش افسردگی می‌شود.

انگیزشی با کاهش دوسوگرایی در مورد انجام درمان‌های مبتنی بر مواجهه درمانی باعث بهبود اختلالات اضطرابی می‌شود.

(وسترا، آویرام و دوئل، ۲۰۱۱) در تحقیقی از مصاحبه انگیزشی و درمان‌های تقویت انگیزشی مرتبط در درمان اختلالات افسردگی، اضطراب، مصرف مواد، خوردن و روان‌پریشی همزمان استفاده کردند، نتایج حاکی از این بود که برای درمان این مشکلات می‌توان مصاحبه انگیزشی و درمان‌های تقویت انگیزشی مرتبط را به عنوان پیش‌درمان با سایر روش‌های درمانی (درمان‌های روانشناختی و دارویی) ادغام کرد. در هر حوزه مشکل، شواهد موجود از ارزش افزودن مصاحبه انگیزشی به روش‌های درمانی موجود در افزایش تعامل با درمان و بهبود نتایج بالینی حمایت می‌کند.

نتایج فرا تحلیل (رومانو و پیترز، ۲۰۱۵) نشان داد که مصاحبه انگیزشی در درمان انواع مشکلات بهداشت روان مفید است. مکانیسم‌های بالقوه مصاحبه انگیزشی شامل انگیزه، اعتماد به نفس بیمار، مقاومت بیمار و تعامل بیمار با درمان هستند. نتایج نشان داد که مصاحبه انگیزشی تأثیر مطلوبی بر متغیرهای تعامل و درگیری بیمار دارد، درگیری بیمار با درمان ممکن است یک مکانیسم بالقوه تغییر در افراد مبتلا به اختلالات خلقی، اضطراب و روان‌پریشی باشد.

(آرکوویتز، میلر و رولنیک، ۲۰۱۷) در درمان اختلالات اضطرابی، مداخلات شناختی رفتاری از قبیل آموزش‌های تنفسی، خود مراقبتی یا خود

وجه تمایز دو روش MI و MIST در این است که طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی علاوه بر تکنیک‌های شناختی رفتاری، دارای تکنیک‌های تجربی و بین فردی نیز می‌باشد. در روش مصاحبه انگیزشی خود بیماران در تعیین اهداف درمان، ارزشها و راهبردهای رفتاری موردعلاقه‌شان جهت فعال‌سازی رفتاری نقش دارند و درمانگر فقط نقش هدایت‌کننده را دارد. درمانگر در کار با گروه مصاحبه انگیزشی از مواجهه مستقیم، سرزنش کردن، نصیحت کردن و راهکار دادن به بیماران اجتناب می‌کند. در مصاحبه انگیزشی رابطه بین درمانگر و بیمار برابر و انسان‌گرایانه است و همین رابطه همدلانه و پذیرش نامشروط بیمار باعث افزایش پاسخ به درمان و نتایج بالینی می‌شود. در طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی هم درست است که از تکنیک‌های شناختی، رفتاری، تجربی و بین فردی طرحواره درمانی استفاده می‌کنیم ولی چون طرحواره درمانی با مصاحبه انگیزشی تلفیق شده است و اصول مصاحبه انگیزشی بر تمام جلسات طرحواره درمانی حاکم است در اجرای تکنیک‌های شناختی، رفتاری، تجربی و بین فردی انعطاف‌پذیری زیادی وجود دارد یعنی با توجه به شرایط جسمانی و خیم بیماران در اجرای تکالیف خانگی و تکنیک‌ها از شیوه امری و توصیه مستقیم اجتناب کرده و آموزش راهبردها و تکنیک‌ها به شیوه مصاحبه انگیزشی است. در گروه MIST هم خود بیماران در تعیین اهداف و راهبردها نقش فعال دارند. در جلسات اولیه MIST همان پذیرش نامشروط و رابطه همدلانه

نتایج فراتحلیل (مارکر و نورتون، ۲۰۱۸) در زمینه تأثیر مصاحبه انگیزشی تلفیق‌شده با درمان شناختی رفتاری برای اختلالات اضطراب نشان داد که مصاحبه انگیزشی به‌عنوان مکمل درمان شناختی رفتاری برای اختلالات اضطرابی، نتیجه درمان را در مقایسه با درمان شناختی رفتاری به‌تنهایی بهبود می‌بخشد.

