



مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی با طرحواره درمانی گروهی بر پریشانی روانشناختی در زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

گلریز محمدی لپوندانی ^{id}

احمد کربلایی محمد میگونی* ^{id}

سعید ملیحی الذاکرینی ^{id}

مریم کلهرنیا گل کار ^{id}

Dr.karbalae1335@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۹

دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۹

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۱ | پایب ۱۰ | ۶۷۱-۶۵۴
بهار ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(محمدی لپوندانی، کربلایی محمد میگونی،
ملیحی الذاکرینی و گل کار، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

محمدی لپوندانی، گلریز، کربلایی محمد
میگونی، احمد، و ملیحی الذاکرینی، سعید.
(۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی
دیالکتیکی گروهی با طرحواره درمانی
بر پریشانی روانشناختی در زنان مبتلا به
بیماری کرونر قلبی. فصلنامه خانواده درمانی
کاربردی، ۳(۱ پایب ۱۰): ۶۷۱-۶۵۴.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی با طرحواره درمانی گروهی بر پریشانی روانشناختی در زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی انجام شد. **روش پژوهش:** این پژوهش شبه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان آزادی شهر تهران در سال ۹۹-۱۳۹۸ بودند، که تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه آماری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. ابزارهای اندازه‌گیری پژوهش شامل مقیاس پریشانی روانشناختی (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲) بود. پس از اتمام هشت جلسه رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) و هشت جلسه طرحواره درمانی گروهی (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) در گروه‌های آزمایشی، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور بلافاصله و پس از سه ماه به ترتیب به عنوان پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌ها تکمیل شد. نتایج با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) در نرم‌افزار SPSS.23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هر دو درمان بر پریشانی روانشناختی در زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی از مرحله پیش‌آزمون، به پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بودند ($p=0/001$)؛ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی نسبت به طرحواره درمانی گروهی تأثیر بیشتری در کاهش پریشانی روانشناختی در زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی از مرحله پیش‌آزمون، به پس‌آزمون و پیگیری دارد ($p=0/001$). **نتیجه‌گیری:** آموزش استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در کاهش پریشانی روانشناختی در زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیکی، طرحواره درمانی، پریشانی روانشناختی، بیماری کرونر قلبی.

مقدمه

بیماری‌های قلبی که در اثر تنگی و گرفتگی عروق کرونر قلب ایجاد می‌شوند، از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان، از جمله ایران به شمار می‌آیند (یونسی، ۱۳۹۹). سالانه ۱۷ میلیون نفر در دنیا به علت بیماری‌های قلبی و عروقی فوت می‌کنند و این بیماری‌ها عامل ۱۰ میلیون مرگ و ۴۰ میلیون مرگی است که سالانه در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد. در ایران نیز بیماری‌های قلبی و عروقی شایع‌ترین علل مرگ و میر را به خود اختصاص داده است (پرسا، ۱۴۰۰). یکی از بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری کرونر قلبی است که تظاهرات آن جسمانی-روانشناختی بوده، به طوری که بیماران علاوه بر درد، استفراغ، دچار استرس (لی و همکاران، ۲۰۲۰) و اضطراب (لیو، یو، لوو و وانگ، ۲۰۲۰) و آسیب‌های روانی (شائو و همکاران، ۲۰۲۰) نیز می‌شوند و مرگ و میر ناشی از آن تا سال ۲۰۳۰ به حدود ۲۳/۳ میلیون نفر خواهد رسید (ادیبی زاده و سجادیان، ۱۳۹۷). به سبب این شیوع بالا و مرگ و میر زیاد، این بیماری در طی دهه‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است و تاکنون مطالعات زیادی در رابطه با پاتوفیزیولوژی^۱، علل شیوع و عوامل خطرآفرین مؤثر در بروز بیماری کرونر قلبی انجام شده است (رضایی و کاکابرابی، ۱۴۰۰). عوامل خطرآفرین و شناخته شده بیماری کرونر قلبی شامل فشار خون بالا^۲ (کیم و همکاران، ۲۰۲۰)، دیابت^۳ (چرسیتل و همکاران، ۲۰۲۰)، عدم انجام فعالیت فیزیکی^۴ مناسب (توماس و همکاران، ۲۰۲۰)، رژیم غذایی و سبک زندگی^۵ ناسالم (بوس و همکاران، ۲۰۲۰) و اضطراب (میربلوک و همکاران، ۲۰۲۰) هستند که همه آن‌ها به جز سن، جنس، نژاد و سابقه فAMILIARY مثبت قابلیت اصلاح شدن دارند.

پیشانی روانشناختی^۶ عامل مؤثر دیگری است که با افزایش خطر بروز ابتلا به بیماری کرونر قلبی همراه است (ولش، کوردا، جوشی و بانکز، ۲۰۱۹). تحقیقات نشان داده‌اند که پیشانی روانشناختی با تغییراتی که در سیستم عصبی-غددی، محور هیپوتالاموس-هیپوفیز و آدرنال و عملکرد پلاکت خون ایجاد می‌کند، باعث افزایش ضربان قلب و تشدید ابتلا به بیماری کرونر قلبی می‌شود (راسل، استنسفرد، هارت و دوی اسمیت، ۲۰۰۵). پیشانی روانشناختی به ندرت به عنوان مفهومی مجزا در نظر گرفته می‌شود و عموماً در برگزیده مشکلات آسیب‌شناسی روانی است (وو، هسو و تیزنگ، ۲۰۲۲) که تا حد زیادی به عنوان حالتی از درد و رنج عاطفی تعریف شده که متشکل از علائم افسردگی و اضطراب است. این علائم در بسیاری از موارد با علائم جسمی همراه هستند (کارهونن و همکاران، ۲۰۱۹). افرادی که پیشانی روانشناختی بالاتری دارند در معرض شرایط استرس‌زا، به رفتارهای اجتنابی روی می‌آوردند، یا احساسات خود را بیان نمی‌کنند و به منظور کاهش سریع پیشانی خود رفتارهای اجتنابی را ادامه داده و به یک الگوی رفتاری تبدیل کرده و اجتناب‌های تجربه‌ای خود را به صورت تجارب فیزیولوژیکی و افکار، احساسات و خاطرات بروز می‌دهند (تاکیوچی، کاتانودا، چلی، گلدزویگ و تابوچی، ۲۰۲۲).

