مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره هفدهم، شماره 11، آبان1394، صفحه 27-21

اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران کرونر قلبی

لیلا بابایی (BSc)[1]، محمد کاظم فخری (PhD) [2*]، محسن جدیدی (PhD)[3]، محمدتقی صالحی عمران (MD)[4]

1-دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری
2-گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری
3-گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرگز
4-گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: 94/1/9، اصلاح:94/2/16، پذیرش:94/5/7

خلاصه

سابقه و هدف: بیماری کرونری قلب به عنوان یکی از علل اصلی مرگ و میر در کشورهای صنعتی می باشد. درک فرد از میزان حمایت محیطی و قابلیت تنظیم هیجان نقش موثری در پیشرفت بیماری قلبی دارد. لذا، این مطالعه به منظور اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران کرونر قلبی انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه شبه تجربی بر روی 30 نفر از بیماران کرونری قلب مراجعه کننده به بیمارستان قلب حضرت فاطمه زهرا (س) شهرستان ساری در نیمه دوم سال 1392 انجام شد. بیماران به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (15نفر گروه آزمایش، 15 نفر گروه گواه) قرار گرفتند. ابتدا دوره هر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه های حمایت اجتماعی ادراک شده فیشر و کوکوران و مقیاس پردازش هیجانی تجدید نظر شده ویمز و پینا را تکمیل نمودند؛ سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت 6 هفته، هر هفته یک جلسه، دوره رفتار درمانی دیالکتیکی را به مدت 90-60 دقیقه دریافت نمودند. در گروه کنترل مداخله خاصی صورت نپذیرفت. در نهایت هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون مجددا پرسشنامه های پژوهش را تکمیل و مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین نمره گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون در مولفه های تنظیم شناختی هیجان به ترتیب برابر با 2/5±112/7 و 2/2±113/2 بود و در مرحله پس‌آزمون برابر به ترتیب برابر با 1/9±39/07 و 2/9±107 بود($p<0/001$). میانگین نمره گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون در حمایت اجتماعی ادراک شده به ترتیب برابر با 4/6±24/6و 3/5±24/7 بود و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب 3/9±5/7 و 6/3±39 بود ($p<0/001$). میانگین تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بعد از مداخله کاهش یافت.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که استفاده از فنون رفتار درمانی دیالکتیکی می تواند تنظیم هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده بیماران قلبی را که نقش مهمی در پیشگیری از عود بیماری دارد بهبود بخشد.

واژه‌های کلیدی: رفتار درمانی دیالکتیکی، حمایت اجتماعی ادراک شده، تنظیم هیجانی، بیماری کرونر قلب.

مقدمه

تا اوایل قرن گذشته بیماری‌های عفونی و واگیر عامل اصلی مرگ و میر بودند، اما اکنون با پیشرفت‌های بهداشتی و پزشکی این بیماری‌ها تا حد زیادی کنترل شده و بیماری‌های مزمن به مهم ترین عامل ناتوانی و مرگ و میر تبدیل شده‌اند. بیماری کرونری قلب (Coronary Heart Disease) به عنوان یکی از علل اصلی مرگ و میر در کشورهای صنعتی به شمار می‌رود و هرساله جان میلیون‌ها نفر را به خطر می‌اندازد و میلیاردها دلار هزینه ناشی از ضایعات مرگ ومیر و از کار افتادگی را رقم می‌زند (1). برآورده شده مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی از حدود 16/7 میلیون نفر در سال2002 به 23/3 میلیون نفر در سال 2030 برسد (2). متخصصان قلب و عروق، عوامل جسمانی شناخته شده ای از جمله این عوامل می توان به فشارخون بالا، سطح بالای کلسترول مضر، بیماری دیابت، کمبود فعالیت بدنی، چاقی و وراثت را با بروز بیماری عروق مرتبط می دانند. با وجود این شواهد حاکی از آن است که این موارد حداکثر 50 درصد از بروز این بیماری را پیش بینی می کنند و عوامل جسمانی فوق به تنهایی قادر به تبیین بروز و نیز تداوم بیماری کرونر قلب نیستند. پیشرفتهای نوین پزشکی

این مقاله حاصل پایان نامه لیلا بابایی دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر محمد کاظم فخری
آدرس: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، گروه روانشناسی. تلفن: 011-33175425
E-mail: fakhry1386@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.11.3.0]
[DOI: 10.22088/jbums.17.11.21]

