



مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرح‌واره درمانی هیجانی بر نوروگرایی و نگرش‌های ناکارآمد در زنان و مردان مبتلا به بیماری قلبی-عروقی

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران
گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

زینب خداداد هتکه پشته ^{id}
رمضان حسن زاده * ^{id}
سیده علیا عمادیان ^{id}

hasanzadeh@iausari.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۰

دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۷

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ پیاپی ۱۲ | ۲۹۶-۲۸۰

پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: این مطالعه به منظور مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرح‌واره درمانی هیجانی بر نوروگرایی، نگرش‌های ناکارآمد و سبک زندگی بیماران قلبی-عروقی انجام شده است. **روش پژوهش:** در این مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه، نمونه‌ها شامل ۴۵ نفر از بیماران قلبی-عروقی بیمارستان‌های دولتی شهرستان بابل بوده، نمونه‌ها به سه گروه ۱۵ نفر گروه درمان شناختی رفتاری، گروه طرح‌واره درمانی هیجانی و گروه گواه تقسیم شدند. پروتکل درمان شناختی رفتاری رایت، بسکو و تیز (۲۰۰۶) در ۸ جلسه ۲ ساعته و طرح‌واره درمانی هیجانی لیهی و همکاران (۲۰۱۴) طی ۱۲ جلسه هفتگی ۲ ساعته اجرا شده و شرکت کنندگان با پرسشنامه‌های نوروگرایی نئو فرم کوتاه کوستا و مک کری (۱۹۸۵) و نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (۱۹۷۸) ارزیابی و مورد مقایسه قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS.22 استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر نوروگرایی بیماران، بیش‌تر از طرح‌واره درمانی هیجانی بوده ($P < 0.01$, $F = 7.8/3.5$)، اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر نگرش‌های ناکارآمد، بیش‌تر از درمان شناختی-رفتاری بوده است ($P < 0.01$, $F = 3.4/8.9$). **نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و طرح‌واره درمانی هیجانی می‌تواند یک مداخله اثربخش در کاهش نوروگرایی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران قلبی-عروقی باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، طرح‌واره درمانی هیجانی، نوروگرایی، نگرش‌های ناکارآمد.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(خداداد هتکه پشته، حسن زاده و عمادیان،

۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

خداداد هتکه پشته، زینب، حسن زاده، رمضان، و عمادیان، سیده علیا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرح‌واره درمانی هیجانی بر نوروگرایی و نگرش‌های ناکارآمد در زنان و مردان مبتلا به بیماری قلبی-عروقی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۳ پیاپی ۱۲): ۲۹۶-۲۸۰.

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی شایع‌ترین عامل مرگ در کشورهای صنعتی است و ۱/۳ افراد بالای ۳۵ سال از بیماری‌های قلبی به ویژه درگیری عروق کرونر می‌میرند (فروزنده، دل آرام، فروزنده و درخشنده، ۱۳۹۲). بیش‌تر از ۴۰ میلیون آمریکایی به نوعی از بیماری‌های قلبی-عروقی مبتلا هستند و هر ساله تقریباً یک میلیون نفر در اثر این بیماری می‌میرند؛ ۲/۵ میلیون نفر دیگر ناتوان می‌شوند و هزینه سالانه آن از لحاظ اقتصادی بسیار زیاد و حدود ده‌ها میلیون دلار است (شلی و هاف، ۲۰۰۳). در کشور ما نیز آمار بیماری عروق کرونر سیر صعودی داشته و نکته مهم‌تر آن که در چند سال اخیر سن ابتلا به این بیماری کاهش نگران‌کننده‌ای پیدا کرده‌است؛ به طوری که تعداد قابل ملاحظه‌ای از قربانیان را افراد جوان و میان‌سال تشکیل می‌دهند که این امر علاوه بر این که برای خانواده‌ها فاجعه محسوب می‌شود، فشار سنگینی نیز بر اقتصاد جامعه وارد می‌سازد (مون، گامباردالا، پانسینی، مارتینلی، مینیکوچی و همکاران، ۲۰۲۲). از طرفی در اغلب مبتلایان به بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های روانی به شکل بیماری همراه با عارضه بیماری‌های قلبی دیده می‌شود. افسردگی، اضطراب، دلیریم و اختلالات شناختی از مشکلات شایع در این بیماران می‌باشند (اوکاشا، ۲۰۱۹). بی‌تردید وجود هر کدام از این بیماری‌ها با سکتة قلبی در یک فرد سبب وخامت بیش‌تر وضعیت جسمی و روانی او می‌شود که تبعات آن ناتوانی در همه عرصه‌های زیستی-روانی و اجتماعی است (فنگ، لی، لیو، یانگ، وانگ و همکاران، ۲۰۱۹). اثرات منفی اختلالات روانی روی تعادل اتوماتیک قلب، واکنش‌های التهابی، عملکرد پلاکت‌ها و مکانیسم‌های رفتاری منجر به افزایش مشکلات قلبی و میزان مرگ‌ومیر این بیماران می‌شود (اوکاشا، ۲۰۱۹). لذا توجه به مسائل روانی بیماران قلبی-عروقی از موارد مهمی است که باید بدان توجه ویژه داشت.