1. pathophysiology
2. hypertension
3. diabetes
4. physical activity
5. life style
6. psychological distress

رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ از جمله مداخلاتی است که در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران بسیاری قرار گرفته است (یوواک وی و اکانبی، ۲۰۱۷). رفتاردرمانی دیالکتیکی که بر پایه رفتارگرایی، فلسفه دیالکتیکال و آیین ذهن استوار است، رویکردی شناختی-رفتاری مبتنی بر اصل تغییر می‌باشد، با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی که مبنی بر اصل پذیرش می‌باشد، درمی‌آمیزد و بر این اساس چهار مولفه مداخله‌ای شامل ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی را در شیوه درمان گروهی مطرح می‌کند (میلر، راتوس و لینهان، ۲۰۰۷). در این شیوه درمانی، ذهن آگاهی و تحمل پریشانی به عنوان مولفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی به عنوان مولفه‌های موثر تغییر در رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌باشند (گیلسپی، مورفی و جويس، ۲۰۲۲). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان بسیاری از اختلالات شخصیت (برای مثال، اختلال شخصیت مرزی) و همچنین اختلالات اضطرابی به تأیید رسیده است (ولنتاین، بنکاف، پولین، رایدلر و پنتالون، ۲۰۱۵). همچنین، اخیراً یک بررسی نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند بر حل تعارض بین‌فردی بیماران عروق کرونر قلبی، تأثیر مثبت داشته باشد (توکلی، کاظمی زهرانی و صادقی، ۱۳۹۷). کاظمی رضایی، کاکابرایی و حسینی (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که نمرات راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی پس از آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی در گروه آزمایش، نسبت به گروه گواه به طور معناداری افزایش و همچنین نمرات راهبردهای منفی کاهش یافته است. ندیمی (۱۳۹۴)، نیز کارآیی رفتاردرمانی دیالکتیکی را در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوء مصرف کنندگان مواد مورد تأیید قرار داد.

طرحواره درمانی رویکرد مداخلاتی دیگری است که اخیراً امکان‌سنجی آن در بیماران قلبی-عروقی مورد بررسی قرار گرفته است (عزیزی، علیپور و علی اکبری دهکردی، ۱۳۹۸). طرحواره درمانی^۲، رویکرد نوظهوری است که براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری سنتی بنا شده است و اصول و مبانی مکتب‌های شناختی بک، دلبستگی، روابط شیء، گشتالت، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است و بر کشف ریشه‌های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آن با مشکلات جاری تأکید دارد و با طراحی راهبردها و تکنیک‌های شناختی، تجربی و الگوشکنی رفتاری مورد استقبال فزاینده‌ای قرار گرفته است (یانگ، کلوسو و ویشار، ۲۰۰۶). در یکی از تحقیقات صورت گرفته مشخص شد که طرحواره درمانی گروهی بر کاهش میزان نشانگان اضطراب مرگ بیماران قلبی-عروقی تأثیر دارد (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۸). عباسی، مرادی منش، نادری و بختیارپور (۱۳۹۹)، اثربخشی طرحواره درمانی را بر تنظیم شناختی هیجان افراد مبتلا به آسم نشان دادند. محمدی، سپهری شاملو، اصغری و ابراهیم آباد (۱۳۹۸)، اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی را بر کاهش پریشانی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه مورد تأیید قرار دادند. مراد حاصلی، شمس اسفندآباد و کاکاوند (۱۳۹۴)، نیز نشان دادند که طرحواره درمانی بر روی افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به اضافه وزن و کاهش وزن موثر بود.

1. dialectical behavioral therapy
2. schema therapy

به طور خلاصه، هرچند برخی از مطالعات نتایج رضایت بخش و دلایل منطقی برای به کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی را در کار با برخی از مشکلات روانشناختی افراد دارای اختلالات شخصیت (برای مثال، اختلال شخصیت مرزی)، اختلالات اضطرابی (ولنتاین و همکاران، ۲۰۱۵) و یا بیماران مبتلا به عروق کرونر قلبی (توکلی و همکاران، ۱۳۹۷) مطرح ساخته‌اند و یا علی‌رغم اینکه کارآیی طرحواره درمانی در درمان اختلالات شخصیت و اضطرابی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶) به تأیید رسیده است؛ اما تحقیقات پیشین کارآیی طرحواره درمانی را در بیماری آسم (عباسی و همکاران، ۱۳۹۹)، کاهش وزن (مراد حاصلی و همکاران، ۱۳۹۴) و یا زنان مطلقه (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸) نشان داده‌اند و امکان‌سنجی استفاده از این رویکرد در نمونه‌های متشکل از بیماران کرونر قلبی مورد بررسی و یا حتی تأیید قرار نگرفته است. از آنجایی که درمان‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی از درمان‌هایی هستند که بر روی بیماران کرونر قلبی مورد بررسی قرار نگرفته می‌شود می‌تواند نتایج مثبت و مفیدی برای بهبود مشکلات این بیماران داشته باشد.

امروزه پژوهش‌ها به دنبال دستیابی به بهترین مداخله برای مسائل هستند و ضروری است که اثربخشی درمان‌های جدید سنجیده شود، به طور سنتی پژوهشگران در مورد تعمیم پذیری یافته‌های پژوهش از طریق بررسی پیشینه پژوهش تصمیم‌گیری می‌کنند اما همان‌طور که پیداست پشتوانه پژوهشی هر دوی این درمان‌های از اثربخشی آن‌ها حمایت می‌کند. ثانیاً برخی از پژوهش‌ها چنان گزارش شده و می‌شوند که عملاً قابلیت تعمیم‌پذیری و تکرار آن‌ها که از ویژگی‌های پژوهش علمی است غیرممکن می‌نماید، به گونه‌ای که امکان افتراق و انتخاب را برای درمانگران و پژوهشگران تا حدودی مشکل می‌سازد. از سوی دیگر تفاوت در کاربردی‌ها، روش‌ها و ابزارها در پژوهش‌ها همواره ارزشیابی و مقایسه یافته‌ها را دشوار می‌سازد. نتایج حاصل هماهنگ و یکدست نیست و حتی گاهی نتایج متناقضی در تحقیقات حاصل می‌شود. با استناد به محدود مطالعاتی که بدان اشاره شد، در خصوص بررسی کارایی رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی بر کژتنظیمی هیجانی، پریشانی روانشناختی و سبک زندگی در بیماران مبتلا به کرونر قلبی بخصوص در کشور ما پژوهشی انجام نگرفته و نشان دهنده این است که بررسی امکان‌سنجی و کارایی این دو روش در بهبود بیماری‌های قلبی کرونری در مراحل ابتدایی خود قرار دارند، لذا، با در نظر گرفتن خلاء پژوهشی موجود و همچنین مبانی نظری و پیشینه پژوهشی حاضر، این پژوهش درصدد پاسخ به این سؤال است که آیا بین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی با طرحواره درمانی گروهی بر پریشانی روانشناختی در زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی تفاوتی وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان متأهل ۳۵ تا ۵۰ سال مبتلا به بیماری کرونر قلبی مراجعه کننده به بیمارستان عروق آزادی شهر تهران در سال ۹۹-۱۳۹۸ بودند. با نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس (انتخاب غیرتصادفی و جایگزینی تصادفی) ۴۵ نفر از بیماران کرونر قلبی بر اساس معیارهای ورود و خروج به پژوهش (معیارهای ورود به پژوهش: تشخیص قطعی بیماری عروق کرونر ۳۵ تا ۷۵٪ توسط معاینات جسمی و آزمایشگاهی از سوی پزشک؛ قرار نداشتن در مرحله حاد بیماری؛