رفتاری توجه متخصصان روان شناسی تندرستی را به نقش کلیدی عوامل غیر زیستی در بیماری کرونر قلب معطوف ساخته است و پژوهش درباره این بیماری مدتی است که متوجه عوامل روان شناختی و عوامل روانی - اجتماعی شده است (3). حمایت اجتماعی به عنوان یکی از اثرات و کارکردهای روابط اجتماعی و شبکه های اجتماعی، از جمله جنبه های ارضا کننده هیجانی و عاطفی زندگی قلمداد می شود .حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک های مادی، طرح یا توصیه سلامتی، حمایت عاطفی از دیگرانی که فرد به آنها علاقه مند است یا ارزشمند تلقی می شوند و بخشی از شبکه اجتماعی نظیر همسر، بستگان و دوستان به شمار می‌روند (4). مطالعات نشان داده اند با ارتقاء سطح حمایت اجتماعی درک شده از میزان مرگ و میر بیماران کاسته شده و بروز ناخوشی های جسمی و روانی در افراد نیز کمتر می شود (5). افراد با سطح دریافت حمایت اجتماعی بالا در معرض خطر کمتری از نظر پیشرفت بیماری قلبی می باشند (6). به گونه ای که بین کاهش حمایت اجتماعی و پیش آگهی ضعیف در بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی ارتباط مشخصی وجود دارد (7). از طرفی تنظیم هیجان نیز نقش مهمی در سازگاری ما با وقایع استرس‌زای زندگی دارد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجانها بر شادمانی روان‌شناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر می‌گذارد (8). مدیریت هیجانات به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون اضطراب و افسردگی آسیب پذیر سازد (9). از آن جا که تنظیم هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می دهد، تعجب آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود (10). تنظیم هیجان بیشتر در دو چارچوب مهم (11)، بررسی می شود: 1) راهبردهای تنظیم هیجانی که پیش از رخداد حادثه فعال می شوند و از بروز هیجان های شدید پیشگیری می کنند و 2) راهبردهایی که پس از بروز حادثه و یا پس از هیجان فعال می شوند. راهبردهای تنظیم هیجانی که قبل از بروز رخداد استرس زا فعال می شوند، باعث تعبیر و تفسیر موقعیت به نحوی می گردند که پاسخ های هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش دهند (12).

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها به افراد کمک می‌کنند تا برانگیختگی-ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. نوع شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد. تحقیقات نشان داده که میزان بالای استفاده از راهبردهای مقصر دانستن خود، و مصیبت‌بار تلقی کردن با میزان بالای افسردگی رابطه دارد و این بدان معناست که بهتر است به هنگام روان درمانی توجه ویژه ای به آنها مبذول شود (13). با در نظر گرفتن نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و تنظیم هیجان در ایجاد و تداوم بیماری های قلبی، درمان‌هایی که بر بهبود مهارت‌های اجتماعی در جهت کسب حمایت اجتماعی و ایجاد پیوندهای اجتماعی، و تعدیل و مدیریت راهبردهای نظم جویی هیجان تأکید دارند، می‌توانند نقش مهمی در درمان و پیشگیری از عود بیماری قلبی داشته باشد. یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی که هم بر مهارت‌آموزی و هم بر مهارت‌های تنظیم هیجان تاکید دارد، رفتار درمانی دیالکتیکی (Dialectical behavior therapy=DBT) می‌باشد (14). رفتار درمانی دیالکتیکی نوع خاصی از روان‌درمانی شناختی- رفتاری است که در اواخر دهه هشتاد میلادی توسط Marsha Linnaeus تدوین شد. رفتاردرمانی دیالکتیکی یک رویکرد شناختی- رفتاری است که بر جنبه های روانی-اجتماعی درمان تاکید می‌کند (15). این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذهن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند درآمیخته و بر این اساس چهار مولفه مداخله‌ای را در شیوه درمانی خود مطرح می‌کند: هوشیاری فراگیر بنیادی و تحمل پریشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مولفه‌های تغییر (16). بر اساس پژوهش‌های مختلف، تنظیم هیجان علاوه بر تأثیرات مثبت بر بهزیستی ذهنی، موجب بهبودی سلامت جسمانی می‌شود (17). در برخی پژوهش‌ها نشان داده شده است که مشکل تنظیم هیجان منجر به مشکلات جسمانی می‌شود (18).

