

The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Supportive Psychotherapy on Perceived Stress in People with Coronary Heart Disease

Issa Mohammadi^{1*}, Faezeh Khodaii Rad²

¹Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

²Department of General Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Article Info:

Received: 14 May 2025

Revised: 19 Nov 2025

Accepted: 1 Feb 2026

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are a leading cause of disability and mortality worldwide and continue to rise despite advances in treatment. This study aimed to evaluate the effectiveness of mentalization-based treatment (MBT) and supportive psychotherapy (SP) on perceived stress among individuals with coronary artery disease (CAD). **Materials and Methods:** This experimental study used a pre-test–post-test design with a control group. The target population comprised all individuals with CAD who presented to Imam Khomeini Hospital (Ardabil) during the first three months of 2025 (Persian calendar), estimated at 392 persons. Sixty participants meeting the inclusion criteria were selected via purposive sampling and then randomly allocated to three groups: MBT (n=20), SP (n=20), and control (n=20). The MBT group received 12 sessions, and the SP group received 10 sessions; the control group received no intervention. Perceived stress was assessed at pre-test, post-test, and follow-up using the Perceived Stress Scale (PSS; Cohen et al.). Data were analyzed using Mixed ANOVA and Bonferroni post hoc tests in SPSSv22. **Results:** Both MBT and SP produced statistically significant reductions in perceived stress compared with the control group. **Conclusion:** MBT and SP appear to be suitable strategies for reducing perceived stress in individuals with CAD and may be considered effective psychological interventions alongside medical care.

Keywords:

1. Coronary Artery Disease
2. Treatment Outcome
3. Randomized Controlled Trial

*Corresponding Author: Issa Mohammadi

Email: mohammadi.tati@gmail.com

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و روان درمانی حمایتی بر استرس ادراک شده در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی

عیسی محمدی^{۱*}، فائزه خدائی‌راد^۲

^۱گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
^۲گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

اطلاعات مقاله:

پذیرش: ۱۲ بهمن ۱۴۰۴

اصلاحیه: ۲۸ آبان ۱۴۰۴

دریافت: ۱۴ اردیبهشت ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه: بیماری‌های قلبی-عروقی از علل اصلی ناتوانی و مرگ‌ومیر در سراسر جهان هستند و با وجود پیشرفت‌های درمانی همچنان روند افزایشی دارند. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) و روان‌درمانی حمایتی (SP) بر استرس ادراک‌شده در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر (CAD) انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه هدف شامل تمامی افراد مبتلا به CAD مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (اردبیل) در سه ماهه نخست سال ۱۴۰۴ (تقویم شمسی) بود که تعداد آن‌ها ۳۹۲ نفر برآورد شد. شصت شرکت‌کننده که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه تخصیص یافتند MBT: (۲۰ نفر)، SP: (۲۰ نفر)، و گروه کنترل (۲۰ نفر). گروه MBT دوازده جلسه و گروه SP ده جلسه دریافت کردند؛ گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. استرس ادراک‌شده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از مقیاس استرس ادراک‌شده (Cohen:PSS) و همکاران) سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته (Mixed ANOVA) و آزمون‌های تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. **یافته‌ها:** هر دو مداخله MBT و SP در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معنی‌دار آماری در استرس ادراک‌شده ایجاد کردند. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد MBT و SP راهبردهای مناسبی برای کاهش استرس ادراک‌شده در افراد مبتلا به CAD باشند و می‌توان آن‌ها را به‌عنوان مداخلات روانشناختی مؤثر در کنار مراقبت‌های پزشکی در نظر گرفت.

واژه‌های کلیدی:

- ۱- بیماری عروق کرونر قلبی
- ۲- پیامدهای درمان
- ۳- کارآزمایی بالینی تصادفی شده

*نویسنده مسئول: عیسی محمدی

پست الکترونیک: mohammadi.tati@gmail.com

مقدمه

بیماری قلبی و عروق کرونری قلب، یک بیماری پیش رونده است که از دوران کودکی آغاز شده و تظاهرات بالینی آن به طور عمده از میانسالی آشکار می شود؛ این بیماری ها طیف گسترده ای از مشکلات قلبی را از آسیب های قابل برگشت میوکارد آنزیم^۱ و درد در قفسه سینه تا انفارکتوس حاد میوکارد را دربر می گیرد (۱). بیماری قلبی و عروق کرونری قلب علت عمده ناتوانی و مرگ و میر در کشورهای مختلف جهان بوده و با وجود ابداع روش های مختلف درمانی، هنوز شیوع روزافزونی دارد. شرایط پر استرس جوامع کنونی سبب شده است که این بیماری ها در صدر علل مرگ و میر زودرس قرار بگیرند، هر سال جان میلیون ها نفر را در کشورهای صنعتی و در حال توسعه به خطر اندازد و میلیاردها دلار هزینه ناشی از ضایعات مرگ و میر و از کار افتادگی را رقم بزند. براساس این آمارها، پیش بینی می شود از سال ۲۰۲۰ به بعد سالانه ۲۵ میلیون مرگ و میر ناشی از اختلالات قلبی - عروقی رخ دهد (۲). به عقیده برخی پژوهشگران و صاحب نظران، بیماری های قلبی در سنین پایین در ایران بیش از پیش رو به افزایش نهاده است؛ براساس آمار گزارش شده از منطقه ۱۳ تهران در سال ۱۳۸۰، ۸/۸ مردان و ۱۲/۸ درصد زنان این منطقه به بیماری قلبی مبتلا هستند (۳). این بیماری فارغ از پیش آگهی ضعیف، محدودیت در فعالیت جسمی و قطع تعاملات اجتماعی، آشفتگی های روانشناختی و آثار منفی بر کیفیت زندگی را به بیماران تحمیل می کند (۴). مرکز کنترل و پیشگیری بیماری ها عوامل روانی - اجتماعی مانند: خصومت، افسردگی، پایین بودن حمایت اجتماعی و عدم توانمندی را با بروز بیماری های کرونر قلبی مرتبط دانستند (۵).

پژوهش ها نشان داده اند که استرس حاد و مزمن، از اصلی ترین عوامل خطر بروز و سیر بیماری قلبی هستند (۶). یکی از عوامل اصلی که منجر به بروز بیماری قلبی می شود، استرس ادراک شده است. استرس ادراک شده^۲ حالتی روانشناختی است که یک ارزیابی کلی از اهمیت و سختی چالش های محیطی و شخصی را ارائه می دهد؛ بنابراین، این عامل های فردی و محیطی هردو در ادراک عامل های استرس زا، نقش ایفا می کنند (۶). استرس و فشار روانی از جمله مسائل جدایی ناپذیر زندگی امروزی است (۷). مطالعات نشان داده است که بیماری، بستری

شدن و مراقبت ها، تجاربی استرس زا برای بیماران بوده و آن ها را در معرض عوامل استرس زای متعدد قرار می دهد (۸). بررسی های همه گیر شناسی حاکی از آن است که ۶۰ تا ۹۰ درصد افراد حداقل یکبار رویداد استرس زا در طول زندگی خود تجربه کردند (۹). در مدل های روانشناختی استرس تأکید می شود که رخ داده ها فقط بر افرادی اثر می گذارند که آن ها را استرس زا ارزیابی کنند؛ البته، الگوهای منتخب ارزیابی های استرس فقط محصول شرایط محرک نیستند بلکه فرآورده تفسیر افراد از روابطشان با محیط پیرامونشان است (۱۰). استرس موجب ناهماهنگی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می شود و بدین ترتیب با تغییر در سیستم های فیزیکی بدن سلامت افراد را با چالش مواجه می کند (۱۱).

با توجه به شیوع زیاد بیماری های قلبی و نقش مؤلفه های روانشناختی در بهبود آن ها، اقدامات درمانی بسیاری در به صورت بین رشته ای انجام شده است؛ از جمله درمان های روانشناختی برای بیماران قلبی، درمان مبتنی بر ذهنی سازی^۳ (MBT) است. درمان مبتنی بر ذهنی سازی نوع خاصی از روان درمانی پویایی است که توسط بتمن و فوناگی^۴ (۱۲) برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ابداع شده است. این مدل درمانی، اختلال شخصیت مرزی را با وجود همه پیچیدگی هایش تبیین می کند و مبتنی بر دو مفهوم اصلی نظریه دلبستگی بالبی و ذهنی سازی است. MBT فرض می کند که کمبود ظرفیت ذهنی سازی منجر به رشد اختلال می شود. ظرفیت ذهنی سازی، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی بدست می آید و به خصوص برای تبیین رفتار به کار می رود (۱۳). بیماران کمبودهایی در ظرفیت ذهنی سازی دارند که با سبک دلبستگی ناایمن مرتبط است (۱۴). MBT یک رویکرد درمانی ساختاریافته ای است که به ۳ مرحله متمایز شامل ارزیابی ظرفیت ذهنی سازی بیمار، کارکرد شخصیت و قرارداد بستن و درگیر کردن بیمار در درمان و شناسایی مشکلاتی که ممکن است با درمان تداخل داشته باشد تقسیم می شود (۱۵). کانون اصلی درمان مبتنی بر ذهنی سازی، کمک به درمانجو است تا تجربه های ذهنی خود را به سطح هوشیار بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل

¹ Reversible myocardial injury

² Perceived stress

³ Mentalization based treatment

⁴ Bateman & Fonagy

ضروری می‌سازد. همچنین عدم بررسی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی در بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلبی در ایران، خلاء دیگری است که با این مطالعه پوشش داده خواهد شد. بنابراین پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی بر بهبود استرس ادراک‌شده در افراد مبتلا به بیماری کرونری اثربخش است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب بود که در سه ماه ابتدای سال ۱۴۰۴ به بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل مراجعه کرده بودند (برآورد ۳۹۲ نفر). پیش از گردآوری داده‌ها، برای تعیین حجم نمونه تحلیل توان با نرم‌افزار $G^*Power_{3.1}$ انجام شد؛ در این نرم‌افزار با توجه به اندازه اثر فرضی متوسط $f^2 = 0.25$ ، سطح معنی‌داری $\alpha = 0.05$ و توان $1-\beta = 0.80$ در نظر گرفته شد، بنابراین حداقل حجم نمونه کل ۴۰ تعیین می‌شود که با پیش‌بینی ریزش ۱۰ تا ۱۵ درصد، حجم کل نمونه ۶۰ نفر تعیین شد؛ سپس این بیماران قلبی به‌صورت هدفمند (مطابق معیارهای ورود) انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۴۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول طی ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) دریافت کرد، گروه آزمایشی دوم طی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای روان‌درمانی حمایتی دریافت نمود و گروه کنترل صرفاً مراقبت‌های معمول را بدون مداخله فعال دریافت کرد. سنجش‌ها در سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون (دو هفته پس از پایان مداخلات) و پیگیری دوماهه با استفاده از مقیاس استرس ادراک‌شده کوهن و همکاران (PSS) انجام شد.

معیارهای ورود به پژوهش، نبود بیماری جسمی همبود با بیماری کرونری قلب، عدم هرگونه اختلالات روانشناختی و روانپزشکی تشخیص‌گذاری‌نشده، دامنه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال و نداشتن سابقه جراحی قلب پیش از مداخله بود و معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل یا فقدان رضایت برای ادامه درمان و حضور نامنظم در جلسات بود. پیش از گردآوری داده‌ها، اهداف پژوهش به‌صورت انفرادی تشریح و رضایت‌نامه کتبی اخذ شد؛ پرسش‌نامه‌ها به‌صورت انفرادی تکمیل و در صورت ابهام، راهنمایی لازم ارائه شد. در فرآیند اجرا، از گروه آزمایشی اول ۱ نفر و از گروه آزمایشی دوم ۲ نفر پیش از پایان مداخله انصراف دادند و در گروه کنترل نیز ۲ نفر در مرحله پیگیری شرکت نکردند؛ بنابراین،

کند (۱۶). هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمانجو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (۱۷). توانایی ذهنی‌سازی مستلزم این است که افراد بتوانند نه تنها نوعی تعادل را در این ابعاد حفظ کنند، بلکه باید این ابعاد را به‌طور مناسبی با توجه به شرایط محیطی مورد استفاده قرار دهند (۱۸). در واقع فقدان مهارت در حل تعارض باعث می‌شود که مشکلات حل نشده روی هم انباشته شود و به نوبه خود ممکن است به انتظارات منفی درباره تعارض‌های آینده منجر شود (۱۹). اولیویرا و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند که بهبودی پریشانی عملکرد بین‌فردی در بیمارانی که MBT را دریافت کرده‌اند نسبت به بیمارانی که برنامه‌های درمانی روان‌پویشی سنتی را دریافت کرده‌اند، به‌طور معنی‌داری بیشتر است (۲۰).

یکی دیگر از اقدامات درمانی درباره بیماران قلبی، روان‌درمانی حمایتی است. روان‌درمانی حمایتی بر اساس رویکرد روان‌کاوی به منظور کمک به بیمار در جهت مواجهه با بحران‌های ناشی از مسائل اجتماعی یا بیماری‌های جسمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این درمان ترکیبی از تکنیک‌های تقویت ایمان، دعا، آرام‌بخشی، خودگویی عبارات مثبت، آگاه‌سازی، گسترش افکار مثبت و مقابله با افکار منفی، تغذیه و ورزش است (۲۱). روان‌درمانی حمایتی می‌تواند کیفیت زندگی افراد بیمار را بهبود بخشد، عملکرد سیستم ایمنی آن‌ها را بهبود دهد و امید را در افراد زنده نماید (۲۲). همچنین این حمایت‌ها آن‌ها را قادر می‌سازد تا راه بهینه‌ای را برای دستیابی به اهداف زندگی خود که به دلیل بیماری تغییر کرده است پیدا کنند (۲۳).