قرار داشتن در محدوده سنی ۳۵ الی ۵۰ سال؛ جنسیت به لحاظ عاطفی، هیجانی و فیزیولوژیکی اثر می‌گذارد؛ تاهل؛ داشتن سواد خواندن و نوشتن؛ موافقت افراد برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت نامه کتبی. معیارهای خروج شامل: دریافت مداخلات روانشناختی و دارویی مرتبط با روانپزشکی؛ عدم حضور در ۲ جلسه پیاپی یا یک در میان. انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر گروه درمان دیالکتیکی، ۱۵ نفر گروه طرحواره درمانی و ۱۵ نفر گروه کنترل). از آنجایی که در پژوهش‌های مشابه حجم هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۸)، در این پژوهش نیز حجم هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر و همکاران (۲۰۰۲). پرسشنامه پریشانی روانشناختی^۱ توسط کسلر و همکاران در سال ۲۰۰۲ برای شناسایی اختلالات روانی در بین جمعیت عمومی در دو فرم ۱۰ سوالی و ۶ سوالی تهیه شد. به زغم اینکه، این پرسشنامه اختلال روانی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد؛ اما بنا به گفته طراحان آن سطح اضطراب و افسردگی فرد را که در طی چند هفته اخیر تجربه کرده است، مشخص می‌سازد. در این پژوهش از فرم ۱۰ سوالی استفاده شد که سئوالات هر دو فرم در یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (۰= هیچ وقت) تا (۴= همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۴۰ قرار دارد و نمرات بالاتر بیانگر آشفتگی روانشناختی بالاتر است. نمرات ۱۰ تا ۱۵ نشان‌دهنده پریشانی پایین، نمرات ۱۶ تا ۲۱ بیانگر پریشانی متوسط، نمرات ۲۲ تا ۲۹ نشان‌دهنده پریشانی بالا و نمرات ۳۰ تا ۵۰ نشان‌دهنده پریشانی خیلی بالا می‌باشد. پژوهش‌های انجام گرفته بر روی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر نشان دهنده ارتباط قوی میان نمرات بالا در پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر و تشخیص بیماری‌های خلقی و اضطرابی توسط فرم مصاحبه تشخیصی بین المللی مرکب می‌باشد. همچنین ارتباط کمتر ولی معنادار میان نمرات پرسشنامه و بیماری‌های روانی دیگر وجود دارد (واسیلیادیس و همکاران، ۲۰۱۵). افزون بر آن، پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر دارای حساسیت و ویژگی مناسبی برای غربالگری افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی می‌باشد و نیز این ابزار برای مهار و نظارت‌های بعد از درمان مناسب است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات دیگر نیز حاکی از معتبر بودن این پرسشنامه برای مطالعات غربالگری و شناسایی اختلالات روانی است (گرین و کراکی، ۲۰۱۰). چنانکه واسیلیادیس و همکاران (۲۰۱۵)، اندرسون و همکاران (۲۰۱۱) پایای و روایی محتوای این پرسشنامه را بر جمعیت سالمندان قابل قبول گزارش کرده‌اند. آسامیکا و اوجاسانیا (۲۰۱۹)، پایایی کل این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه کردند. اکبری (۱۳۹۸)، نیز در کشور ما پایایی کل این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد کرد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ و برای مولفه‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ به دست آمد.

۲. رفتاردرمانی دیالکتیکی. بر اساس پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان (۲۰۰۵)، به آزمودنی‌های گروه آزمایشی اول در طی ۸ جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) به صورت

گروهی طی جلسات زیر ارائه شد (هر جلسه، دربرگیرنده معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و همچنین همچنین آموزش تمرینات خارج از جلسه است. علاوه بر این، از جلسه دوم به بعد، هر جلسه با یک تمرین پنج دقیقه‌ای ذهن آگاهی فراگیر از طریق تنفس و سپس مرور تمرینات مربوط به جلسه قبل، آغاز شد):

جدول ۱. راهنمای رفتاردرمانی دیالکتیکی

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی با اهداف و قوانین گروه، درمان با ارایه تعریف دیالکتیک، اصول و راه‌های تفکر و عمل به شیوه دیالکتیکی و پس از آن آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا) آغاز شد.
جلسه دوم	دو دسته مهارت برای دستیابی به ذهن آگاهی فراگیر آموزش داده و تمرین می‌شود. دسته اول مهارت‌های چه چیز که عبارت اند از کارهایی که فرد باید برای رسیدن به ذهن آگاهی فراگیر انجام دهد (شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن). دسته دوم، مهارت‌های چگونه که عبارت هستند از نحوه انجام این کارها (شامل سه مهارت اتخاذ موضع غیرقضاوتی، ذهن آگاهی فراگیر و کارآمد عمل کردن).
جلسه سوم تا پنجم	به بخش اول از مولفه تحمل پریشانی یعنی راهبردهای بقاء در بحران اختصاص دارد. راهبردهای بقاء در بحران خود شامل چهار مجموعه مهارت می‌باشند که عبارت هستند از راهبردهای پرت کردن حواس؛ خودآرام سازی با حواس پنجگانه؛ مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان. این چهار مجموعه در طی جلسات سوم (مهارت‌های پرت کردن حواس)، چهارم (مهارت‌های خودآرام سازی) و پنجم (مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان) آموزش داده شد.
جلسه ششم	اختصاص به دومین بخش از مهارت‌های تحمل پریشانی یعنی مهارت پذیرش واقعیت دارد. این مهارت خود شامل سه دسته مهارت است که عبارت اند از پذیرش محض؛ برگرداندن ذهن؛ رضایت مندی.
جلسه هفتم	به مولفه تنظیم هیجانی پرداخته می‌شود. مباحث مرتبط با این جلسه عبارت اند از هیجان چیست و دارای چه مولفه‌هایی می‌باشد؟ آموزش الگوی شناسایی هیجان‌ات و برجسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجان‌ات می‌گردد، پذیرش هیجان‌ات حتی در صورت منفی بودن آموزش مهارت‌های (لطفاً بر خود مسلط شوید) برای کاهش آسیب پذیری نسبت به هیجان‌ات منفی.
جلسه هشتم	دربرگیرنده آخرین بخش از مباحث مربوط به مولفه تنظیم هیجانی می‌باشند. این مباحث عبارت اند از آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه مدت مثل تفریح و تجارب هیجانی مثبت بلندمدت از طریق کار کردن بر روی سه حوزه اهداف زندگی، روابط و ذهن آگاهی فراگیر نسبت به تجارب مثبت، آموزش رها کردن رنج هیجانی از طریق پذیرش هیجان‌ات و تغییر دادن هیجان‌ات منفی از طریق کنش متضاد با هیجان.