بازداری هیجانی به‌عنوان یک راهبرد منفی در تنظیم هیجان منجر به بیماری‌های قلبی- عروقی می‌شود (19) و باز ارزیابی شناختی هیجانات به‌عنوان یک راهبرد مثبت تنظیم هیجان کاهش فشار خون را به دنبال دارد (20). در سالهای اخیر در تبیین علت شناسی و بروز بیماری های قلبی متغیرهای میانجی همچون پردازش و تنظیم هیجان و حمایت ادراک شده مطرح شده‌اند، لذا این مطالعه به منظور تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر حمایت ادراک شده و تنظیم هیجانی بیماران کرونر قلبی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون دو گروهی بر رو 30 نفر از بیماران کرونری قلب مراجعه کننده به بیمارستان قلب حضرت فاطمه زهرا(س) شهرستان ساری در نیمه دوم سال 1392انجام شد. بیماران پس از تائید تشخیص ابتلا به بیماری کرونر قلب توسط پزشک متخصص و اخذ رضایت نامه کتبی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل(15نفر گروه آزمایش، 15 نفر گروه گواه) قرار گرفتند. بیماران در صورت ابتلا به بیماری کرونری قلب، سن حداقل 20 سال و حداکثر 60 سال، دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم، پذیرفتن فرد برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی وارد مطالعه شدند و در صورت داشتن نشانه‌های سایکوتیک یا افکار جدی خودکشی، داشتن اختلال شخصیت، بیماری عصبی یا سوء مصرف مواد، دریافت دارو درمانی یا سایر مداخلات روانشناختی هنگام ورود به پژوهش، ابتلا به بیماری های روان تنی همچون آسم و زخم معده وغیره، سن بالای 60 سال و غیبت بیش از 3 جلسه از جلسات درمان از مطالعه خارج شدند.

در ابتدای دوره هر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه های حمایت اجتماعی ادراک شده و مقیاس پردازش هیجانی را تکمیل نمودند؛ سپس آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت 6 هفته، هر هفته یک جلسه، دوره رفتار درمانی دیالکتیکی را به مدت 90-60 دقیقه‌ای دریافت نموده‌اند در حالی که در گروه کنترل مداخله خاصی صورت نپذیرفت. در نهایت هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون مجددا پرسشنامه های پژوهش را تکمیل نمودند. در این پژوهش، از بسته آموزشی رفتار درمانی دیالکتیکی، پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک شده Fischer & Corcoran و مقیاس پردازش هیجانی تجدید نظر شده Weems & Pina بهره گرفته شد (22و21).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.11.3.0]
[DOI: 10.22088/jbums.17.11.21]

مقیاس پردازش هیجانی تجدید نظر شده Vimz & Pina: جهت سنجش تنظیم هیجان آزمودنی ها از مقیاس پردازش هیجانی تجدید نظرشده (21) استفاده شد این مقیاس خود گزارشی 25 آیتم دارد. دامنه نمرات این مقیاس 25 تا 125 می باشد. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت 5 درجه ای درجه بندی می شود. این مقیاس دارای 5 مولفه (سرکوب، عدم تنظیم هیجان، عدم تجربه هیجانی، نشانه‌های عدم پردازش هیجانی، اجتناب‌ها) می باشد. ویژگی‌های روانسنجی در نسخه تجدید نظر شده به خصوص در رابطه با تشخیص تفاوت بین گروه‌ها امیدوار کننده است. ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس به ترتیب 0/92 و 0/79 گزارش شده است. به منظور تعیین ضریب اعتبار، این مقیاس با مقیاس تنظیم هیجان همبسته شد. نتایج نشان داد که بین این دو مقیاس همبستگی منفی معنی‌داری وجود دارد (r=-0/54) در تحقیقی مقدماتی که بر روی 40 نفر از دانشجویان صورت گرفت ضریب اعتبار 0/77 بدست آمد (22).

