اثربخشی درمان فراشخیصی یکپارچه بر تنظیم شناختی هیجان بیماران قلبی - عروقی

منبع فیروزی، مهتاب بیرانوندی

1- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
2- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

پیشنهاد نماینده / دوره بیستم / شماره 2 / تابستان 97 / مسلسل 76

چکیده

دریافت مقاله: 97/11/19
پذیرش مقاله: 97/11/21

مقیده: بیماران مبتلا به اختلالات قلبی-عروقی، در تنظیم هیجان‌ها مشکل دارند و این امر در درمان آنها تداخل ایجاد می‌کند. درمان فراشخیصی درمان مثبت بر تنظیم هیجان است. هدف اصلی این پژوهش، مطالعه اثر بخشی این درمان بر تنظیم هیجان بیماران قلبی-عروقی است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با یکپارچه به ترتیب در دو گروه کنترل و گروه مداخله (درمان فراشخیصی یکپارچه) قرار گرفتند. برای گردآوری اطلاعات متغیر تنظیم شناختی هیجان، از بررسی‌های تأثیرگذاری هیجان، استفاده شد.

برای تحلیل داده‌ها و واریانس افزایش‌های تکراری (Repeated Measure ANOVA)، استفاده گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها بیان‌های یکپارچه توانسته‌اند که درمان فراشخیصی یکپارچه در تنظیم شناختی هیجان مؤثر بوده و میزان کیفیت زندگی بیماران را ارتقاء بخشیده است. درمان فراشخیصی بیشتر بر مرکز مثبت، ارزیابی مثبت و برنامه‌ریزی مؤثرتر بود و بسیارشین خود، نشان از داشتن فکر و فاعلی سازی کردن اثر داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، درمان فراشخیصی یکپارچه به طور اختصاصی بر ابعاد تنظیم هیجان که تحت کنترل فردی‌های سطح بالا بودند، بیش از فردی‌های سطح پایین اثر داشت.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشخیصی یکپارچه، تنظیم شناختی هیجان، کیفیت زندگی، بیماران قلبی - عروقی.

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی.

mfiroozy@ut.ac.ir

پست الکترونیک:
مقدمه

بیماری کرون قلبی که ناشی از گرفتگی عروق کرونا است و معمولاً جان تعدیلداری از بیماران را به مخاطره می‌اندازد (1). بیماری قلبی در زمره سه سطل مرجعی طبق احتمال سرطان و سکته مغزی در کشورهایی که رشد قرار دارد (2) شیوع بیماری قلبی - عروقی با سرعت بالا در چین، هند، پاکستان، خاورمیانه و اجمله ایران در حال افزایش است (3). افزایش عمیق در ایران به صورت یک مشکل فراگیر در آنده، به طوری که مربوط به آن از آن یکی از عوامل اصلی ناشی از آن می‌باشد. در این آماره انجام داده است (4). بر اساس آماری که با کارگری شناخت اخبار حیاتی در بیماران قلبی به کمک درمان فراشناختی درمان ممکن است.

تالیف میرمحمدرضا شهیدی درمان‌های اخیر در موانعی که در زمینه‌های متعددی مطرح شده‌اند، از این نظر به دسترسی به مداخلات تاییدیه تجربی امکان کاربرد و اندازه‌گیری آنها را در شرایط مختلف داشته باشند. از طرفی پیکرچی‌گری می‌تواند به شناسایی عوامل مشترک درمانی و کشف مکانیسم‌های درمانی منجر شود. بر اساس دیدگاه فراشناختی به عنوان درمان یکپارچه نگر، مؤلفه‌های زیربنایی اساس روانی، به‌همراه درمان قرار می‌گیرد و پروکت حفر درمانی فراشناختی یکپارچه برای اخلاق‌ها و مشکلات روانی که زیربنایی مشترکی دارد بکار می‌رود (5). اگرچه پروژه کپارچه (UP) مبنی بر اصول سنتی شناختی - فراتری ای، اما تاکید اختصاصی آن بر شیوه‌ای است که مبتنی بر اعتقاد‌های جامعه، پیش‌بینی و تحلیل احتمال رخ را شناسایی کند و به آنها پاسخ دهد. این سابقه از طرفی به‌طور کلی به تغییر رفتار ازجمله تجربه جهانی می‌رساند. بنابراین این مسئله به‌طوری که تغییر در کارکرد می‌تواند در شرایط مختلف و در این دنیا به دست آید (6). به‌ویژه برای نخستین بار، منظور درمان هیجانی و به‌همراه کشف نتیجه‌ی محاسبه‌ای یکپارچه به کمک درمان فراشناختی به کار
درخیص درمان فرانشیسه‌ی پارچه‌بر تنظیم شناختی بیماران قلبی- عروقی