۳. **طرحواره درمانی گروهی.** آموزش‌هایی است که براساس پروتکل طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳)، به آزمودنی‌های گروه آزمایشی دوم، طی ۸ جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) به صورت گروهی ارائه شد (هر جلسه، دربرگیرنده معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و همچنین آموزش انجام تمرینات خارج از جلسه است. علاوه بر این، از جلسه دوم به بعد، هر جلسه با مرور تمرینات مربوط به جلسه قبل آغاز شد):

جدول ۲. راهنمای طرحواره درمانی گروهی

جلسات	محتوا
جلسه اول	هدف: آشنایی و معارفه و آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی آشنایی و معارفه، مروری بر ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، تاکید بر رازداری، صحبت در مورد طول مدت جلسات، پاسخدهی به سئوالات شرکت‌کنندگان، توضیح مدل طرحواره درمانی به زبان ساده، معرفی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و چگونگی شکل‌گیری آن‌ها و معرفی حوزه‌های مربوط به هر کدام، توضیح ریشه‌های تحولی طرحواره، توضیح و آموزش پیرامون عملکرد طرحواره‌ها.
جلسه دوم	هدف: آموزش طرحواره‌ها توضیح و آموزش انواع ذهنیت‌های طرحواره‌ای و شناسایی تجارب ذهنیت‌های خود، مفهوم‌سازی مشکل بیماران بر طبق رویکرد طرحواره محور و جمع‌آوری کلیه اطلاعات به دست آمده و ارائه بازخورد، آشناسازی افراد با طرحواره‌هایشان و شناسایی حوزه‌های مختل، انجام و آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون طرحواره‌ها و تاثیر هر کدام بر زندگی بیماران. تکلیف خانگی: تشویق به مطالعه کتاب زندگی خود را دوباره بیافرینید به عنوان تکلیف خانگی (هر فرد بایستی بخش مربوط به طرحواره‌های خود را مطالعه و خلاصه کند و برای جلسه آینده بیاورد).
جلسه سوم	هدف: شروع فرایند تغییر طرحواره‌ها بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، ایجاد انگیزه جهت تغییر طرحواره‌ها، آمادگی جهت تغییر طرحواره‌ها، معرفی راهبردهای شناختی، هیجانی و الگوشکنی رفتاری، هم‌پیمان شدن با افراد گروه جهت جنگ با طرحواره‌ها در سه جبهه شناختی، هیجانی و الگوشکنی رفتاری، آموزش دو تکنیک از تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی شامل آزمون اعتبار طرحواره و تعریف جدید از شواهد تعیینکننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای. تکلیف خانگی: نوشتن شواهد عینی تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌های خود براساس شواهد گذشته و فعلی.
جلسه چهارم	هدف: آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای شناختی بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، آموزش و تمرین برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، آموزش تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و نحوه استفاده از این کارت‌ها به افراد گروه، آموزش نحوه تکمیل فرم‌های ثبت‌نام طرحواره، بررسی زمان برانگیخته شدن طرحواره‌ها. تکلیف خانگی: ساخت کارت‌های آموزشی به عنوان تکلیف خانگی.

جلسه پنجم	هدف: آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای تجربی مرور تکالیف خانگی، معرفی مجدد راهبردهای تجربی، ارائه منطق استفاده از راهبردهای تجربی، آموزش روش استفاده از راهبردهای ذهنی و اجرای آن در جلسه، آموزش تکنیک انجام گفتگوی خیالی و اجرای آن در جلسه، نوشتن نامه به والدین و توضیح منطق استفاده از این تکنیک، تکلیف خانگی: ارائه تکلیف با موضوع نوشتن نامه به منشأ طرحواره (والدین).
جلسه ششم	هدف: آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، توضیح مجدد و آموزش انواع سبک‌های مقابله‌ای و تأثیر آن‌ها در تداوم طرحواره‌ها، تعیین رفتارهای خاص و مشکل آفرین افراد گروه به عنوان آماج احتمالی تحقیق، اولویت‌بندی رفتارها در جهت الگوشکنی رفتاری، پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و تکلیف خانگی: تمرین دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی.
جلسه هفتم	هدف: ادامه فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم بخش طرحواره و بررسی تأثیر آن در زندگی افراد، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویرسازی ذهنی، بررسی و آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش روش استفاده از کارت‌های آموزشی جهت الگوشکنی رفتاری، تکلیف خانگی: انجام تمرینات مربوط به الگوشکنی رفتاری، نوشتن عواملی که بر موانع تغییر رفتار غلبه می‌کنند.
جلسه هشتم	هدف: جمع‌بندی جلسات بحث و گفتگوی گروهی پیرامون اثرات تغییر طرحواره‌ها، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی و پاسخگویی به سئوالات بیماران و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از افراد نمونه جهت شرکت در جلسات.

روش اجرا. برای تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی برای توصیف توزیع متغیرها و در سطح استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون فرض‌های آماری استفاده شد. برای این منظور از نرم‌افزار SPSS.23 در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

در ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل تحصیلات و وضعیت شغلی در گروه‌های آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی) و کنترل جمع‌آوری شد؛ اما در تحلیل آماری مورد استفاده قرار نگرفتند. براساس نتایج، ۲۶/۷ درصد (۴ نفر) از شرکت‌کنندگان گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی سواد نهضت تا ابتدایی، ۴۶/۷ درصد (۷ نفر) ابتدایی تا دیپلم، ۲۶/۷ درصد (۴ نفر) لیسانس تا فوق لیسانس؛ ۶/۷ درصد (۱ نفر) از شرکت‌کنندگان گروه طرحواره درمانی سواد نهضت تا ابتدایی، ۷۳/۳ درصد (۱۱ نفر) ابتدایی تا دیپلم، ۲۰/۰ درصد (۳ نفر) لیسانس تا فوق لیسانس و ۱۳/۳ درصد (۲ نفر) از شرکت‌کنندگان گروه کنترل سواد نهضت تا ابتدایی، ۵۳/۳ درصد (۸ نفر) ابتدایی تا دیپلم، ۳۳/۴ درصد (۵ نفر) لیسانس تا فوق لیسانس داشتند. ۴۰/۰ درصد (۶ نفر) از شرکت‌کنندگان گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی کار دولتی، ۳۳/۳ درصد (۵ نفر) کار

آزاد، ۲۰/۰ درصد (۳ نفر) خانه دار و ۶/۷ درصد (۱ نفر) بازنشسته؛ ۲۰/۰ درصد (۳ نفر) از شرکت‌کنندگان گروه طرحواره درمانی کار دولتی، ۲۰/۰ درصد (۳ نفر) کار آزاد، ۵۳/۳ درصد (۸ نفر) خانه دار و ۶/۷ درصد (۱ نفر) بازنشسته؛ ۳۳/۳ درصد (۵ نفر) از شرکت‌کنندگان گروه کنترل کار دولتی، ۴۰/۰ درصد (۶ نفر) کار آزاد، ۲۰/۰ درصد (۳ نفر) خانه دار و ۶/۷ درصد (۱ نفر) بازنشسته بودند. در ادامه به منظور توصیف متغیرهای مورد مطالعه، از شاخص‌های مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف استاندارد) استفاده شد، که نتایج در جدول ۳ درج شده است.