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک شده: مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده، مرکب از 12 گویه است که سه مولفه: حمایت ادراک شده از سوی خانواده (4 گویه)، حمایت ادراک شده از سوی دیگران مهم (4 گویه)، و حمایت ادراک شده از سوی دوستان (4 گویه) را سنجش می‌کند. دامنه نمرات این مقیاس 12 تا 60 می باشد. همه گویه های این مقیاس، بر اساس یک طیف 5 درجه ای (بسیار موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف و بسیار مخالف) درجه بندی شدند. محققین همبستگی میان مولفه های حمایت خانوادگی، حمایت از سوی دیگران مهم و حمایت دوستان را به مقیاس مراقبت خانوادگی نوجوانان، به ترتیب، برابر با (r =0/76 ،p<0/001)؛ (r=0/33 ،p<0/001)؛ (r =0/48 ،p<0/001) محاسبه کردند. هماهنگی درونی ماده های مقیاس حمایت اجتماعی با استفاده از روش آلفای کرونباخ، به ترتیب برابر با 0/91، 0/89، و 0/91 محاسبه شد (23). ضریب هماهنگی درونی ماده های مقیاس حمایت اجتماعی با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با 0/78، 0/81، و 0/87 محاسبه شد (22).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: جهت تحلیل داده ها از از شاخص های آماری توصیفی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و جهت تحلیل استنباطی داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد و p<0/05 معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه 30 بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر مورد بررسی قرار گرفتند. 19 نفر مرد و 11 زن که میانگین سنی آنها 15/6±56/4 بود. 13 نفر از آزمودنی ها دیپلم، 8 نفر فوق دیپلم و 9 نفر لیسانس بودند. 10 درصد از شرکت کنندگان 40-20 سال و 90 درصد 60-41 سال بودند. میانگین نمره گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون در مولفه های تنظیم شناختی هیجان به ترتیب برابر با 2/5±112/7 و 2/2±113/2 بود و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر با 1/9±39/07 و 2/9±107 بود (p<0/001). میانگین نمره گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون در حمایت اجتماعی ادراک شده به ترتیب برابر با 4/6±24/6و 3/5±24/7 بود و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب 3/9±5/7 و 6/3±39 بود. میانگین تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بعد از مداخله کاهش یافت (p<0/001). همچنین میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بعد از مداخله کاهش یافته است. F محاسبه شده برای بررسی تفاوت نمرات پس آزمون دو گروه با همراه کردن نمرات پیش آزمون در نمرات حمایت اجتماعی برابر با 75/16 است (p<0/001). همچنین در زیر مولفه‌های حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران F های محاسبه شده به ترتیب برابر با 169/7، 120/2 و 87/8 است (p<0/001) می‌توان گفت رفتار درمانی دیالکتیکی در سطح اطمینان 0/99 بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده مبتلایان به بیماری کرونر قلبی موثر بوده است (جدول 1).

F محاسبه شده برای بررسی تفاوت نمرات پس آزمون دو گروه با همراه کردن نمرات پیش آزمون در نمرات تنظیم هیجان برابر با 3416 است (p<0/001). همچنین در زیر مولفه‌های سرکوب، عدم تنظیم هیجان،عدم تجربه هیجانی، نشانه‌های عدم پردازش هیجانی و اجتناب‌ها F های محاسبه شده به ترتیب برابر با 56/9، 8/12، 6/23، 8/27 و 5/68 است (p<0/001). می‌توان گفت رفتار درمانی دیالکتیکی در سطح اطمینان 0/99 بر افزایش تنظیم هیجان مبتلایان به بیماری کرونر قلبی موثر بوده است (جدول 2).

جدول1. اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر حمایت اجتماعی ادراک شده و زیر مولفه های آن

معیار های اجتماعی		F	p-value	Eta
حمایت اجتماعی ادراک شده		75/16	0/000	0/7
بین گروه‌ها	حمایت خانواده	169/7	0/00	0/86
	حمایت دوستان	120/2	0/00	0/82
	حمایت دیگران	87/8	0/00	0/77

جدول2. اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و زیر مولفه های آن

متغیرها		F	p-value	Eta
تنظیم هیجان		3416	0/00	0/94
بین گروه‌ها	سرکوب	9/56	0/005	0/27
	عدم تنظیم هیجان	12/8	0/001	0/33
	عدم تجربه هیجانی	23/6	0/00	0/48
	نشانه‌های عدم پردازش هیجانی	27/8	0/00	0/52
	اجتناب‌ها	68/5	0/00	0/72

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاکی از آن بود که رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده بیماران کرونر قلبی موثر است. این یافته همسو با نتایج پژوهش های Ben-Porath (24)، Feldman و همکاران (25)، Alavi و همکاران (26)، Salehi و همکاران (27)، Dimeff و همکاران (28)، Denckla و همکاران(29)، Abdollahzade و همکاران (30)، می باشد. از آنجا که بخشی از رفتار درمانی دیالکتیکی به تمرین مهارت های ذهن آگاهی مربوط می‌شود انجام تمرینات ذهن آگاهی می تواند با افزایش فعالیت بخش پیشانی مغز (که با عواطف مثبت همراه است) و کاستن از فعالیت پایهٔ مغز