در تحقیقات پیشین کسی به مقایسه اثربخشی دو روش MI و MIST بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه نپرداخته است. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که بین اثربخشی طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که عنصر مشترک MI در هر دو روش متمرکز بر تکنیک‌های شناختی و رفتاری است که درمان‌هایی شناخته‌شده، مؤثر و مطلوب جهت درمان افسردگی و اضطراب هستند.

همچنین عنصر مشترک MI در هر دو درمان متمرکز بر کشف و حل دوسوگرایی، کار با مقاومت در برابر تغییر رفتار، افزایش انگیزه، اعتمادبه‌نفس و تقویت توانایی مشارکت در درمان است. همچنین در هر دو درمان با ایجاد رابطه درمانی شفابخش و ایجاد فضایی امن برای ابراز خشم یا غم و اندوه بیماران میزان پاسخ‌دهی به درمان افزایش یافته است.

شدیم که سبب ریزش ۱۵ نفر از ۴۵ بیمار گروه نمونه شد و در مرحله پس‌آزمون تنها ۱۰ نفر در هر یک از سه گروه باقی ماندند. لذا از آنجائیکه مسئله فوت و یا ترخیص برخی از بیماران در بخش دیالیز امری اجتناب‌ناپذیر است پیشنهاد می‌شود که سایر پژوهشگران در مطالعات آینده پژوهش حاضر را با گروه نمونه بیشتری تکرار کرده و یا ترجیحاً گروه نمونه انتخاب شده همه در یک شیفت ثابت و قابل دسترس باشند تا از میزان افت و ریزش در درمان جلوگیری شود. پیشنهاد دیگر بر این است که از مداخلات طرحواره درمانی تلفیقی با مصاحبه انگیزشی و مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی و اضطراب در سایر بیماری‌های مزمن پزشکی نیز استفاده شود.

سپاسگزاری

بر خود لازم می‌دانیم تا از کلیه پرسنل و بیماران بخش دیالیز بیمارستان بعثت همدان که در اجرای این تحقیق صمیمانه ما را یاری کردند قدردانی و تشکر نماییم.

باقریان، رضا؛ خیرآبادی، غلامرضا؛ مراثی، محمدرضا و قانع‌فر، سار. (۱۳۹۸). رابطه خصوصیات شخصیتی، اضطراب، افسردگی و استرس با وضعیت خودمراقبتی در بیماران همودیالیزی. نشریه علمی روانشناسی سلامت. ۸(۳۰)، ۱۴۵-۱۵۶.

ربانی پارسا، محمدجواد. مشهدی، علی و بیگدلی، ایمان الله، (۱۳۹۷). اثربخشی مصاحبه‌ی

و برابر بین بیمار و درمانگر ایجاد می‌شود و تا پایان درمان ادامه دارد.

درنهایت می‌توان گفت که هر دو روش MIST و MI تأثیر مطلوبی بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه دارند؛ اما بین اثربخشی دو روش MIST و MI بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تفاوت معناداری مشاهده نشد. می‌توان گفت که هر دو روش درمانی MI و MIST به دلیل تناسب با شرایط جسمانی و روانی وخیم بیماران در بخش دیالیز، مداخلاتی کوتاه‌مدت و مفید برای کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه هستند.