جدول ۳. نتایج شاخص توصیفی متغیر پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه‌های پژوهشی	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیشانی روانشناختی	رفتاردرمانی	۲۶/۶۰	۲/۸۴	۱۹/۱۸	۴/۵۴	۱۹/۲۸	۴/۵۸
	دیالکتیکی	۲۶/۷۳	۲/۵۴	۱۸/۸۹	۴/۶۳	۱۹/۰۰	۴/۵۸
	طرحواره درمانی	۲۶/۱۳	۲/۲۹	۲۶/۴۱	۲/۳۲	۲۶/۲۴	۲۶/۲۱
	گواه						

همان‌گونه که مندرجات جدول ۳ ملاحظه می‌شود، گروه‌های مورد مطالعه در پیشانی روانشناختی تفاوتی با یکدیگر نداشته‌اند؛ چرا که میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها، تقریباً به هم نزدیک بوده است. برای بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ درج شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت تعیین تفاوت پیشانی روانشناختی در گروه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و گواه

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
	درون‌آزمودنی	۳/۷۵۰	۱	۳/۷۵۰	۰/۶۴۸	۰/۰۰۲	۰/۰۲۴	۰/۱۲۶
پیشانی روانشناختی	گروه	۷۹/۳۵۰	۱	۷۹/۳۵۰	۱۴/۴۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴۱	۰/۹۵۷
	خطا	۱۵۳/۴۰۰	۲۸	۵/۴۷۹				
	بین‌آزمودنی	۵۲/۹۰۰	۱	۵۲/۹۰۰	۲/۳۶۵	۰/۰۰۳	۰/۰۷۸	۰/۳۱۸

با توجه به مندرجات جدول ۴، برحسب نمرات حاصل از «رفتاردرمانی دیالکتیکی» اثر اصلی عامل زمان معنادار می‌باشد. یعنی میانگین‌های برآورده شده نمرات پیشانی روانشناختی از مرحله پیش‌آزمون به مرحله

پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد ($P=0/002$). اثر اصلی عامل عضویت گروهی (رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقابل عدم ارائه مداخله) معنادار به دست آمد. یعنی گروه‌های پژوهشی در مجموع، از نظر نمرات پریشانی روانشناختی، تفاوت معناداری را نشان می‌دهند ($P<0/05$). تعامل عامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) از نظر آماری معنادار به دست آمد. یعنی روند تغییرات نمرات پریشانی روانشناختی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در بین گروه‌ها تفاوت معناداری داشته است ($P=0/003$). این یافته به معنای این است که بین گروه آزمایش و کنترل تغییر معناداری در میانگین نمره پریشانی روانشناختی شرکت‌کنندگان از پس‌آزمون به پیگیری به وجود آمده است. توان آماری برابر با $0/957$ نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه‌گیری است و میزان اثر عضویت گروهی بر تغییرات نمرات پریشانی روانشناختی 34% از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری براساس این ابزار بدست آمد. همچنین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر پریشانی روانشناختی به شرح زیر است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت تعیین تفاوت پریشانی روانشناختی در

گروه‌های طرحواره درمانی و گواه

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
پریشانی روانشناختی	درون‌آزمودنی	۲۴/۶۶۷	۱	۲۴/۶۶۷	۵/۱۱۰	۰/۰۳۲	۰/۱۵۴	۰/۵۸۸
	گروه	۱۴۱/۵۶۷	۱	۱۴۱/۵۶۷	۲۹/۹۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۱۷	۱
	خطا	۱۳۱/۸۶۷	۲۸	۴/۷۱۰				
بین‌آزمودنی	گروه	۱۵۲/۱۰۰	۱	۱۵۲/۱۰۰	۱۰/۹۴۰	۰/۰۰۳	۰/۲۸۱	۰/۸۹۱

با توجه به مندرجات جدول ۵، برحسب نمرات حاصل از «طرحواره درمانی» اثر اصلی عامل زمان معنادار می‌باشد. یعنی میانگین‌های برآورده شده نمرات پریشانی روانشناختی از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد ($p=0/032$). اثر اصلی عامل عضویت گروهی (طرحواره درمانی در مقابل عدم ارائه مداخله) معنادار به دست آمد. یعنی گروه‌های پژوهشی در مجموع، از نظر نمرات پریشانی روانشناختی، تفاوت معناداری را نشان می‌دهند ($p<0/05$). تعامل عامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) از نظر آماری معنادار به دست آمد. یعنی روند تغییرات نمرات کژتنظیمی هیجانی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در بین گروه‌ها تفاوت معناداری داشته است ($p=0/003$). این یافته به معنای این است که بین گروه آزمایش و کنترل تغییر معناداری در میانگین نمره پریشانی روانشناختی شرکت‌کنندگان از پس‌آزمون به پیگیری به وجود آمده است. توان آماری برابر با 1 نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه‌گیری است و میزان اثر عضویت گروهی بر تغییرات نمرات پریشانی روانشناختی 51% از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری براساس این ابزار بدست آمد. جهت بررسی میزان اثر از آزمون بونفرونی استفاده شد.