در حالی که میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های کرونر قلبی برحسب سن در کشورهای توسعه یافته در حال کاهش است، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد این بیماری در ایران رو به افزایش می‌باشد، به طوری که میزان آن بین ۲۰ تا ۴۵ درصد افزایش یافته است. به نظر می‌رسد تغییرات ایجاد شده در سبک زندگی مانند مصرف زیاد غذاهای فراوری شده و غنی شده از چربی‌های اشباع شده، سطح پائین فعالیت فیزیکی همراه با افزایش شیوع چاقی و دیابت نوع دو منجر به افزایش پیش‌رونده در شیوع عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های کرونر قلبی در کشورهای توسعه یافته شده است (حدائق، ۲۰۰۹). سبک زندگی سالم از منابع بارز کاهش بروز و شدت بیماری‌ها و عوارض ناشی از آنهاست و روشی جهت ارتقاء سامتی و کیفیت زندگی و سازگاری با استرس (کیم، استیوارت، لی، لی، کیم و همکاران، ۲۰۱۸) و همچنین استراتژی موثری جهت کنترل هزینه مراقبت‌های بهداشتی است (ماموروف، مامانزاروف، عبدالله‌اف، داورونوف، داورونوف و همکاران، ۲۰۱۸). مداخلات روان‌شناختی به‌خصوص درمان شناختی-رفتاری از جمله درمان‌هایی است که می‌تواند سبک زندگی بیماران را بهبود بخشد. مدل‌های شناختی-رفتاری در اصلاح باورها و رفتارهای مرتبط با سلامت و نیز رفع عوامل خطر بسیار مفیدند. طبق مفروضه‌های بنیادی، مدل‌های شناختی-رفتاری، تفکر و ادراک بیماران، هیجان‌ها و رفتارهای آن‌ها را شکل می‌دهد (کلارک و هامپسون، ۲۰۰۳). درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش احساس کنترل درد، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت و کاهش افسردگی و حالات هیجانی منفی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن می‌گردد (برنز و همکاران، ۲۰۲۰). رویکرد شناختی-رفتاری بر مدل روانی-آموزشی منظم استوار است و بر نقش تکلیف، واگذار کردن

مسئولیت به درمان‌جو برای پذیرش نقش فعال در جلسات درمان و بیرون از آن و استفاده از انواع راهبردهای شناختی و رفتاری برای به‌وجود آوردن تغییر تاکید دارند. این روش درمانی بیش‌تر بر این فرض استوار است که بازسازی اظهارات شخص فرد به بازسازی در رفتار و خلق او منجر می‌شود. در این رویکرد درمانی تاکید بر به عمل در آوردن بینش‌هایی است که به تازگی کسب شده‌اند و تکالیفی که به درمان‌جویان داده می‌شود آن‌ها را قادر می‌سازد که رفتارهای تازه و جدیدی را تمرین کنند و در فرآیند شرطی شدن مجدد به آن‌ها کمک می‌کنند (کری، ۲۰۰۸).

همچنین در الگوی طرح‌واره هیجانی، افراد از نظر تفسیر و ارزیابی‌هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلف مثل اجتناب تجربی (مانند سرکوبی، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی‌ثمر (تکیه بیش از حد بر اندیشناکی و نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی یا غیرانطباقی) و یا راهبردهای دیگر بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند. در واقع این مدل بر موارد زیر تاکید می‌کند: افراد چگونه تجربه هیجانی خود را مفهوم‌بندی می‌کنند، چه انتظاراتی دارند، چگونه درباره هیجان‌های خود قضاوت می‌کنند و چه راهبردهای رفتاری و بین‌فردی را در پاسخ به تجربه هیجانی خود به کار می‌گیرند (لیهی و همکاران، ۲۰۱۱). طرح‌واره درمانی هیجانی معتقد است که هیجان‌ها یک موضوعی شناختی تشکیل می‌دهد که ارزیابی و کنترل می‌شوند و یا توسط افراد مورد استفاده قرار می‌گیرند (لیهی، ۲۰۰۲). الگوی طرح‌واره هیجانی بیان می‌کند که استدلال هیجانی^۱ و اکتشاف هیجانی^۲ بخشی از تفکر افسرده‌زا و اضطراب‌زا می‌باشد (لیهی، ۲۰۱۲)، درحالی‌که یک مولفه اساسی در تفکر افراد غیربالینی نیز می‌باشد (لیهی، ۲۰۱۹). مشکلی که باعث شده؛ محقق به این تحقیق بپردازد این است که در بسیاری از بیماران مزمن مانند بیماران قلبی-عروقی، سلامت روانی آنان از نظر دور مانده و در روند درمانی آنان، پزشکان فقط به جنبه‌های جسمانی توجه کرده و با بکارگیری تکنیک‌های متداول و رایج در پزشکی، در پی کنترل بیماری و سپس ارتقاء شرایط جسمانی بیمار هستند. حتی اعضاء خانواده فرد بیمار هم، در عمده موارد، مشکل فرد را مشکلات جسمانی او دانسته و فکر می‌کنند، با پیگیری روند درمان جسمی بیمار، فرد به زندگی عادی بر می‌گردد، حال آن‌که بدلیل شرایط بیماران قلبی-عروقی که باعث می‌شود، آنان مجاز به انجام فعالیت‌های محدودی باشند، این بیماران از لحاظ روحی با مشکلات عدیده‌ای در دراز مدت مواجه می‌شوند که بشدت سلامت جسمانی آنان را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. اگر به جنبه‌های روانی بیماران قلبی-عروقی توجه نشود، روند درمان جسمی آنان هم دچار اختلال خواهد شد که چنین امری، ادامه زندگی فرد و زندگی روزمره اعضاء خانواده را هم تحت تاثیر قرار می‌دهد. بدین دلیل؛ شاید لازم باشد که امروز شاهد پیوند هرچه بیش‌تر علم پزشکی و روانشناسی باشیم و این مسئله برای بیماران، همراهان و اعضاء خانواده، مبرهن گردد که در کنار پیگیری روند درمانی برای بهبود سلامت جسمانی، توجه به سلامت روانی و استفاده از تکنیک‌های علمی، می‌تواند بسیار موثر واقع شود. با توجه به اهمیت موضوع «نوروزگرائی»، و «نگرش‌های ناکارآمد» در بین بیماران (در این‌جا بیماران قلبی-عروقی)، تحقیق حاضر در پی شناسایی روش‌های مداخله‌ای تاثیرگذار بر سه متغیر ذکر شده در میان بیماران قلبی-عروقی بوده، به مقایسه اثربخشی