رفته است. مدیریت هیجان‌ها در بیماران قلبی نه تنها ریسک حمله قلبی را کاهش می‌دهد بلکه افزایش کیفیت زندگی، هزینه‌های درمانی و مراقبت‌های بی در بی‌آنها به مراکز درمانی را می‌کاهد. هدف این پژوهش مطالعه اثری خصوصی درمان فرا شناختی در تنظیم شناختی هیجان و بهبود کیفیت زندگی بیماران کرون قلبی بود.

مواد و روش‌ها

جامعه مورد مطالعه

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با پیش‌آزمون پس-آزمون و پی‌پس‌آزمون انجام گرفت. جامعه آماری کلیه بیماران قلبی-ع روی شهرنشین خرم‌آباد بود. یک نمونه 66 نفری از بیماران قلبی-ع روی مراقبت گردیده به بیمارستان تخصصی قلب این شهرستان انتخاب شدند و به طور تصادفی در 2 گروه کنترل و گروه آزمایش (درمان فرانشیسه‌ی پارچه‌بر) 33 نفر قرار گرفتند. این پژوهش، مبتنی بر پیش‌آزمون، پس-آزمون و پی‌پس‌آزمون از دو ماه بود. میتر میزان کیفیت زندگی، اختلالات شهری بیماران قلبی-ع روی، دامنه سنی 65-70 سال، علائم خواصن و نوشته، داشتن رژیم درمانی که شامل قرص نیتروگائتنین و قرص پروپرانولول بود و موثر خروجی داشته باشد: هدف تمرک از جلسات، غیبت بیش از دو جلسه در برنامه‌های درمانی، داشتن سابقه روانپزشکی (مانند اختلالات روان پریشی از اسکیزوفرنی تا افسردگی اساسی)، داشتن اختلالات پادگنی و یا بیماری‌های تأثیر مثبت و تأثیر منفی در نتیجه پژوهش مانند ثبات بیماری و یا افزایش فشار خون و خروج، اطلاعات 6 نفر از دور بردارش خارج شد و در نهایت 24 نفر از 2 گروه 60 نفر پژوهش جزییه تحلیل قرار گرفت.

در مورد پژوهش، 367 درصد زن و 463 درصد مرد بودند. 90 درصد آنها دارای تحریم وصیات بی‌درمان و 10 درصد نداشتند. تحلیل‌های کیفی و کوئانتیتیو SPSS نسخه 12 جهت تحلیل داده‌ها از توجه‌رسان SPSS استفاده شد. نتایج آزمون شاخص تغییرات (Repeated Measure ANOVA) نشان داد که تغییرات در شاخص‌ها بسیار مثبت و معنی‌دار بوده است.
جدول 1. میانگین و انحراف معیار گروه کنترل و مداخله