با توجه به آنچه گفته شد، بیماران قلبی در ایران رشد روزافزونی دارند و علی‌رغم خطر زیاد و شیوع گسترده، شیوه درمانی روانشناختی کارآمدی به ویژه در ایران به کار گرفته نشده است؛ به‌طور معمول این بیماران تحت درمان‌های معمولی و یا درمان‌های کوتاه‌مدت قرار می‌گیرند. دارودرمانی نیز هر چند کمک بزرگی به این افراد می‌کند ولی این داروها در بیشتر مواقع مسائل زیستی بیماری را هدف قرار می‌دهند و در زمینه مسائل روانی و پیامد ناشی از این مشکل مفید واقع نمی‌شوند (۲۴). بنابراین این گروه خاص از بیماران به شیوه‌ای درمانی نیاز دارند که به‌طور مستقیم مشکلات رفتاری را هدف درمان قرار دهد. همچنین سبک زندگی ناسالم و افزایش رفتارهای بهبوددهنده سلامت از دیگر مزایای درمان‌های روانشناختی است و اهمیت استفاده از درمان‌های روانشناختی را در این بیماری‌ها

گروه درمان ذهنی‌سازی ۵۳/۳۲ (۵/۶۷) سال، در گروه روان‌درمانی حمایتی ۵۷/۵۰ (۶/۰۸) سال و در گروه کنترل ۵۷/۲۸ (۵/۶۸) سال بود. از نظر مصرف سیگار ۷۳/۷ درصد گروه درمان ذهنی‌سازی، ۸۸/۷ درصد گروه روان‌درمانی حمایتی و ۷۷/۸ درصد گروه کنترل مصرف سیگار داشتند. از نظر فشارخون ۷۸/۹ درصد گروه درمان ذهنی‌سازی، ۶۶/۷ درصد گروه روان‌درمانی حمایتی و ۸۸/۹ درصد گروه کنترل، فشارخون داشتند. از نظر وضعیت اقتصادی در گروه درمان ذهنی‌سازی وضعیت اقتصادی ۱۰/۵ درصد خوب، ۵۷/۹ درصد متوسط و ۳۱/۶ درصد ضعیف؛ در گروه روان‌درمانی حمایتی وضعیت اقتصادی ۱۱/۱ درصد خوب، ۴۴/۴ درصد متوسط و ۴۴/۴ درصد ضعیف و در نهایت در گروه کنترل وضعیت اقتصادی ۱۱/۱ درصد خوب، ۶۱/۱ درصد متوسط و ۲۷/۸ درصد ضعیف بود.

نتایج جدول ۱ میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های دو گروه آزمایش درمان ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی و یک گروه کنترل را در استرس ادراک‌شده نشان می‌دهد. در تحقیق حاضر درمجموع نمونه‌ای به حجم ۵۵ نفر از مردان مبتلا به بیماری کرونری قلبی وارد مطالعه شدند و در سه گروه درمان ذهنی‌سازی ($n=19$)، روان‌درمانی حمایتی ($n=18$) و کنترل ($n=18$) گمارده شدند. میانگین (و انحراف استاندارد) سن آزمودنی‌های پژوهش در گروه درمان ذهنی‌سازی ۵۳/۳۲ (۵/۶۷) سال، در گروه روان‌درمانی حمایتی ۵۷/۵۰ (۶/۰۸) سال و در گروه کنترل ۵۷/۲۸ (۵/۶۸) سال بود. از نظر مصرف سیگار ۷۳/۷ درصد گروه درمان ذهنی‌سازی، ۸۸/۷ درصد گروه روان‌درمانی حمایتی و ۷۷/۸ درصد گروه کنترل مصرف سیگار داشتند. از نظر فشارخون ۷۸/۹ درصد گروه درمان ذهنی‌سازی، ۶۶/۷ درصد گروه روان‌درمانی حمایتی و ۸۸/۹ درصد گروه کنترل، فشارخون داشتند. از نظر وضعیت اقتصادی در گروه درمان ذهنی‌سازی وضعیت اقتصادی ۱۰/۵ درصد خوب، ۵۷/۹ درصد متوسط و ۳۱/۶ درصد ضعیف؛ در گروه روان‌درمانی حمایتی وضعیت اقتصادی ۱۱/۱ درصد خوب، ۴۴/۴ درصد متوسط و ۴۴/۴ درصد ضعیف و در نهایت در گروه کنترل وضعیت اقتصادی ۱۱/۱ درصد خوب، ۶۱/۱ درصد متوسط و ۲۷/۸ درصد ضعیف بود. نتایج جدول ۱ میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های دو گروه آزمایش درمان ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی و یک گروه کنترل را در استرس ادراک‌شده نشان می‌دهد.