1. Emotional reasoning

2. Emotional Heuristic

درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی هیجانی بر نوروگرایی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران قلبی-عروقی خواهد پرداخت. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

۱- آیا اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی هیجانی بر نوروگرایی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران قلبی-عروقی در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟

۲- آیا درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی هیجانی بر نوروگرایی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران قلبی-عروقی در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بوده است. جامعه آماری در تحقیق حاضر؛ شامل بیماران قلبی-عروقی که سابقه جراحی قلب و عروق و بستری با تشخیص متخصص قلب در بهار ۱۳۹۹ از بیمارستان‌های دولتی شهرستان بابل ترخیص شده‌اند. از بین اعضای جامعه آماری، تعداد ۴۵ نفر، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و این افراد به صورت تصادفی به سه گروه آزمون ۱، آزمون ۲ و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شده‌اند. با توجه به این که ۴۵ نفر انتخاب شده؛ به طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند، لذا سعی گشته؛ از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی نظیر جنسیت، وضعیت تاهل، سن، مدت زمان بیماری و... معادل یکدیگر در نظر گرفته شوند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: دارا بودن سن بین ۲۰-۵۰ سال، نداشتن بیماری‌های مزمن دیگر از جمله دیابت، هپاتیت، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، امضای رضایت نامه اخلاقی برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارت‌اند از: غیبت بیش از دو جلسه، سابقه شرکت در جلسات روان‌درمانی در ۲ ماه اخیر، داشتن سابقه بیماری‌های روحی و روانی با تأیید پزشک معالج، انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله‌ای از تحقیق.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه شخصیتی پنج عاملی نئو- فرم کوتاه (NEO-FFI) - نوروگرایی. پرسشنامه شخصیتی پنج عاملی نئو- فرم کوتاه (NEO-FFI) توسط کوستا و مک کری (۱۹۸۵) ساخته شده و دارای ۶۰ سوال است. این پرسشنامه دارای پنج مقیاس روان‌نژندی، برونگرایی، انعطاف‌پذیری، دلپذیربودن و مسئولیت‌پذیری بوده و هر کدام از بعدها شامل ۱۲ سوال می‌باشد. البته با توجه به این که در تحقیق حاضر، تنها بعد روان‌نژندی (نوروگرایی) مورد نظر بوده، از ۱۲ سوال مربوط به این مقیاس برای تعیین اثربخشی پروتکل‌های اجرایی بر روی دوگروه استفاده گشته است و دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۶۰ متغیر می‌باشد. پرسشنامه شخصیتی توسط مک کری و کوستا روی ۲۰۸ نفر از دانشجویان آمریکایی به فاصله سه ماه اجرا گردید که ضرایب اعتبار آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۷۵ بدست آمد. در هنجاریابی آزمون نئو که توسط گروسی فرشی و همکاران (۲۰۰۱) روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از بین دانشجویان دانشگاه‌های تبریز، شیراز و دانشگاه‌های علوم پزشکی این دو شهر صورت گرفت، ضریب همبستگی ۵ بعد اصلی را بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش کرده است. جهت بررسی اعتبار محتوایی این آزمون از همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی (S) و فرم ارزیابی مشاهده گر (R)، استفاده شد که حداکثر همبستگی به میزان ۰/۶۶ در عامل برون‌گرایی و

حداقل آن به میزان ۰/۴۵ در عامل سازگاری بود (فرزین و برزگر، ۱۳۹۷). در صورتیکه نمرات بین ۱۲ تا ۲۴ هیجان‌ناپایدار می‌باشد. در صورتیکه نمرات بین ۲۴ تا ۴۸ پایداری هیجانی در سطح متوسط می‌باشد. در صورتیکه نمرات بین ۴۸ تا ۶۰ هیجان‌ناپایدار و نوروتیک می‌باشد.