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه متغیر پریشانی روانشناختی در سه گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی، طرحواره درمانی و گواه

متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
پریشانی روانشناختی	رفتاردرمانی	۱/۰۶۷	۰/۸۸۰	۰/۰۰۱
	دیالکتیکی	-۱/۵۳۳	۰/۸۸۰	۰/۰۰۱
	طرحواره درمانی	-۲/۶۰۰	۰/۸۸۰	۰/۰۰۱

چنانچه در جدول ۶، ملاحظه می‌شود، بین تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی و طرحواره درمانی گروهی بر پریشانی روانشناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/001$)؛ بدین معنا که نه تنها بین تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی و طرحواره درمانی گروهی نسبت به گروه کنترل در متغیر پریشانی روانشناختی از مرحله پیش‌آزمون، به پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/001$)، رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در مقایسه با طرحواره درمانی گروهی از مرحله پیش‌آزمون، به پس‌آزمون و پیگیری تأثیر بیشتری در متغیر پریشانی روانشناختی دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی با طرحواره درمانی گروهی بر پریشانی روانشناختی در زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی انجام شد. نتایج نشان داد که بین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی با طرحواره درمانی گروهی بر پریشانی روانشناختی هیجانی در زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی از مرحله پیش‌آزمون، به پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد؛ چنانچه، درمان رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در مقایسه با طرحواره درمانی گروهی تأثیر بیشتری در کاهش پریشانی روانشناختی در زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی از مرحله پیش‌آزمون، به پس‌آزمون و پیگیری دارد. درخصوص مقایسه تأثیر مداخلات مورد بحث در پژوهش حاضر بر پریشانی روانشناختی نیز تحقیقات مشابهی یافت نشد؛ لذا به مقایسه نتایج مطالعاتی بسندخ می‌کنیم که نشانگر کارایی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اضطراب و افسردگی به طور عام و پریشانی روانشناختی به صورت خاص هستند. با توجه به اینکه مولفه‌های اصلی پریشانی روانشناختی اضطراب و افسردگی است؛ لذا، این یافته پژوهش حاضر در راستای مطالعاتی قرار می‌گیرد که نشان‌دهنده تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانگان اضطراب و افسردگی هستند. برای مثال، این یافته با نتایج حاصل از بررسی مامی و همکاران (۱۳۹۵)، که تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی نشان دادند، همسو می‌باشد و با نتایج مطالعه فلدمن و همکاران (۲۰۰۹)، نیز مبنی بر تأثیر آموزش شانزده هفته مهارت‌های گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی در بیماران دارای نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی مقاوم به درمان و شاملو و همکاران (۱۳۹۳) مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش تنظیم هیجان بر علائم افسردگی همسو است.

دیالکتیک به عنوان فلسفه اساسی رفتاردرمانی دیالکتیک توصیف شده است. فرایندی که باعث رشد و پیشروی درمان می‌شود و تناقضات را برطرف می‌کند. رفتاردرمانی دیالکتیک بر سه فرضیه منطقی تمرکز می‌کند و واقعیت را در سه حالت روابط متقابل و کلیت، قطبیت و تغییر مداوم توصیف می‌کند (لینهان، ۱۹۹۳). واقعیت، ایستا نیست، بلکه بر تنش ذاتی و سنتز بین نیروهای متضاد متمرکز است. هنگامی که این نیروهای متضاد به سمت سنتز حرکت می‌کنند، پیشرفت روی می‌دهد و مجموعه جدیدی از نیروهای متضاد از درون سنتز به وجود می‌آید. لذا، یکی از مهم‌ترین دیالکتیک‌های اصلی در رفتاردرمانی دیالکتیکی بین پذیرش و تغییری استوار است که در ترکیبی از راهبردهای ذهن‌آگاهی، پذیرش و اعتباریابی با راهبردهای تغییر رفتار منعکس می‌شود. بدین ترتیب که درمانگر با حرکت سریع، بین راهبردهای پذیرش که طی آن مراجع را در لحظه کنونی می‌پذیرد و راهبردهای تغییر که طی آن رفتار مراجع تغییر می‌یابد، تعادل برقرار می‌کند. توانمندی درمانگر در ترکیب پذیرش و تغییر به واسطه ترکیب جنبه‌های ذهن‌آگاهی با رفتارگرایی ممکن می‌شود (لینهان، ۱۹۹۳).

چنانچه در این پژوهش مشخص شد، تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی، مهارت‌های شناختی و رفتاری مورد نیاز برای کاهش پریشانی روانشناختی را در اختیار زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی می‌گذارد. رفتاردرمانی دیالکتیکی با تأکید بر توجه آگاهانه در زمان حال، قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار خوشایند، عدم اجتناب از احساسات و پذیرش آنها، فراگیری مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی و اصلاح باورهای غلط هیجانی باعث تغییرات شناختی شده و با به‌کارگیری روش‌های مبتنی بر اصل تغییر و همچنین با بهره‌گیری از آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی که مبنی بر اصل پذیرش هستند، می‌تواند با افکار مولد احساس پریشانی روانشناختی، به خوبی مقابله کند (لینهان، ۲۰۰۵) و در نتیجه پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی را کاهش دهد. علاوه بر این، برخی از مطالعات به شناسایی فرایندهای تغییر در رفتاردرمانی دیالکتیکی پرداخته‌اند. برای مثال، شواهد نشان داده‌اند که اجتناب تجربی به لحاظ کاربردی در فرایند تغییر رفتاردرمانی دیالکتیکی اهمیت دارد (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). از دیگر فرایندهای با اهمیت می‌توان به پردازش هیجانی (فلدمن و همکاران، ۲۰۰۹) و تغییر و تعدیل پذیرش اشاره کرد (شیرین و لینهان، ۱۹۹۲) که به نظر می‌رسد این فرایندها می‌توانند کاهش پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی را توجیه کنند. در توجیه تاثیر بیشتر رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در مقایسه با طرحواره درمانی گروهی بایستی به این نکته اشاره کرد که رفتاردرمانی دیالکتیکی دربرگیرنده اصول و تکنیک‌هایی است که مدیریت و پذیرش هیجانات را تسهیل می‌کند. در این درمان، با ترکیب تمرینات ذهن‌آگاهی و تمرینات رفتاری، بیمار در حالتی بدون قضاوت به مشاهده خلق خود و پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی آن می‌پردازد و علاوه بر سعی در پذیرش این حالت و تحمل آن، مکانیسم گذر از این وضعیت را می‌آموزد و با آموختن این تمرینات آن را به سبک خودکار ذهن خود تبدیل می‌کند (لینهان، ۲۰۰۵). انجام این تمرینات در نهایت منجر به کاهش پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی می‌شود. در رفتاردرمانی دیالکتیکی به بیماران درباره آسیب‌زا بودن پریشانی روانشناختی، آموزش داده می‌شود این نکته که چرا چنین رفتارهای مشکل‌زایی بایستی متوقف شوند، توضیحاتی ارائه می‌شود. بنابراین راهبرد اول در برخورد با چنین رفتارهایی در رفتاردرمانی دیالکتیک، تعهد به تغییر است. بیمار با شناسایی این رفتارها و با تغییر آنان پریشانی روانشناختی خود را افزایش می‌دهد. با توجه به اینکه در رفتاردرمانی

دیالکتیکی اکتساب مهارت‌ها و ایجاد انگیزش‌های رفتاری اساس تغییر است؛ لذا بهره‌گیری از اصول و راهبردهای دیالکتیکی، اعتباربخشی، حل مسئله، سبک شناختی و مدیریت بیمار با تکیه بر آموزش مهارت‌های رفتاری (مهارت‌های بین‌فردی، مهارت‌های تحمل‌پریشانی، مهارت‌های تنظیم هیجانی و مهارت‌های ذهن‌آگاهی یا هشیاری فراگیر)، اساس کار درمانگر قرار گرفته (لینهان، ۲۰۰۵) و به زنان مورد مطالعه کمک می‌کند تا آن‌ها را به موقعیت‌های زندگی خویش تعمیم داده و باعث کاهش پریشانی روانشناختی شوند.