مانند سایر پژوهش‌ها، این پژوهش نیز دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که در تعمیم نتایج باید مدنظر قرار گیرد. متأسفانه در اجرای این تحقیق با مشکلاتی از قبیل عود بیماری کلیوی و ناتوانی از ادامه شرکت در درمان، فوت، ترخیص از بخش دیالیز، جابجایی شیفت بیماران در طی جلسات درمانی و عدم دسترسی به برخی از بیماران مواجه

منابع

اکوچکیان، شهلا؛ ابراهیمی، امراله و سموعی، راحله (۱۳۸۰). رابطه استرس حاصل از دیالیز با وضعیت و ویژگی‌های روانی در بیماران کلیوی دیالیز شونده مرکز پزشکی نور اصفهان. نشریه پژوهش در علوم پزشکی، ۶ و ۴، ۳۰۶-۳۰۳.

- انگیزشی به شیوه‌ی گروهی، بر کاهش خوردن هیجانی و کاهش اضطراب در افراد چاق: نقش تعدیل‌گر تکانشگری. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*. ۷(۲۶)، ۴۴-۶۱.
- انگیزشی و امیدواری بیماران همودیالیزی بیمارستان هاجر شهرکرد در سال ۱۳۹۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۷(۴)، ۲۴-۱۷.
- انگیزشی گروهی. مشهد: سخن‌گستر.
- نویدیان، علی و پور شریفی، حمید (۱۳۹۰). مصاحبه انگیزشی: راهنمای عملی مصاحبه انگیزشی گروهی. مشهد: سخن‌گستر.
- کاویانی، حسین؛ صیفوریان، حسین؛ شریفی، ونداد. و ابراهیم‌خانی، نرگس، (۱۳۸۷). پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS): بیماران افسرده و اضطرابی ایرانی. ۶۷(۵)، ۳۷۹-۳۸۵.
- علی دوست قهفرخی، فرشته؛ مکوند حسینی، شاهرخ؛ کیان ارثی، فرحناز و مومنی، علی (۱۳۹۴). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر renal failure. *Psychosomatic medicine*, 48(3), 261-269.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). National chronic kidney disease fact sheet: general information and national estimates on chronic kidney disease in the United States, 2010. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Arkowitz, H., & Westra, H. A. (2004). Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 337-350.
- Choi, N.G., Sullivan, J.E., DiNitto, D.M., & Kunik, M.E. (2019). Health care utilization among adults with CKD and psychological distress. *Kidney Medicine*, 1(4), 162-170.
- Arkowitz, H., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (2017). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. Guilford Publications.
- Chen, C. K., Tsai, Y. C., Hsu, H. J., Wu, I. W., Sun, C. Y., Chou, C. C., & Wang, L. J. (2010). The relationship of depression to survival in chronic

- Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics*, 51(6), 528-528.
- De Jong, M. A., Eisenga, M. F., van Ballegooijen, A. J., Beulens, J. W., Vervloet, M. G., Navis, G., ... & De Borst, M. H. (2021). Fibroblast growth factor 23 and new-onset chronic kidney disease in the general population: the Prevention of Renal and Vascular Endstage Disease (PREVEND) study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 36(1), 121-128.
- García-Llana, H., Remor, E., del Peso, G., Celadilla, O., & Selgas, R. (2014). Motivational interviewing promotes adherence and improves wellbeing in pre-dialysis patients with advanced chronic kidney disease. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 21(1), 103-115.
- Herts, K. L., & Evans, S. (2021). Schema Therapy for Chronic Depression Associated with Childhood Trauma: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 1534650120954275.
- Heilemann, M. V., Pieters, H. C., Kehoe, P., & Yang, Q. (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(4), 473-480.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 91-111.
- Leahy, R. L. (2017). Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide. Guilford Publications.
- Marthoenis, M., Syukri, M., Abdullah, A., Tandil, T. M. R., Putra, N., Laura, H., ... & Schouler-Ocak, M. (2021). Quality of life, depression, and anxiety of patients undergoing hemodialysis: Significant role of acceptance of the illness. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 56(1), 40-50.
- Martin, R., & Young, J. (2010). Schema therapy. *Handbook of cognitive - behavioral therapies*, 317.
- Moyers, T., Martin, T., Catley, D., Harris, K. J., & Ahluwalia, J. S. (2003). Assessing the integrity of motivational interviewing interventions: Reliability of the motivational interviewing skills code. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 177.
- Marker, I., & Norton, P. J. (2018). The efficacy of incorporating motivational interviewing to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 62, 1-10.