۲. پرسشنامه استاندارد نگرش‌های ناکارآمد (DAS-26) وایزمن و بک (۱۹۷۸). آسیب‌شناختی، بر مبنای مدل شناختی وایزمن و بک (۱۹۷۸) برای سنجش ساختارهای وابسته به شناخت بسیار تأکید دارد (بک و همکاران ۱۹۸۳) و جهت تعیین نگرش‌ها و نگرش‌های زمینه‌ساز افسردگی است که بر مبنای نظریه شناختی بک ساخته شده. این مقیاس دارای ۴۰ سؤال و چهار زیرمقیاس به شرح: ۱. کمال‌طلبی، ۲. نیاز به تأیید، ۳. نیاز به راضی کردن دیگران و ۴. آسیب‌پذیری می‌باشد. براساس پژوهش‌های گوناگون، میانگین نمرات بدست آمده، افراد سالم بین ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده و نمره بالاتر نشان دهنده آسیب‌پذیری بیش‌تر است. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱ تا ۲۰ باشد، میزان متغیر در این جامعه مناسب می‌باشد. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۲۱ تا ۸۰ باشد، میزان متغیر در سطح متوسطی می‌باشد. در صورتی که نمرات بالای ۸۰ باشد، میزان متغیر بسیار بد می‌باشد. بک و همکاران (۱۹۹۱) اعتبار و پایایی آن را به وسیله نمونه‌ای شامل ۲۰۲۳ نفر از بیماران سرپایی که برای درمان شناختی مراجعه کرده بودند، برآورد کرده و ضرایب رضایت بخشی نیز به دست آوردند. این مقیاس در مدت بیش از شش هفته دارای ضریب پایایی بالا (۰/۹۰) بود، و با ثبات درونی خوب و ضریب آلفای ۰/۷۵ است، در پژوهش کاپیانی و همکاران (۱۳۸۴) ترجمه و اعتباریابی مقدماتی آن در دستور کار قرار گرفت. عبارات مقیاس را پنج روان‌شناس ارزیابی کردند و بازخوردها در شکل نهایی مقیاس اعمال شدند. در نمونه اولیه شرکت‌کنندگان در (۵۶ نفر)، همبستگی بین نمرات DAS و نمرات افسردگی معادل ۰/۵۶ در سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۰۱ به دست آمد. این ضریب همبستگی می‌تواند معیاری برای روایی همگرا در نظر گرفته شود. و جهت محاسبه پایایی آزمون-بازآزمون، همبستگی بین طبقه‌ای ضریب معادل ۰/۷۶ را نشان داد (ادیب، ۱۳۹۳). روایی این پرسشنامه استاندارد در ایران در تحقیق مختلفی از جمله، آذرگون و کج‌باف (۱۳۸۹)، لطفی کاشانی (۱۳۸۷)، محمدخانی و همکاران (۱۳۹۰) مورد تأیید قرار گرفته است. بک، بروان، استیر و ویسم (۱۹۹۱) پایایی پرسشنامه را ۰/۹۳ گزارش کردند، در ایران پایایی پرسشنامه ۰/۸۶ در مطالعه ادیب (۱۳۹۳) بشرح ۱. کمال‌طلبی (۰/۸۹)، ۲. نیاز به تأیید (۰/۸۵)، ۳. نیاز به راضی کردن دیگران (۰/۸۶)، ۴. آسیب‌پذیری (۰/۸۱) و کل پرسشنامه (۰/۸۶) گزارش گردید.

۳. درمان شناختی-رفتاری. این پروتکل و محور هر یک از جلسات آن، منطبق بر اهداف تحقیق و از برنامه درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خانواده واس و همکاران، درمان شناختی-رفتاری کوپر و همکاران و فرایند درمانی رایت، بسکو و تیز (۲۰۰۶) الهام گرفته طی ۸ جلسه هفتگی ۲ ساعته اجرا شده است. جلسه اول. آشنایی و معارفه، معرفی درمان شناختی رفتاری و منطق درمان، نقش عوامل شناختی در بروز و تشدید علائم بیماری قلبی عروقی ف تعیین اهداف و انتظارات درمان، بررسی جلسه‌ای تکلیف‌خانگی، مرور مطالب جلسه‌های گذشته در ابتدای هر جلسه اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم. آموزش الگوهای شناختی (تحریف‌های شناختی، چالش‌های افکار و نگرش‌های ناکارآمد)، آشنایی با هیجانات و افکار خودآیند منفی و رفتار و تمایز آن‌ها و ارتباط آن‌ها با بدن. رایه تکلیف خانگی در ارتباط با موضوع جلسه.

جلسه سوم. آشنایی با افکار و رفتارهای دفاعی و نقد و بررسی آنها، بازسازی شناختی-رفتاری و توضیح تفکر منطقی، استفاده از فنون تجسمی برای مقابله با خودگویی‌های مخرب، رایه تکلیف خانگی.

جلسه چهارم. بازخوانی شناختی (چالش‌های کلامی و رفتاری با استفاده از فنون مانند پرسش‌گری سقراطی، فلش رو به پایین، تکنیک تاج و ...) رایه تکلیف خانگی مرتبط با موضوع جلسه.

جلسه پنجم. شناسایی نشانه‌ها و زنجیره‌های مخرب افکار، احساس، رفتار و ایجاد رفتار تازه و مثبت و زنجیره‌سازی آن، تعریف جرات‌ورزی و هدف و مزایای استفاده و نداشتن پیامد منفی آن. آموزش آرام‌سازی عضلانی و تنفس شکمی برای تنش‌زدایی جسمی. رایه تکلیف خانگی مرتبط با جلسه.

جلسه ششم. توضیح پیرامون نقش حمایتی خانواده و کمک‌طلبی، اهمیت تغذیه و بهداشت خواب و فعالیت بدنی و تمرکز حواس به صورت پکیج روزانه شخصی، رایه تکلیف مرتبط با موضوع جلسه.