<table>
<thead>
<tr>
<th>پیش از آزمون</th>
<th>پس از آزمون</th>
<th>پیگیری</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>M ± SD</td>
<td>M ± SD</td>
<td>M ± SD</td>
</tr>
<tr>
<td>مداخله: مدل سه‌تایی گروه کنترل</td>
<td>78 ± 5.6</td>
<td>74 ± 5.2</td>
</tr>
<tr>
<td>پذیرش</td>
<td>76 ± 5.8</td>
<td>73 ± 5.4</td>
</tr>
<tr>
<td>شماره فردی</td>
<td>74 ± 5.2</td>
<td>72 ± 4.8</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب مثبت</td>
<td>78 ± 5.4</td>
<td>75 ± 4.8</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب منفی</td>
<td>76 ± 5.2</td>
<td>73 ± 4.8</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب میانگین</td>
<td>77 ± 5.3</td>
<td>75 ± 4.9</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب دیگر</td>
<td>78 ± 5.5</td>
<td>76 ± 5.1</td>
</tr>
<tr>
<td>رتبه برگردان</td>
<td>77 ± 5.2</td>
<td>75 ± 4.8</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد زمان</td>
<td>78 ± 5.4</td>
<td>76 ± 5.0</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب منفی</td>
<td>77 ± 5.1</td>
<td>75 ± 4.7</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب میانگین</td>
<td>78 ± 5.3</td>
<td>76 ± 5.0</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب دیگر</td>
<td>79 ± 5.5</td>
<td>77 ± 5.1</td>
</tr>
<tr>
<td>مداخله: مدل نهایی گروه کنترل</td>
<td>78 ± 5.6</td>
<td>74 ± 5.2</td>
</tr>
<tr>
<td>پذیرش</td>
<td>76 ± 5.8</td>
<td>73 ± 5.4</td>
</tr>
<tr>
<td>شماره فردی</td>
<td>74 ± 5.2</td>
<td>72 ± 4.8</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب مثبت</td>
<td>78 ± 5.4</td>
<td>75 ± 4.8</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب منفی</td>
<td>76 ± 5.2</td>
<td>73 ± 4.8</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب میانگین</td>
<td>77 ± 5.3</td>
<td>75 ± 4.9</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب دیگر</td>
<td>78 ± 5.5</td>
<td>76 ± 5.1</td>
</tr>
<tr>
<td>رتبه برگردان</td>
<td>77 ± 5.2</td>
<td>75 ± 4.8</td>
</tr>
<tr>
<td>تعداد زمان</td>
<td>78 ± 5.4</td>
<td>76 ± 5.0</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب منفی</td>
<td>77 ± 5.1</td>
<td>75 ± 4.7</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب میانگین</td>
<td>78 ± 5.3</td>
<td>76 ± 5.0</td>
</tr>
<tr>
<td>تعکیب دیگر</td>
<td>79 ± 5.5</td>
<td>77 ± 5.1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در مورد میانگین مقیاس تمرکز منبئی، نتایج نشان داد که برای افراد گروه کنترل، میانگین تغییرات در سه زمان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (115/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P). اما در گروه آزمایش (درون‌فرانک‌خیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است (15/00 = P).
مراجعه درمان فراتخشنی یکچه‌بندی بر تنظیم شناختی هیجان به‌مانند گلیه- عرفانی

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها حاکی از آن است که درمان فراتخشنی یکچه‌بندی بر تعیین راه‌های به‌درمان مشابه ترتیب است که با یافته‌های حاجی مبرعی و همکاران (۱۳۴). ولز (۱۴) و ولز و همکاران (۱۵) هم‌ساز است. همچنین فیشر (۱۶) در تحقیق با عنوان اثرات درمانی

جدول ۲ مقایسه دو مداخله و کنترل در مورد متغیر تنظیم هیجانی

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر هیجانی</th>
<th>آزمون ۱</th>
<th>آزمون ۲</th>
<th>آزمون ۳</th>
<th>آزمون ۴</th>
<th>آزمون ۵</th>
<th>آزمون ۶</th>
<th>آزمون ۷</th>
<th>آزمون ۸</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تنظیم هیجانی</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>مداخله ۱</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>کنترل</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
<td>۱۵۰/۰۰۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

میانگین نمره تقویت در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۳۴/۰۰۰/۵). با مقایسه دو بهترین تغییرات میانگین در طول زمان مشخص شد که تغییرات میانگین در درمان فراتخشنی یکچه‌بندی، در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار دارد (۱۳۴/۰۰۰/۵).

میانگین نمره تقویت در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۳۴/۰۰۰/۵).

میانگین نمره تقویت در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۳۴/۰۰۰/۵).

میانگین نمره تقویت در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۳۴/۰۰۰/۵).

میانگین نمره تقویت در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۳۴/۰۰۰/۵).

میانگین نمره تقویت در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۳۴/۰۰۰/۵).

میانگین نمره تقویت در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۳۴/۰۰۰/۵).

میانگین نمره تقویت در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۳۴/۰۰۰/۵).