تعداد نهایی شرکت‌کنندگان ۵۵ نفر شد. در پایان، داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با داده‌های دارای اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته با هدف جمع‌آوری اطلاعات درمورد سن، جنسیت، تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل افراد ارائه شده است. **مقیاس استرس ادراک شده:** مقیاس استرس ادراک‌شده توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) برای سنجش ارزیابی فرد از رویدادهای استرس‌زای زندگی طراحی شده است. گویه‌ها بر سه مؤلفه اصلی تجربه استرس، غیرقابل کنترل بودن، پیش‌بینی‌ناپذیری و بار ادراکی تمرکز دارند و چندگویه نیز سطح کنونی استرس را بر روی یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از خیلی زیاد (صفر) تا هرگز (چهار) می‌سنجند. این مقیاس برای جمعیت عمومی با حداقل تحصیلات متوسطه مناسب است؛ جملات و گزینه‌ها ساده و قابل فهم‌اند و محتوای آن عام و مستقل از زیرگروه‌های خاص است. نسخه اصلی این ابزار ۱۴ سؤالی است و نسخه‌های ۴ و ۱۰ سؤالی نیز روان‌سنجی و هنجاریابی شده‌اند که پرسش‌ها احساسات و افکار فرد در ماه گذشته را ارزیابی می‌کنند. در نسخه ۱۴ سؤالی که پژوهش حاضر نیز از آن بهره برده است، گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۳ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و نمره کل از جمع گویه‌ها به‌دست می‌آید. در نسخه اصلی، روایی سازه بیرونی این ابزار تأیید و پایایی بیرونی آن ۰/۷۹ گزارش شده است (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). در ایران و در پژوهش شکوهی امیرآبادی و همکاران (۱۳۸۹) پایایی درونی ۰/۸۴ گزارش شد. در مطالعه حاضر نیز پایایی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آمد.

یافته‌ها

در تحقیق حاضر درمجموع نمونه‌ای به حجم ۵۵ نفر از مردان مبتلا به بیماری کرونری قلبی وارد مطالعه شدند و در سه گروه درمان ذهنی‌سازی ($n=19$)، روان‌درمانی حمایتی ($n=18$) و کنترل ($n=18$) گمارده شدند. میانگین (و انحراف استاندارد) سن آزمودنی‌های پژوهش در

جدول ۱- توزیع میانگین و انحراف استاندارد سه مرحله ارزیابی متغیر استرس ادراک‌شده به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه.
M=Mean, SD=Std. Deviation

متغیر وابسته	مرحله	گروه درمان ذهنی‌سازی	گروه روان‌درمانی حمایتی	گروه کنترل
استرس ادراک‌شده	پیش‌آزمون	۲۳/۷۴ ± ۷/۰۰	۱۸/۳۹ ± ۱/۱۹	۲۱/۵۶ ± ۹/۱۲
	پس‌آزمون	۱۸/۰۰ ± ۴/۲۲	۱۵/۰۰ ± ۱/۴۱	۲۱/۰۰ ± ۸/۹۳
	پیگیری	۱۶/۸۹ ± ۳/۵۵	۱۵/۲۲ ± ۰/۹۴	۲۱/۳۳ ± ۸/۶۶

محمدرضا

نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۲ نشان داد اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه در عامل درون آزمودنی معنی‌دار بود. به عبارتی اثربخشی درمان ذهنی سازی و روان‌درمانی حمایتی در سه مرحله ارزیابی استرس ادراک‌شده معنی‌دار بود. یعنی بین میانگین‌های استرس ادراک‌شده از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های درمان ذهنی سازی و روان‌درمانی حمایتی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.001$). با توجه به نتایج ضریب Eta برای اثر گذاری برای اثر زمان 0.476 و برای اثر تعاملی زمان و گروه 0.337 بود. همچنین بررسی جدول فوق حاکی از معنی‌داری نتایج اثر بین آزمودنی (بین گروهی) بود به عبارتی مقایسه بین گروهی نشان داد که تفاوت میانگین نمره استرس ادراک‌شده در گروه روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی سازی، روان‌درمانی حمایتی و گروه کنترل معنی‌دار است و با ملاحظه ضریب اتا مشخص می‌شود که این تاثیر 0.124 می‌باشد. با توجه به معنی‌داری نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در گروه‌های درمان ذهنی سازی و روان‌درمانی حمایتی به‌منظور مقایسه دوجه‌دوی گروه‌های درمانی در استرس ادراک‌شده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد (جدول ۳).