جلسه هفتم. آموزش خودکنترلی و تاب‌آوری و بالا بردن خلق، شناسایی دام‌های نگرش ناکارآمد و رفتارهای آسیب‌رسان، شکستن زنجیره‌های منفی و تخریب‌گر، آموزش فنون مقابله‌ای (مساله‌مدار و هیجان‌مدار) رایه کاربرد فعالیت‌های خوشایند روزانه، رایه تکلیف خانگی مرتبط با موضوع.

جلسه هشتم. خلاصه و جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، مرور اهداف، معرفی کتب مرتبط برای تداوم اثرات درمانی، ترغیب بیمار به ادامه سبک زندگی سالم و پیروی از آن، اجرای مجدد آزمون و خاتمه درمان. **۴. طرح‌واره درمانی هیجانی.** برای گروه مداخله روش طرح‌واره‌درمانی هیجانی طی ۱۲ جلسه هفتگی ۲ ساعته برگزار شد. مراحل اجرای روش طرح‌واره درمانی هیجانی براساس روش درمانی که در کتب مرجع آمده است، اعمال شد (لیهی و همکاران، ۲۰۱۴) و بدین ترتیب ارائه گردید:

جلسه اول. آشنایی و معارفه اعضا، معرفی طرح‌واره درمانی هیجانی و منطق درمانی، توضیح نقش عوامل روانشناختی در بروز و تشدید علائم بیماری قلبی و عروقی، تعیین اهداف و انتظارات درمان، بررسی جلسه‌ای تکلیف خانگی، مرور مطالب جلسه‌های گذشته در ابتدای هر جلسه اجرای پیش‌آزمون.

جلسه دوم. کارکردهای هیجان و سیر تکاملی هیجان، (تمایز با افکار و رفتار)، آموزش الگوی طرح‌واره درمانی هیجانی (اعتبار بخشیدن به هیجان‌ها)، توضیح ارتباط بین عوامل روانشناختی و علائم جسمانی، رایه تکلیف خانگی مرتبط با موضوع جلسه.

جلسه سوم. آموزش الگوی طرح‌واره درمانی هیجانی (اعتبار بخشیدن به هیجان) شناسایی راهبردهای دردسرساز و طرح‌واره‌های هیجانی بیماران، آموزش حل مساله به دو شیوه (مساله‌مدار و هیجان‌مدار)، آموزش تکنیک آرام‌سازی عضلانی به منظور کاهش علائم فیزیکی هیجان‌های مخرب، رایه تکلیف خانگی مرتبط با موضوع جلسه.

جلسه چهارم. آموزش الگوی طرح‌واره درمانی هیجانی (عادی‌سازی هیجان)، آموزش تنفس شکمی، رایه سبک تغذیه‌ای سالم برای مدیریت علائم جسمانی، رایه تکلیف خانگی مرتبط با موضوع جلسه.

جلسه پنجم. توصیف صحیح از پذیرش اثرات هیجان، آموزش مدیریت استرس و خشم و راهبردهای رفتاری برای کاهش آن، آزمایش رفتاری در مورد این‌که هیجان‌های احتمالی که سایر افراد ممکن است در چنین شرایطی داشته باشند، ارایه تکلیف خانگی مرتبط با موضوع جلسه.

جلسه ششم. آموزش الگوی طرح‌واره درمانی هیجانی (گذرا بودن هیجان)، استفاده از تکنیک مهمان، استفاده از تکنیک سوار شدن بر موج هیجان به منظور درک بهتر گذرا بودن و موقتی بودن هیجان، بررسی مزایا و معایب گذرا بودن هیجان، ارایه تکلیف خانگی مرتبط با موضوع جلسه.

جلسه هفتم. چالش بیمار برای رها ساختن راهبردهای دردرساز در رابطه با طرح‌واره‌های هیجانی، آموزش الگوی طرح‌واره درمانی هیجانی (باور به داشتن احساس مختلط)، استفاده از تکنیک استعاره انسان کامل، آموزش ذهن آگاهی، ارایه تکلیف خانگی مرتبط با موضوع جلسه.

جلسه هشتم. آموزش مدیریت زمان برای داشتن برنامه منظم روزانه و کاهش استرس، آموزش راهبردهای مفید ذهن آگاهی برای کنترل نشخوار فکری، خشم منفعل و عاطفه منفی خودآیند، ارایه تکلیف خانگی مرتبط با موضوع جلسه.

جلسه نهم. تمرین و تمرکز بر تفسیرها و باورهای منفی و اغراق آمیز از هیجان، آموزش تکنیک وکیل مدافع برای بررسی شواهد تایید یا رد مربوط به هیجان و جلوگیری از اجتناب، استفاده از منطقی برای تصمیم‌گیری در کنار هیجان (خرد گرایی)، استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی بدور از موضع قضاوت، ارایه تکلیف خانگی مرتبط با موضوع جلسه.

جلسه دهم. بررسی سبک‌های دردرساز اعتبار‌زدایی و اعتبار بخشیدن به هیجان خود و دریافت اعتبار از دیگران، انجام تکنیک ذهن آگاهی دلسوزانه و قدردانی از بدن خود. ارایه تکلیف خانگی مرتبط با موضوع جلسه.