از آنجایی که بیماری قلبی یکی از بیماری‌های شایع در جامعه امروزی و دارای زمینه روان‌شناختی است، مداخلات روان‌شناختی با توجه به نتایج این پژوهش (رفتار درمانی دیالکتیکی و طرحواره درمانی) می‌توانند میزان پریشانی روان‌شناختی بیماران قلبی را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش داده و به بهبود وضعیت جسمی و روحی این بیماران کمک شایانی بکنند و یکی از روش‌های درمانی غیردارویی کارآمد در مدیریت روان‌شناختی این بیماری هستند و ضروری است که به عنوان یک درمان موثر، در کنار درمان‌های دارویی مورد توجه قرار بگیرند. بنابراین، توانایی مراجعان در شناخت احساسات و هیجانات خود می‌تواند فارغ از ارزیابی اغراق آمیز تجارب درونی، به دیگر امور شناختی و رفتاری ارزشمند خود ادامه دهند و از میزان فشار روانی کاسته و در نتیجه این کاهش فشار روانی کیفیت زندگی شان را افزایش دهند. پیشنهاد می‌شود به منظور توانایی در تعمیم بهتر نتایج، با توجه به اثربخش بودن رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود پریشانی روان‌شناختی بیماران قلبی، این درمان به عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت کاهش علائم روان‌شناختی و ارتقای سطح زندگی بیماران قلبی هم‌زمان با دریافت درمان دارویی به کار گرفته شود. همچنین، استفاده از این روش درمانی در درمان اختلالات روان‌شناختی سایر بیماران مزمن و سایر اختلالات بالینی در دیگر گروه‌های سنی و فرهنگی و مقایسه آن با درمان دارویی چه به صورت فردی و چه گروهی پیشنهاد می‌شود. همچنین در بافت کلینیکی بیماران قلبی مولفه‌های پریشانی روان‌شناختی و راهبردهای مقابله‌ای آموزش داده شود تا بیماران بتوانند بر مشکلات و دردهای ناشی از این بیماری، چیره شوند و در اجرای پروتکل‌های درمانی و به ویژه رفتار درمانی دیالکتیکی مهارت پیدا کنند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ضمن تأکید بر تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

سپاسگزاری

از همکاری صمیمانه مدیران و همکاران مرکز مشاوره نیلین و مرکز مشاوره رایید شهر گنبد و همه شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- ادیبی زاده، نوشین، و سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به کرونر قلبی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۱۱(۱): ۱۱۵-۱۰۳.
- پرسا، مریم. (۱۴۰۰). بررسی مقایسه میزان اضطراب بیماران قلبی عروقی با افراد عادی. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۶(۱۵): ۱۲-۱.
- توکلی، فاطمه، کاظمی زهرانی، حمید، و صادقی، معصومه. (۱۳۹۷). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر حل تعارض بین فردی بیماران عروق کرونر قلبی. *مجله پژوهش پرستاری ایران*، ۱۳(۲): ۹۳-۱۰۱.
- رضایی، سیدولی، و کاکابرایی، کیوان. (۱۴۰۰). تاثیر آموزش تنظیم هیجانی بر راهبردهای ارزیابی مجدد و فرونشانی تجارب هیجانی بیماران قلبی و عروقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۸(۴): ۵۸۱-۵۹۵.
- شاملو، نادیا، مدرس غروی، مرتضی، اصغری پور، نگار. (۱۳۹۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک مبتنی بر آموزش تنظیم هیجان بر علایم افسردگی، اصول بهداشت روانی، ۱۶(۳): ۱۴۱-۱۵۴.
- عباسی، فروغ، مرادی منش، فردین، نادری، فرح، بختیارپور، سعید. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به آسم، *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۳(۲): ۲۴۴۶-۲۴۵۴.
- عزیزی، زهره، علیپور، احمد، و علی اکبری دهکردی، مهناز. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش نشانگان اضطراب مرگ در بیماران قلبی-عروقی، *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۲): ۱۲۰-۱۲۹.
- کاظمی رضایی، سیدولی، کاکابرایی، کیوان، ف و حسینی، سعیده السادات. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت نظم جویی هیجان مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی بیماران قلبی و عروقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۲(۴): ۹۸-۱۱۱.
- مامی، شهرام، ابراهیمیان، شیرین، و سلطانی، شیرین. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی: مورد پژوهی چهار بیمار. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۲۷(۵): ۳۸۴-۳۹۲.
- محمدی، حانیه، سپهری شاملو، زهره، و اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه. *مجله اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۳(۵۱): ۲۷-۳۶.
- مرادحاصلی، مستانه، شمس اسفندآباد، حسن، و کاکاوند علی‌رضا. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش وزن. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۹(۴): ۷۴-۸۹.
- ندیمی، محسن. (۱۳۹۴). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی در افزایش تحمل آشفتگی و بهبود تنظیم هیجانی سوءمصرف‌کنندگان مواد، *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۹(۳۶): ۱۴۱-۱۶۰.
- یونسی، فاطمه. (۱۳۹۹). تدوین و آزمون مدل زیستی روانی شناختی تبیین کیفیت زندگی برای کودکان مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی: مطالعه نقش عوامل عصبی تکاملی و روان شناختی و رواسازی پرسشنامه کیفیت زندگی. پایان نامه دکتری تخصصی، دانشگاه خوارزمی، تهران.