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، نمرات متغیر استرس ادراک‌شده در گروه آزمایش درمان ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد ولی در گروه کنترل تغییر چندانی نکرده است. قبل از استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با داده‌های دارای اندازه گیری مکرر، پیش فرض‌های آن بررسی شد. به منظور بررسی معنی‌داری تغییرات، ابتدا پیشفرض‌های تحلیل بررسی شد؛ نتایج آزمون کرویت ماشلی حاکی از این بود که مفروضه کرویت ($W = 0.558$) رعایت نشده است ($P > 0.05$).

با توجه به معنی‌داری این مفروضه از آزمون تصحیح گرینه‌اوس - گیسر استفاده شد. بررسی نتایج ام باکس با مقدار $134/755$ و ($P > 0.05$, $F = 10/283$) نشان داد که ام باکس معنی‌دار نبود. همچنین بررسی نتایج آزمون لوین حاکی از آن بود که مقدار استرس ادراک‌شده در هیچ کدام از مراحل زمانی معنی‌دار نیست. بنابراین مفروضه برقراری همگنی واریانس‌ها خطا برقرار است. به عبارتی مفروضه همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین نیز بیشتر از 0.05 حاصل شد که نشان‌دهندهٔ تجانس گروه‌های آزمایش و کنترل است. به منظور آزمون فرضیه مورد نظر از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر برای نمره متغیر استرس ادراک‌شده در بین گروه‌ها.
SS=Sum of Squares, MS=Mean Square, Eta=Partial Eta Square. *** $P < 0.001$, ** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

عامل درون گروهی	گروه	SS	df	MS	F	P-value	Eta
درون آزمودنی	زمان	404/502	1/387	291/657	47/181***	<0.001	0.476
	زمان*گروه	226/658	4	56/664	13/219***	<0.001	0.337
بین آزمودنی	گروه	723/744	2	361/782	3/684**	0.032	0.124

جدول ۳- نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمرات متغیر استرس ادراک‌شده در گروه‌های مورد مطالعه.
*** $P < 0.001$

متغیر وابسته	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	P-value
استرس ادراک‌شده (پس آزمون)	درمان ذهنی سازی	روان‌درمانی حمایتی	-1/14	0.871	0.584
		کنترل	-4/69***	0.833	0.000
	روان‌درمانی حمایتی	درمان ذهنی سازی	1/14	0.171	0.584
		کنترل	-3/54***	0.852	0.000
	کنترل	درمان ذهنی سازی	4/69***	0.833	0.000
		روان‌درمانی حمایتی	3/54***	0.852	0.000
استرس ادراک‌شده (پیگیری)	درمان ذهنی سازی	روان‌درمانی حمایتی	-1/93	0.04	0.208
		کنترل	-5/91***	0.998	0.000
	روان‌درمانی حمایتی	درمان ذهنی سازی	1/93	1/04	0.208
		کنترل	-3/97***	1/02	0.001
	کنترل	درمان ذهنی سازی	5/91***	0.998	0.000
		روان‌درمانی حمایتی	3/97***	1/02	0.001

بیان هیجان‌ها، دریافت همدلی و بازخورد سازنده و تقویت احساس پذیرش در گروه، درماندگی را کاهش داده و آرامش روانی را تسهیل می‌کند؛ فرایندی که از طریق افزایش خودشناسی و بهبود توان مقابله‌ای توسط درمانگر نیز تقویت می‌شود (۳۰). در مجموع، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌عنوان رویکردی مکانیسم‌محور و روان‌درمانی حمایتی به‌عنوان مداخله‌ای رابطه‌محور، می‌تواند به‌عنوان مکمل درمان دارویی در مدیریت استرس ادراک‌شده بیماران کرونری به‌کار روند. این نتایج تلویحات عملی برای ادغام مداخلات روانشناختی در برنامه‌های بازتوانی قلبی و مراقبت چند رشته‌ای دارند.