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.11.3.0]
[DOI: 10.22088/jbums.17.11.21]

(که با رفتار غیر ارادی ناشی از هیجانات همراه است)، آسیب پذیری زیستی نسبت به محرک های هیجانی منفی را کاهش دهد (31). این تمرینات به وسیله افزایش توانایی فرد در توجهش از آنچه مفید یا مؤثر نیست (مانند تمرکز روی افکار منفی در رابطه با تعاملات بین فردی) و توجه به آنچه مفید و مؤثر است، می تواند به تعدیل تجربهٔ هیجانی یا به عبارت دیگر، انعطاف پذیری توجه در او کمک کند (32) و کنترل مناسبتری بر هیجانات منفی خود داشته باشد. در مورد شاخص تنظیم هیجانی نیز میتوان گفت آموزش گروهی رفتار درمانی دیالکتیک باعث افزایش نمره تنظیم هیجان در آزمودنی های گروه آزمایش در پس آزمون شده است ولی در گروه کنترل هیچ گونه تغییری دیده نشد. این یافته همسو با نتایج پژوهش های Ben-Porath(24)، Feldman و همکاران (25) Alavi و همکاران (26)، Salehi و همکاران (27)، Abdollahzade و همکاران (30) می باشد. یکی از راهبردهای اساسی و ارکان اصلی در رفتار درمانی دیالکتیکی، تنظیم هیجان می‌باشد؛ مشغول نمودن خود (مثل تلفن زدن به یک دوست صمیمی، یا حتی مرتب کردن اتاق) مشارکت در برخی از کارها (مثل، کمک کردن به دیگری، غافلگیر کردن یک دوست از طریق خرید هدیه)، مقایسه خود با کسانی که وضعیت بدتری دارند، ایجاد تعمدی هیجان های مثبت (مثل، دیدن فیلم)، فرو نشانی موقتی شرایط دردناک (مثل کشیدن یک دیوار خیالی بین خود و مشکلات)، جایگزین کردن افکار و تقویت سایر حسها (مثل فشردن قطعه های یخ یا شنیدن موسیقی با صدای بلند) تکنیک هایی هستند که در تنظیم هیجان بکار گرفته می شود که همه این تکنیک ها می تواند هیجان های منفی را در جهت هیجان های مثبت مدیریت نماید. از طرفی دیگر تنظیم هیجان می تواند بر مهارت های فرد در کنترل هیجانات منفی در روابط بین فردی بیافزاید، و در نهایت آموزش مهارت های بین فردی توانایی حل تعارض های بین فردی را افزایش می دهد و اعتماد به نفس را نیز بهبود می بخشد که همه این موارد می تواند موجب گردد کیفیت روابط اجتماعی بیماران ارتقاء یابد و در نتیجه بیماران در روابط خود با اطرافیان حمایت اجتماعی بیشتری را دریافت نمایند و هم با بهبود افکار منفی، حمایت هایی که از پیش وجود داشته است برای ایشان نمایان گردد. بنابراین بدین طریق رفتار درمانی دیالکتیکی می تواند منجر به افزایش حمایت اجتماعی ادارک شده توسط بیماران مبتلا به نارسایی قلبی گردد. از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به کوتاه بودن دوره آموزشی اشاره کرد که جهت تسلط کامل بر این مهارت ها، تداوم، تکرار و تمرین مهارت های آموخته شده لازم است. همچنین، در پژوهش حاضر امکان استفاده از گروه سومی که برنامه ی مداخله ای دیگری را غیر از رفتار درمانی دیالکتیکی دریافت کند و اثربخشی آن با DBT مورد مقایسه قرار گیرد وجود نداشت. با توجه به این که این پژوهش در بیمارستان فاطمه الزهرا (س) ساری انجام شده است و با توجه به تفاوت های بین فرهنگی، در تعمیم نتایج به دیگر بیماران قلبی سایر شهر ها باید احتیاط کرد. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، به درمانگران آسیب های روانی و اختلالات هیجانی پیشنهاد می گردد که به عنوان یک طریقهٔ مؤثر برای کاهش مشکلات به بررسی و شناسایی سبک خودکار تنظیم هیجان در فرد پرداخته و در صورت لزوم آموزش مهارت های سازنده تر تنظیم هیجان را در برنامهٔ کار خود قرار دهند. با توجه به این که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان عموماً در کودکی آموخته و در پایان نوجوانی تقریباً به سبک خودکار شناختی فرد تبدیل شده و تقریباً تثبیت می شوند، لذا، پیشنهاد می شود که آموزش توقف استفاده از راهبردهای منفی و استفاده از راهبردهای مثبت و سازگارانه در سنین کودکی و توسط والدین آغاز شده و از طریق آموزش مهارتهای تنظیم هیجان در مدارس تکمیل گردد.