جلسه یازدهم. چالش با باورهای مخرب هیجانی (احساس شرم و گناه)، بررسی ارزش‌های برتر شخصی و پیوند آن با هیجان با استفاده از تکنیک بالارفتن از نردبان ارزش‌ها، استفاده از تکنیک وکیل مدافع برای به چالش کشیدن احساس گناه در مورد هیجان، آموزش تکنیک فضاسازی برای هیجان و پیوند آن با ارزش‌های والاتر، ثبت لیست ارزش‌های شخصی بیماران و بررسی کارآمدی آن، ارایه تکلیف خانگی مرتبط با موضوع جلسه.

جلسه دوازدهم. جمع‌بندی مطالب گذشته، بحث و گفتگو در مورد موانع احتمالی در آینده و رفع آن‌ها برای تداوم نتایج مثبت درمانی، مرور اهداف درمانی و مزایا استفاده از آن، بررسی پسخوراند بیماران از درمان، اجرای مجدد آزمون و خاتمه درمان.

روش اجرا. با توجه به متغیرهای پژوهش، داده‌های مورد نیاز به وسیله پرسشنامه جمع‌آوری شده است. پس از آنکه نمونه‌ها به طور تصادفی به سه گروه آزمون یک (گروه رفتار درمانی شناختی)، گروه آزمون دو (طرح‌واره درمانی هیجانی) و گروه گواه تقسیم شدند، مورد پیش آزمون قرار گرفته. سپس مداخله آزمایشی (رفتار درمانی-شناختی و طرح‌واره درمانی هیجانی) بر روی دو گروه آزمایشی انجام گرفته است. پس از اتمام مداخله آزمایشی، هر سه گروه آزمایشی و گواه مورد پس آزمون به وسیله همان ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها

در زمان مشخص، قرار گرفته است. در مرحله پیگیری هم، یک ماه بعد از اتمام مداخله آموزشی، مجدداً، اعضاء سه گروه مورد آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها

در گروه گواه، تعداد ۶ نفر مرد (۴۰ درصد) و ۹ نفر زن (۶۰ درصد)، در گروه رفتار درمانی شناختی، تعداد ۸ نفر مرد (۵۳ درصد) و ۷ نفر زن (۴۷ درصد) و در گروه طرح‌واره درمانی هیجانی ۷ نفر مرد (۴۷ درصد) و ۸ نفر زن (۵۳ درصد) بوده‌اند. بر اساس آزمون کای دو، تفاوت معنی‌داری بین جنسیت در گروه‌های رفتار درمانی شناختی، طرح‌واره درمانی هیجانی و گواه، وجود نداشته و از نظر جنسیت، آزمودنی‌های سه گروه همگن هستند.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها

متغیر	مرحله	گروه رفتاری	شناختی- طرح‌واره هیجانی		گروه گواه
			میانگین	انحراف معیار	
روان‌نژندی	پیش‌آزمون	۳۴/۲۰	۵/۷۰	۳۷/۷۳	۶/۹۴
	پس‌آزمون	۲۰/۸۰	۵/۴۰	۳۲/۵۳	۶/۷۵
	پیگیری	۲۱/۳	۵/۴۹	۳۱/۱۹	۶/۵۱
نگرش‌های	پیش‌آزمون	۱۵۶/۷۳	۳۵/۱۶	۱۶۲/۲۷	۲۲/۵۷
ناکارآمد	پس‌آزمون	۱۳۹/۱۳	۲۵/۵۶	۱۲۳/۵۳	۳۲/۴۴
	پیگیری	۱۴۲/۸۴	۲۶/۱۸	۱۲۶/۸۴	۳۳/۶۹

طبق نتایج جدول ۱، میانگین ابعاد تمام متغیرها که بار معنایی منفی دارند، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش با کاهش میانگین همراه بوده است، در صورتی که در گروه گواه این تغییر مشاهده نشد.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	معناداری	درجه آزادی	معناداری	درجه آزادی	معناداری
روان‌نژندی	آزمایش	۱۵	۰/۱۲۹	۲۸	۰/۸۴۲	۲/۶۷	۰/۹۳
گواه	گواه	۱۵	۰/۷۴۵	۲۸	۰/۳۶۷	۲/۶۷	۰/۳۰
نگرش‌های	آزمایش	۱۵	۰/۹۱۲	۲۸	۰/۱۵۷	۳/۱۸	۰/۸۰
ناکارآمد	گواه	۱۵	۰/۷۳۱	۲۸	۰/۶۹۵	۳/۱۸	۰/۳۳

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای روان‌نژندی و نگرش‌های ناکارآمد نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که

حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای روان‌نژندی و نگرش‌های ناکارآمد تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری روان‌نژندی و نگرش‌های ناکارآمد در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
روان‌نژندی	زمان*گروه	۸۶۱/۸۰۰	۲	۴۳۰/۹۰۰	۸۸/۵۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰
	گروه	۵۵۲/۱۵۰	۱	۵۲۲/۱۵۰	۷۸/۳۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷
نگرش‌های ناکارآمد	زمان*گروه	۷۱۷/۸۰۰	۲	۳۵۸/۹۰۰	۴۱/۲۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵
	گروه	۴۴۰/۳۵۶	۱	۴۴۰/۳۵۶	۳۴/۸۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به‌دست‌آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد روان‌نژندی ($p < 0/01$) و نگرش‌های ناکارآمد ($p < 0/01$) معنادار است. این یافته بیانگر این است که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر خوردن موجب کاهش روان‌نژندی و نگرش‌های ناکارآمد شد. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در کاهش روان‌نژندی و نگرش‌های ناکارآمد بود.