علی‌رغم دستاوردهای پژوهش حاضر، این مطالعه با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ از جمله محدودیت‌های پژوهش نمونه‌گیری هدفمند از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل بود که تعمیم‌پذیری را محدود می‌کند؛ همگنی جنسیتی (مردان) و دامنه سنی مشخص پراکندگی را کاهش می‌دهد؛ اتکای اصلی به ابزار خودگزارشی با گزینه‌های پاسخ بسته صحت داده‌ها را با چالش مواجه می‌کند، ریزش نمونه‌ها و عدم مشارکت برخی آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از طرح‌های چندمرکزی با نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود، دامنه نمونه به زنان و گروه‌های سنی متنوع گسترش یابد، ثبت و کنترل هم‌زمان مصرف دارو و متغیرهای مداخله‌گر انجام گیرد، در کنار پرسشنامه از سنجش‌های فیزیولوژیک و مصاحبه بالینی بهره گرفته شود و بازه‌های پیگیری طولانی‌تر طراحی گردد.

تشکر و قدردانی

در این پژوهش از اصول اخلاقی مندرج در اساس‌نامه کمیته اخلاق دانشگاه کرج پیروی و این پژوهش با کد IR.IAU.K.REC.1397.183 در این کمیته مصوب شد. اصلی‌ترین اصول اخلاقی پیگیری شده در این پژوهش کسب رضایت از بیمار و همراه وی در بیمارستان جهت شرکت در پژوهش و داشتن آزادی عمل در خروج از پژوهش و حفظ محرمانگی داده‌ها و اطلاعات شخصی بیماران بود.

در جدول ۳ نتایج آزمون بن فرونی با مقایسه دو به دوی گروه‌های درمانی نشان داد تفاوت بین گروه‌های درمان ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی در میانگین نمرات استرس ادراک‌شده در مرحله پس آزمون و پیگیری معنی‌دار نیست ($P < 0.05$) اما نسبت به گروه کنترل معنی‌دار است ($P > 0.01$). با بررسی نتایج جدول ۱ مشاهده می‌شود که این تفاوت به نفع گروه درمان ذهنی‌سازی است هر چند این تفاوت معنی‌دار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌طور معنی‌داری استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب را کاهش می‌دهد. هرچند مطالعه‌ای کاملاً هم‌راستا با جمعیت کرونری یافت نشد، شواهد غیرمستقیم گزارش کرده‌اند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ظرفیت ذهنی‌سازی را بهبود می‌دهد و به‌دنبال آن شدت علائم و تنش‌های بین‌فردی کاهش می‌یابد (۲۵). با توجه به قرارگرفتن بیماران قلبی در معرض فشارهای مزمن جسمانی و روانی، می‌توان استنباط کرد که شفاف‌سازی روابط و فرایندهای بین‌فردی در گروه‌درمانی، اعتماد شناختی را تقویت کرده و کارکرد فرد را در موقعیت‌های استرس‌زا بهبود می‌بخشد. مطابق پروتکل بتمن و فونگی، آموزش راهبردهای تنظیم هیجان در جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نیز سازوکاری معقول برای تبیین کاهش استرس ادراک‌شده است (۲۶). به‌علاوه، ماهیت ساختاریافته درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی شامل ارزیابی ظرفیت ذهنی‌سازی، کارکرد شخصیت، عقد قرارداد درمانی و شناسایی موانع می‌تواند به کاهش پایدارتر استرس کمک کند (۱۴).

روان‌درمانی حمایتی نیز کاهش معنادار استرس ادراک‌شده را نشان داد. گرچه شواهد اختصاصی در بیماران کرونری محدود است، مطالعات گوناگون اثربخشی این رویکرد را در بهبود شاخص‌های سلامت روان در گروه‌های پزشکی مختلف از جمله پیشگیری از افسردگی در زنان مبتلا به HIV، بهبود امید به زندگی و سازگاری روانشناختی در والدین کودکان مبتلا به سرطان و بهبود افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان تأیید کردند (۲۷-۲۹). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که به نظر می‌رسد

منابع

- Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE, Whalley B, Rees K, Davies P, et al. Psychological interventions for coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(4).
- Gasiorowski A, Dutkiewicz J. Comprehensive rehabilitation in chronic heart failure. Annals of Agricultural and Environmental Medicine. 2013; 20(3).
- Heydari Pahlaviyan Ahmad, Gharakhani Mohsen, Hossein M. Comparison of the level of experienced stress and coping strategies in patients with coronary heart disease and healthy individuals. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services 2010; 17(3): 33-9.
- Pencina MJ, Navar AM, Wojdyla D, Sanchez RJ, Khan I, Elassal J, et al. Quantifying importance of major risk factors for coronary heart disease. Circulation. 2019; 139(13): 1603-11.
- Alipor A, Aliakbari Dehkordi M, Hasanazadeh Pashang S, Faraji R. The Effect of Emotional Intelligence Training on Mental Health of the Patients