این آموزش می تواند علاوه بر پیشگیری، در مداخلهٔ درمانی هم مؤثر واقع گردد. همچنین تقویت حمایت اجتماعی در بیمارانی که جراحی قلب را انجام می دهند به منظور تقویت میزان پایبندی آنان به توصیه های پزشکی و رژیم های درمانی، به عنوان یک راهبرد مهم در مداخله های رفتاری ضروری به نظر می رسد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از پرسنل و بیماران قلبی بیمارستان فاطمه زهرا(س) ساری که ما را در امر این پژوهش یاری رساندند، تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.11.3.0]
[DOI: 10.22088/jbums.17.11.21]

The Impact of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation and Perceived Social Support in Patients with Coronary Heart Disease

L. Babaei (BSc)[1], M.K. Fakhri (PhD)[*2], M. Jadidi (PhD)[3], M.T. Salehi Omran (MD)[4]

1.Islamic Azad University of Sari, Sari, I.R.Iran
2.Department of Psychology, Islamic Azad University of Sari, Sari, I.R.Iran
3.Department of Psychology, Islamic Azad University of Bandar Gaz, Bandar Gaz, I.R.Iran
4.Department of Cardiology, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 17(11); Nov 2015; PP:21-7
Received: Mar 29th 2015, Revised: May 6th 2015, Accepted: Jul 29th 2015

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Coronary heart disease (CHD) has a high rate of mortality in industrial countries. The progress of this disease is closely related to patients' perception of the social support and their ability to regulate feelings. Therefore, this study was performed to determine the effect of dialectical behavior therapy on emotion regulation and perceived social support in patients with CHD..

METHODS: This quasi-experimental study was performed on three patients with CHD, who referred to Fateme Zahra Cardiovascular Hospital of Sari, in the second half of the year 2013. Patients were randomly divided into two groups of test and control (n=15 for each). At the beginning of the pre-test stage, both groups filled-out Fischer and Corcoran's perceived social support questionnaire and revised emotional processing scale of Weems and Pina. Then, the participants of the test group received six weeks of dialectical behavior therapy, once a week, for 60-90 minutes. The control group received no specific interventions. Eventually, both groups completed the questionnaires again at the post-test stage, and the results were compared afterwards.

FINDINGS: The mean scores of cognitive emotion regulation components of the test and control groups in the pre-test stage were 112.7±2.5 and 113.2±2.2, respectively, and in the post-test stage they were 39.07±1.9 and 107±2.9, respectively. The mean score of perceived social support in the test and control groups, in the pre-test stage, were 24.6±4.6 and 24.7±3.5, respectively, and in the post-test stage they were 5.7±3.9 and 39±6.3, respectively. After the intervention, the mean cognitive emotion regulation score in the test group significantly reduced, as compared to the control group.

CONCLUSION: The results of this study showed that dialectical behavior therapy can affect CHD patients' perception of social support and their regulation of emotions.

KEY WORDS: *Dialectical behavior therapy, Perceived social suppor, Emotion regulation, Coronary heart disease.*

Please cite this article as follows:

Babaei L, Fakhri MK, Jadidi M, Salehi Omran MT. The Impact of Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation and Perceived Social Support in Patients with Coronary Heart Disease. J Babol Univ Med Sci. 2015;17(11):21-7.

[*]Corresponding Author: M.K. Fakhri (PhD)
Address: Department of Psychology, Islamic Azad University of Sari, Sari, I.R.Iran
Tel: +98 11 33175425
Email: fakhry1386@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.11.3.0]
[DOI: 10.22088/jbums.17.11.21]

References

1.Sarafino EP. Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. 4nd ed. NewYork: John Wiley & Sons Inc. 2002.p.175-86.

2.Raikkonen K. Psychological aspects of cardiovascular disease. Int J Behav Med. 2009;16(3):195-6.