- Oshima, F., Iwasa, K., Nishinaka, H., Suzuki, T., Umehara, S., Fukui, I., & Shimizu, E. (2018). Factor Structure and Reliability of the Japanese Version of the Young Schema Questionnaire Short Form. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18(1), 99-109.
- Pallant, J. F., & Tennant, A. (2007). An introduction to the Rasch measurement model: an example using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 1-18.
- Ponsford, J., Lee, N. K., Wong, D., McKay, A., Haines, K., Alway, Y., & O'Donnell, M. L. (2016). Efficacy of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy for anxiety and depression symptoms following traumatic brain injury. *Psychological medicine*, 46(5), 1079.
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 216-221.
- Romano, M., & Peters, L. (2015). Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 1-12.
- Randall, C. L., & McNeil, D. W. (2017). Motivational interviewing as an adjunct to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: A critical review of the literature. *Cognitive and behavioral practice*, 24(3), 296-311.
- Sanyaolu, A., Okorie, C., Annan, R., Turkey, H., Akhtar, N., Gray, F., & Nwaduwa, I. C. (2018). Epidemiology and management of chronic renal failure: a global public health problem. *Biostatistics Epidemiol Int J*, 1(1), 11-16.
- Schouten, R. W., Haverkamp, G. L., Loosman, W. L., Shaw, P. K. C., van Ittersum, F. J., Smets, Y. F., ... & Siegert, C. E. (2019). Anxiety symptoms, mortality, and hospitalization in patients receiving maintenance dialysis: a cohort study. *American Journal of Kidney Diseases*, 74(2), 158-166.
- Senanayake, S., Gunawardena, N., Palihawadana, P., Senanayake, S., Karunarathna, R., Kumara, P., & Kularatna, S. (2020). Health related quality of life in chronic kidney disease; a descriptive study in a rural Sri Lankan community affected by chronic kidney disease. *Health and quality of life outcomes*, 18, 1-9.
- Slagle, D. M., & Gray, M. J. (2007). The utility of motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy in the treatment of anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(4), 329.

- Sperb, W., da Silva, J. A., Cogo-Moreira, H., Lara, D.R., de Carvalho, H.W. (2019). The latent structure of the Young Schema Questionnaire-Short Form. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(6), 530-534.
- Spinhoven, P. H., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M., & Van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological medicine*, 27(2), 363-370.
- Stern, A. F. (2014). The hospital anxiety and depression scale. *Occupational Medicine*, 64(5), 393-394.
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 1-4.
- Sunde, T., Hummelen, B., Himle, J. A., Walseth, L. T., Vogel, P. A., Launes, G., & Haaland, Å. T. (2019). Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-13.
- Thimm, J. C. (2013). Early maladaptive schemas and interpersonal problems: A circumplex analysis of the YSQ-SF. *International journal of psychology and psychological therapy*, 13(1), 113-124.
- Westra, H. (2004). Managing resistance in cognitive behavioural therapy: The application of motivational interviewing in mixed anxiety and depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(4), 161-175.
- Westra, H. A., & Dozois, D. J. (2006). Preparing clients for cognitive behavioral therapy: A randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 481-498.
- Westra, H. A., Aviram, A., & Doell, F. K. (2011). Extending motivational interviewing to the treatment of major mental health problems: current directions and evidence. *The canadian journal of psychiatry*, 56(11), 643-650.
- Zhang, Q. L., & Rothenbacher, D. (2008). Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. *BMC public health*, 8(1), 1-13.
- Zeltzer, L., & Kloda, L. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Canadian Partnership for Stroke Recovery, Canad.*