- Hospitalized in Cardiology Department of Shahid Modares Hospital, Tehran, Iran. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam* 2016; 4(3): 41-50.
6. Sladek MR, Doane LD, Luecken LJ, Eisenberg N. Perceived stress, coping, and cortisol reactivity in daily life: A study of adolescents during the first year of college. *Biological psychology*. 2016; 117: 8-15.
7. Zhou X, Wu X, Chen J. Longitudinal linkages between posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in adolescent survivors following the Wenchuan earthquake in China: A three-wave, cross-lagged study. *Psychiatry Research*. 2015; 228(1): 107-11.
8. Chauvet-Gelinier J-C, Bonin B. Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2017; 60(1): 6-12.
9. Amirpour B, Aghayousefi A, Goli R, Abdolmaleki L. Biomarkers of Cardiovascular Responses among War Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2015; 3(4): 57-64.
10. Grafe LA, Bhatnagar S. Orexins and stress. *Frontiers in neuroendocrinology*. 2018; 51: 132-45.
11. Del Giudice M, Buck CL, Chaby LE, Gormally BM, Taff CC, Thawley CJ, et al. What is stress? A systems perspective. *Integrative and comparative biology*. 2018; 58(6): 1019-32.
12. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*: Oxford University Press; 2004.
13. Mohammadi I, Tajeri B, Sodager S, Bahrami Heidaji M, Atadokht A. The Effect of Mentalization-Based Therapy on the Amount of Health Promoting Behaviors in People with Coronary Heart Disease. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2020; 8(3): 39-48.
14. Bateman A, Fonagy P. Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2013; 203(3): 221-7.
15. Malda-Castillo J, Browne C, Perez-Algorta G. Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*. 2019; 92(4): 465-98.
16. Basharpoor S, Einy S. The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Emotional Dysregulation and Impulsivity in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2020; 8(3): 10-19.
17. De Oliveira C, Rahioui H, Smadja M, Gorsane M, Louppe F. Thérapie basée sur la mentalisation et le trouble de personnalité limite. *L'Encéphale*. 2017; 43(4): 340-5.
18. Sharp C. The social-cognitive basis of BPD: A theory of hypermentalizing. *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents*: Springer; 2014. p. 211-25.
19. Mehrinejad A, Mokarrami M, Ostovar Z. Effect of Stress Management Training with Cognitive-Behavioral Therapy on Marital Adjustment in the Wives of War Veterans Suffering from Post-Traumatic Stress Disorder. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2015; 3(3): 71-80.
20. Kalleklev J, Karterud S. A comparative study of a mentalization-based versus a psychodynamic group therapy session. *Group Analysis*. 2018; 51(1): 44-60.
21. Wilhelm S, Phillips KA, Greenberg JL, O'Keefe SM, Hoepfner SS, Keshaviah A, et al. Efficacy and posttreatment effects of therapist-delivered cognitive behavioral therapy vs supportive psychotherapy for adults with body dysmorphic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2019; 76(4): 363-73.
22. Barber JP, Stratt R, Halperin G, Connolly MB. Supportive techniques: are they found in different therapies? *The Journal of psychotherapy practice and research*. 2001; 10(3): 165.
23. Maghbooli M, Nejhadalirezayi A, Mazloomzadeh S. Social Support in Patients with Multiple Sclerosis: A Cross-Sectional Study. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2022; 11(1): 37-45.
24. Bradt J, Dileo C, Potvin N. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(12).
25. Hayden MC, Müllauer PK, Gaugeler R, Senft B, Andreas S. Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 74(12): 2276-86.
26. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*: Oxford University Press; 2016.

27. Nakimuli-Mpungu E, Wamala K, Okello J, Alderman S, Odokonyero R, Mojtabai R, et al. Group support psychotherapy for depression treatment in people with HIV/AIDS in northern Uganda: a single-centre randomised controlled trial. *The lancet HIV*. 2015; 2(5): e190-e9.
28. Kaveh Hamidreza, Fekri Azadeh, Fekri Alireza, Fatemeh K. The effectiveness of group supportive psychotherapy on life expectancy and psychological adjustment of mothers of children with cancer. *Second International Congress of Humanities, Cultural Studies*, Tehran 2017.
29. Lai J, Song H, Ren Y, Li S, Xiao F. Effectiveness of supportive-expressive group therapy in women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Oncology Research and Treatment*. 2021; 44(5): 252-60.
30. Prochaska James NJ. *Theories of Psychotherapy*. Tehran: Roshd Publishing House 1995.