3.Sloan DM, Kring AM. Measuring changes in emotion during psychotherapy: Conceptual and methodological issues. Clin Psychol Sci Pract. 2007;14(4):307-22.

4.Porges SW. Social engagement and attachment: a phylogenetic perspective. Ann N Y Acad Sci. 2003;1008:31-47.

5.Motamedi Shalamzari A, Ezhehei J, Azad Falah P, Kiamanesh AR. The role of socialsupport in life Satisfaction, Gerenal well- being, and sense of loneliness among the elderly. J Psychol. 2002;6(2):115-33.[In Persian]

6.Reevy GM, Maslach C. Use of social support: gender and personality differences. Sex Roles. 2001;44(7):437-59.

7.Lett, HS. Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. Psychosom Med. 2005;67(6):869-78.

8.Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology. 2002;39(3):281-91.

9.Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Pers Indiv Differ. 2001;30(8):1311-27.

10.Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders. Anxiety Disord. 2008;22(2):211-21.

11.Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression. J Pers Soc Psychol. 1998;74(1):224-37.

12.Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of beck depression inventories- IA and- II in psychiatric outpatients. J Pers Assess. 1996;67(3):588-97.

13.Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspect Psychol Sci. 2008;3(5):400-24.

14.Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. NewYork: Guilford Press; 1993.p:15-22

15.Wagner A, Rizvi SL, Harned MS. Application of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: when one case formulation not fit all. J Trauma Stress. 2007;20(4):391-400.

16.Asmand P, Mami S, Valizadeh R. The effectiveness of dialectical behavior therapy and rational emotional behavior therapy in irrational believes treatment, depression prisoners who have antisocial personality disorder. Journal of Preventive Medicine and Holistic Health, 2015;1(1):27-33

17.Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. Clin Psychol: Sci Pract. 1995;2(2):151-64.

18.Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. Curr Direct Psychol Sci. 2001;10(6):214-9.

19.Bateman A, Fonagy P. Metallization-based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry. 2010;9(1):11-5.

20.Plaisier I, de Bruijn JG, de Graaf R, ten Have M, Beekman AT, Penninx BW. The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. Soc Sci Med. 2007; 64(2):401-10.

21.Weems CF, Pina AA. The assessment of emotion regulation: improving construct validly in research psychopathology in youth- An Introduction to the Special Section. J Psychopathol Behav Assess. 2010;32(1):1-7.

22.Fischer J & Corcoran K. Measures for clinical practice and research: a source book vol 2: adults. 4th ed. USA: Oxford Univ Press; 2007.p. 122-123

23. Masoudnia E. Relationship between perceived social support and risk of postpartum depression disorder. Iran J Nurs. 2011;24(70):8-18. [In Persian]

24.Ben-Porath DD. Dialectical behavior therapy applied to parent skills training: adjunctive treatment for parents with difficulties in affect regulation. Cogn Behav Pract. 2010;17(4):458-65.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.11.3.0]
[DOI: 10.22088/jbums.17.11.21]

25.Feldman G, Harley R, Kerrigan M, Jacobo M, Fava M. Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. Behav Res Ther. 2009;47(4):316-21.
26.Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA Salehi-Fadari J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. J Fundam Ment Health. 2011;13(2):124-35. [In Persian]
27.Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi A. The effect of emotion regulation training based on dialectical behavior therapy and gross process model on symptoms of emotional problems. Zahedan J Res Med Sic. 2012;14(2):49-55.
28.Dimeff LA, Woodcock EA, Harned MS, Beadnell B. Can dialectical behavior therapy be learned in highly structured learning environments? results from a randomized controlled dissemination trial. Behav Ther. 2011;42(2):263-75.
29.Denckla CA, Jackson C, Tatarak SJ, Chen CK. A novel adaptation of distress tolerance skills training among military veterans: outcomes in suicide-related events. Cogn Behav Pract. 2014; Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S107772291400042X.
30.Abdollahzade H, Bagherpour M, BoujMehrani S, Lotfi M. Spiritual intelligence (concepts, assessment and applications). 1st ed. Tehran: Psychometric Pub; 2009.p.76. [In Persian].
31.Adolph's R. How do we know the minds of others? Domain-specificity, simulation, and enactive social cognition. Brain Res. 2006;1079(1): 25-35.
32.Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowicz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. Int J Geriatr Psychol .2007;22(2):131-43.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.11.3.0]
[DOI: 10.22088/jbums.17.11.21]