جدول ۴. آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای پژوهش در پایان آموزش

متغیر وابسته	گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
شناختی رفتاری	طرح‌واره درمانی	گواه	-۱۲/۸۴	۰/۰۰۱
روان‌نژندی	شناختی رفتاری	گواه	-۱۶/۳۸	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی	گواه	-۴/۰۰	۰/۰۰۱
نگرش‌های ناکارآمد	شناختی رفتاری	طرح‌واره درمانی	۱۶/۱۳	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری	گواه	۲۰/۴۴	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی	گواه	۳۶/۱۶	۰/۰۰۱

برای مشخص شدن این که بین کدام دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. بر اساس نتایج مقایسه‌های دوتایی حاصل از آزمون تعقیبی (جدول ۴)، میانگین نمرات روان‌نژندی در گروه شناختی-رفتاری در مقایسه با طرح‌واره درمانی هیجانی و گروه گواه در پایان آموزش کم‌تر می‌باشد ($P < 0/01$). همچنین تفاوت معناداری میان دو گروه شناختی-رفتاری و طرح‌واره درمانی هیجانی در متغیر نگرش‌های ناکارآمد مشاهده شد ($P < 0/01$). به این معنا که طرح‌واره درمانی هیجانی تاثیر بیش‌تری نسبت به درمان شناختی رفتاری بر روی نگرش‌های ناکارآمد داشته است ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

به منظور مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرح‌واره درمانی هیجانی بر نوروزگرایی، نگرش‌های ناکارآمد و سبک زندگی بیماران قلبی-عروقی انجام شده است. برنامه‌های درمان شناختی رفتاری بر نوعی رفتار درمانی مبتنی هستند که در بطن موقعیت‌های روان درمانی سنتی به وجود آمده‌اند و نشان دهنده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت، به عنوان عامل موثر بر هیجان‌ها و رفتارهاست. هدف این شیوه آموزشی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (واسا و روی، ۲۰۱۴). این روش به افراد کمک می‌کند تا بر بازداری‌ها غالب شوند و مهارت‌های مقابله‌ای خود را افزایش دهند. این روش در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، ایجاد عزت نفس، حل مسأله، خود نظم‌دهی، خودکفایتی و سلامت روان موثر است (هاشمی و همکاران، ۲۰۱۶). دلایل متعددی وجود دارد که آموزش‌های شناختی-رفتاری را به یک درمان مناسب برای مشکلات مربوط به بیماری‌های پزشکی طولانی‌مدت تبدیل می‌کند؛ نخست، مشکلات مزمن پزشکی با گروهی از مشکلات روانی همراه هستند که تأثیر آموزش‌های شناختی-رفتاری برای این مشکلات ثابت شده است؛ آموزش‌های شناختی، رفتاری درمان انتخابی برای بعضی از بیماری‌هاست یا نقش ثابت شده‌ای در درمان آن‌ها دارد. حتی زمانی که تداوم درمان و هزینه‌های مربوطه را در نظر می‌گیریم، آموزش‌های شناختی-رفتاری کم هزینه‌تر از دارودرمانی می‌باشد (یوسفی و خیام‌نکوئی، ۱۳۸۹).

درمان شناختی رفتاری نوعی روان‌درمانی است که به بیماران کمک می‌کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تأثیر می‌گذارد، نائل گردند. درمان شناختی رفتاری در حال حاضر برای درمان تعداد زیادی از اختلالات، از جمله هراس‌ها (فوبیا)، افسردگی و اضطراب به کار گرفته می‌شود (حصار و همکاران، ۲۰۱۵). به عبارتی، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که درمان‌های شناختی-رفتاری برای درمان اختلال اضطراب فراگیر، تأثیر مطلوبی روی کاهش اضطراب و افکار نگران‌کننده می‌گذارد و آثار سودمند آن پس از یک دوره پیگیری ۶-۱۲ ماهه ادامه می‌یابد (علیرضائی‌مطلق و اسدی، ۱۳۸۸). در یک تحقیق درمان شناختی رفتاری روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و انسداد ریوی مزمن اجرا شد، نتایج نشان داد که این درمان به طور معنی‌داری منجر به کاهش اضطراب و وحشت‌زدگی در بیماران می‌گردد (کالی و همکاران، ۲۰۰۹). نجفی (۱۳۹۳) در پژوهشی اثربخش بودن درمان شناختی-رفتاری را در کاهش استرس بیماران قلبی عروقی نشان داد. پژوهش بیاضی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش علائم اضطراب و نگرانی در بیماران قلبی عروقی می‌شود.

طرح‌واره درمانی بر ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها، تمرکز بیشتری دارد و علاوه بر تکنیک‌های شناختی رفتاری در تغییر باورهای بیماران از سایر تکنیک‌ها نظیر تکنیک‌های تجربی و الگوشکنی رفتاری نیز استفاده می‌کند، و رابطه بین هیجان و شناخت را مورد بررسی قرار می‌دهد، در نتیجه موثرتر نیز عمل می‌کند (محمودیان‌دستنایی و همکاران، ۱۳۹۵). طرح‌واره درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های شناختی و تجربی، عاطفی و هیجانی و رفتاری می‌گردد. این رویکرد با به چالش کشیدن طرح‌واره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم‌تر مؤثر بوده است. طرح‌واره درمانی

با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به نظر می‌رسد بتواند به طور کلی باعث بهبود سلامت روانشناختی و در نتیجه سلامت روانی در افراد شود (سنگانی و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۷). در واقع، رویکرد طرح‌واره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرح‌واره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی است، از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود، که می‌تواند سبب کسب آرامش و کاهش اضطراب، نشخوار منفی اندک، در نتیجه تجربیات انگیزشی جسمانی کم‌تر می‌گردد، که می‌تواند تعیین‌کننده‌ی مفیدی برای سلامت باشد (پناهی‌فر و همکاران، ۲۰۱۴). به طور مثال، فردی که دارای نگرش‌های ناکارآمد است با انتخاب سبک پاسخ‌دهی ناکارآمد از تجربه نمودن هیجان‌های شدید و استیصال‌کننده دوری می‌کند (بیگی و همکاران، ۲۰۱۳).