References

- Bos, M. M., de Vries, L., Rensen, P. C., van Dijk, K. W., Blauw, G. J., van Heemst, D., & Noordam, R. (2020). Apolipoprotein E genotype, lifestyle and coronary artery disease: gene-environment interaction analyses in the UK Biobank population. *medRxiv*.
- Christle, J. W., Knapp, S., Geisberger, M., Cervenka, M., Moneghetti, K., Myers, J., & Boscheri, A. (2020). Interval Endurance and Resistance Training as Part of a Community-Based Secondary Prevention Program for Patients With Diabetes Mellitus and Coronary Artery Disease. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 40(1), 17-23.
- Feldman G, Harley R, Kerrigan M, Jacobo M, Fava M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behav. Res. Ther*; 47, 316–21.
- Gillespie, C., Murphy, M., & Joyce, M. (2022). Dialectical Behavior Therapy for Individuals With Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Outcomes After One Year of Follow-Up. *Journal of Personality Disorders*, 36(4), 431-454.
- Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*; 7, 141-68.
- Kim, S. E., Yin, M. Z., Kim, H. J., Vorn, R., Yoo, H. Y., & Kim, S. J. (2020). Decreased inward rectifier and voltage-gated K⁺ currents of the right septal coronary artery smooth muscle cells in pulmonary arterial hypertensive rats. *The Korean Journal of Physiology & Pharmacology*, 24(1), 111-119.
- Korhonen LS, Karlsson L, Scheinin NM, Korja R, Tolvanen M, Mertsola J, Karlsson H. (2019). Prenatal Maternal Psychological Distress and Offspring Risk for Recurrent Respiratory Infections. *The Journal of pediatrics*; 208, 229-235.
- Li, X., Zhang, F., Zhou, H., Hu, Y., Guo, D., Fang, X., & Chen, Y. (2020). Interplay of TNF- α , soluble TNF receptors and oxidative stress in coronary chronic total occlusion of the oldest patients with coronary heart disease. *Cytokine*, 125, 154836.
- Linehan M. (2005). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. 2nd ed. New York: Guilford Publications.
- Linehan MM. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Liu, J., Yu, P., Lv, W., & Wang, X. (2020). The 24-form Tai Chi improves anxiety and depression and upregulates miR-17-92 in coronary heart disease patients after percutaneous coronary intervention. *Frontiers in Physiology*, 11, 149.
- Miller AL, Rathus JH, Linehan M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. NY, Guilford Press: 38-70.
- Mirbolouk, M., Kianoush, S., Dardari, Z., Miedema, M. D., Shaw, L. J., Rumberger, J. A.,... & McEvoy, J. W. (2020). The association of coronary artery calcium score and mortality risk among smokers: The coronary artery calcium consortium. *Atherosclerosis*, 294, 33-40.
- Osamika, B., & Ojasanya, T. (2019). Influence of socio-demographic factors, perceived happiness and psychological distress on life satisfaction among civil servants in Ibadan metropolis, Nigeria. *Nigerian Journal of Psychological Research*, 15.
- Rasul, F., Stansfeld, S. A., Hart, C. L., & Smith, G. D. (2005). Psychological distress, physical illness, and risk of coronary heart disease. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(2), 140-145.

- Shao, M., Lin, X., Jiang, D., Tian, H., Xu, Y., Wang, L., & Zhuo, C. (2020). Depression and cardiovascular disease: Shared molecular mechanisms and clinical implications. *Psychiatry Research*, 112802.
- Shearin EN, Linehan MM. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behav. Ther*, 23, 730–41.
- Takeuchi, E., Katanoda, K., Cheli, S., Goldzweig, G., & Tabuchi, T. (2022). Restrictions on healthcare utilization and psychological distress among patients with diseases potentially vulnerable to COVID-19; the JACSIS 2020 study. *Health psychology and behavioral medicine*, 10(1), 229-240.
- Uwakwe CBU, Akanbi ST. (2017). Effectiveness of dialectical behaviour therapy in reduction of test anxiety among students with learning disabilities in Oyo State, Nigeria. *IFE Psychologia: An International Journal*; 25(2): 165 – 179.
- Valentine SE, Bankoff SM, Poulin RM, Reidler EB, Pantalone DW. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: a systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of Clinical Psychology*; 71, 1-20.
- Welsh J, Korda RJ, Joshy G, Banks E. (2019). Primary absolute cardiovascular disease risk and prevention in relation to psychological distress in the Australian population: a nationally representative cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*; 7, 126-131.
- Wu, Y. H., Hsu, Y. J., & Tzeng, W. C. (2022). Correlation between Physical Activity and Psychological Distress in Patients Receiving Hemodialysis with Comorbidities: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3972.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

پرسشنامه پریشانی روانشناختی

ردیف	سوالات	هیچ وقت	بندرت	گاهی اوقات	تقریباً همیشه	همیشه
۱	در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس میکردید که بدون دلیل قانع کننده‌ای خسته هستید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۲	در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس میکردید که عصبی هستید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۳	در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس میکردید که به اندازه‌ای عصبانی هستید که هیچ چیز نمیتواند شما را آرام کند؟	۰	۱	۲	۳	۴
۴	در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس میکردید که ناامید هستید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۵	در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس میکردید که بیقرار و ناآرام هستید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۶	در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس میکردید که به اندازه‌ای بیقرارید که نمی‌توانید بنشینید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۷	در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس میکردید که افسرده هستید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۸	در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس میکردید که آنقدر افسرده‌اید که هیچ چیز نمیتواند شما را خوشحال کند؟	۰	۱	۲	۳	۴

۴	۳	۲	۱	۰	در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس میکردید که انجام هر کاری برایتان دشوار است؟	۹
۴	۳	۲	۱	۰	در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس میکردید که بی‌ارزش هستید؟	۱۰

Comparison of the Effectiveness of group Dialectical Behavior Therapy with group Schema Therapy on Psychological Distress in Women with Coronary Heart Disease

Golriz. Mohammadi Lapvandani¹, Ahmad. Karbalaee Mohammad Migooni², Saeid. Malihialzackerini³, & Maryam. Kalhornia Golkar⁴

Abstract

Aim: This study aimed to compare the effectiveness of group dialectical behavior therapy with group schema therapy on psychological distress in women with coronary heart disease. **Method:** This was a quasi-experimental study using a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included women suffering from coronary heart disease referred to Azadi Hospital in Tehran in 2018-2019, 45 people were selected as a statistical sample by available sampling method and divided into two experimental groups, and one control group (15 people for each group) were replaced. The research measurement tools included psychological distress (Kessler et al., 2002). After completing eight sessions of dialectical behavioral therapy (two sessions per week for 4 weeks) and eight sessions of group schema therapy (two sessions per week for 4 weeks) in the experimental groups, the questionnaires were repeated immediately and after three months. The sequence was completed as a post-test and follow-up in groups. The results were analyzed using descriptive statistics and inferential (repeated measures analysis of variance) in SPSS.23 software. **Results:** The results of repeated measures analysis of variance showed that both treatments were effective on psychological distress in women with coronary heart disease from pre-test to post-test and follow-up ($p=0.001$). The Bonferroni post hoc test results also showed that group dialectical behavior therapy has a more significant effect on reducing psychological distress in women with coronary heart disease than group schema therapy from pre-test to post-test and follow-up ($p=0.001$). **Conclusion:** Therefore, group dialectical behavior therapy training is recommended as an effective intervention method for reducing psychological distress in women with coronary heart disease.

Keywords: *Dialectical Behavior Therapy, Schema Therapy, Psychological Distress, Coronary Heart Disease.*

1. Ph.D student, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2. *Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email: Dr.karbalaee1335@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.