میانگین نمره تقویت در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۳۴/۰۰۰/۵).

میانگین نمره تقویت در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۳۴/۰۰۰/۵).

میانگین نمره تقویت در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۳۴/۰۰۰/۵).
فرانشیسکی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان دانشجویان نشان داده که درمان فرانشیسکی در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نیز تعديل راهبردهای تنظیم هیجان ابرشی است و باید تأثیر درمان فرانشیسکی در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان در دانشجویان، این نتایج برای مختصات بالینی و مشارکان دست اندکر در مراکز مشاوره دانشگاهی لتویجات کاربردی دارد. ریز و کاسود، در مطالعه ارثی درمان فرانشیسکی بر علائم اضطراب، افسردگی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی و عملکرد عمومی زنان مبتلا به اضطراب و افسردگی همبود، نشان دادند که درمان فرانشیسکی قروهی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی و به دنبال آن بهبود تنظیم هیجانی درمانی کارا است (17).

یکی از درمان‌هایی که در حال‌های اختلال در میان تحولات جدید در جریان درمان‌های شناختی-رفتاری در مقابل درمان‌های اختصاصی برای اختلال‌های هیجانی ندیم شده، درمان شناختی-رفتاری فرانشیسکی با رویکرد یکپارچه است که توسط بارلو و همکاران (18) مطرح گردیده است. رویکرد فرانشیسکی مؤلف‌های زیبرنایی آسپس روانی را مورد هدف قرار می‌دهد و می‌توان باید اختلال‌ها و مشکلاتی که زیبرنایی پسکین و مشابهات دارد کاربرد داشته باشد (19). این درمان که برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی خصوصاً افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و خلقی طراحی شده، یک درمان شناختی-رفتاری یکپارچه است که به منظور هدف قرار دادن ویژگی‌های مرکزی اختلال‌های اضطرابی و خلقی می‌تواند گروه‌های مقتصدبانی و شاید قدرتمند در مقایسه با پروکول‌های درمانی موجود کنونی برای تشخیص‌های بالینی خاص باشد (20).

اسمیت (21) جراح قلب و عروق اولین کسی بود که دریافت بیماران قلبی اغلب از نوعی سندروم هیجانی-
تشکر و قدردانی

از تمامی عزیزانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند گمایل تقید از شکری داریم، بالخصوص بیماران محترمی که صبوری در جلسات گروه درمانی شرکت نموده و همچنین از مسئولین محترم بیمارستان تخصصی قلب شهید مدنی خرمآباد به طور ویژه قدردانی می‌نماییم.
References


13. Haji-Mirsaeidi Z, Kazemi-Zahrani H, Sadeghi M. Comparison of the Mindfulness...
Integrate Metacognition for cognitive emotional regulation in patients with cardiovascular disease
Firoozi M<sup>1</sup>, Biranvandi M<sup>2</sup>
1. Assistant professor in Health Physiology, Department of psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
2. MSc in clinical psychology, Department of psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Received: 10 March 2018   Accepted: 21 May 2018

Abstract

Background: Patients with cardiovascular disease have difficulty in emotional regulation, and this disability can interfere with their treatment. Metacognition therapy (MCT) is a psychological intervention based on emotional management. The purpose of research is to study the effectiveness of MCT for dementia cognitive emotion regulation in patients with cardiovascular.

Materials and Methods: The present study was a clinical trial with pre-test, post-test and follow-up. The statistical population included all cardiovascular patients in Khorramabad. Sixty-six patients were randomly assigned into control and intervention (Metacognition therapy) groups. The cognitive-emotional regulation variable was used for data collection by a Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij). Repeated Measure ANOVA was used for data analysis.

Results: The findings of the study indicated that Metacognitive therapy was effective in cognitive-emotional regulation (positive refocusing, positive reappraisal, refocus on planning) and not so effective in self-blame, focus on thought/rumination, and catastrophizing.

Conclusion: Based on the findings of the research, Metacognitive therapy effects on cognitive dementia relate to top-down versus bottom-up processing in the brain.

KeyWords: Meta cognitive therapy, Cognitive emotional regulation, Top-down, Bottom-up processing, Cardiovascular disease.