این پژوهش نیز به مانند سایر پژوهش‌ها و مطالعات، با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: دسترسی به ۴۵ نفر (۳ گروه ۱۵ نفره) از بیماران قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دولتی شهرستان بابل که شرایط نزدیک بهم داشته و حاضر باشند تا پایان روند کار در پژوهش حضور داشته باشند، سخت بوده است. اجرای پروتکل درمان در زمان شیوع کرونا با توجه به این‌که بیماران قلبی-عروقی جزو بیماران پر خطر محسوب می‌شوند و هماهنگی این گروه بیماران برای مداخله درمانی و رعایت پروتکل بهداشتی کار بسیار سختی بوده است. هماهنگی موقعیت مکانی آموزش برای اجرای پروتکل درمانی و حضور گروه‌های آزمون در بیمارستان در زمان شیوع کرونا بسیار مشکل‌آفرین شده بود. فوت تعداد ۳ نفر از بیماران در جلسه پنجم درمان به دلیل ابتلا به بیماری کرونا و غربالگری نمونه جدید و هماهنگ کردن آن‌ها با ما بقی گروه جزو مشکلات بسیار سخت این تحقیق بوده است. یکی از محدودیت‌های بسیار مشکل‌آفرین شغل محقق بوده که جزو کادر درمان دانشگاه علوم پزشکی بابل بوده و موظف به شیفت دادن در زمان شیوع کرونا در معاونت بهداشتی و بیمارستان سرپایی بابل بوده است.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

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

منابع

- بیاضی، محمدحسین. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری گروهی کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب و تنش بیماران کرونری قلب مزمن: یک آزمایش کنترل شده تصادفی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۵۴): ۱۱۰-۲۱.
- حصار، سیداسلام، نیکدل، فریبرز، و خرامین، شیرعلی. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری بر استرس، اضطراب، افسردگی و تعلل دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان بهمئی. *ارمغان دانش*، ۱۹(۱۲): ۱۱۰۵-۱۱۱۷.
- سنگانی، علی، و دشت‌بزرگی، زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر سلامت روانی، نشخوار ذهنی و احساس تنهایی زنان مطلقه. *مجله دستاوردهای روانشناختی*، ۴(۲۵): ۲۰۱-۲۱۶.
- علیرضائی مطلق، محمد، و اسدی، زهرا. (۱۳۸۸). تأثیر رفتار درمانی شناختی در کاهش اضطراب دختران نوجوان با اختلال اضطراب فراگیر. *پژوهش در حیطه کودکان استثنائی*، ۹(۱): ۲۵-۳۴.
- فروزنده، نسرين، دل‌آرام، مرضیه، فروزنده، معصومه، و درخشنده، سمیه. (۱۳۹۲). بررسی وضعیت سلامت روان بیماران قلبی-روقی و تعیین برخی عوامل موثر بر آن در بیماران بستری در بخش‌های CCU و قلب بیمارستان هاجر شهرکرد. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۲(۲): ۱۸-۲۵.
- کوری، جالد. (۱۳۸۷). *نظریه و کاربرست مشاوره و روان‌درمانی*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۸).
- محمد بیگی، علی، بختیاری، مریم، محمد خانی، شهرام، و صادقی، زهره (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین طرح‌واره‌های ناکارآمد با اهمال‌کاری و سلامت روان دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۲(۹۷): ۲۶-۳۴.
- محمودیان دستنائی، طاهره، نشاط‌دوست، حمیدطاهر، امیری، شعله، و منشئی، غلامرضا. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران بی‌اشتهایی عصبی با توجه به پیوند والدین. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۳(۷): ۱۶۴-۱۴۷.
- نجفی ندا. (۱۳۹۳). تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و میزان استرس در نوجوانان مبتلا به بیماری کرونری قلبی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۱(۱۲۸): ۸-۱۷.
- هاشمی، نظام، غیورباغبانی، سیدمرتضی، خدیوی، غلامرضا، هاشمیان نژاد، فریده، و عاشوری، جمال. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی بر شادکامی و سلامت روان دانشجویان پرستاری. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۴(۳): ۱۲-۲۲.
- یوسفی، علیرضا، و خیام‌نکوئی، زهره. (۱۳۸۹). مبانی آموزش‌های شناختی-رفتاری و کاربرد آن در بهبود بیماری‌های مزمن. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه نامه توسعه آموزش)*، ۱۰(۵): ۷۹۲-۸۰۰.

References

- Burns J. W. ,Van Dyke .B. P. ,Newman .A. K. ,Morais .C. A. ,& Thorn .B. E. (2020). Cognitive behavioral therapy (CBT) and pain education for people with chronic pain: Tests of treatment mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(11), 1008.
- Clark .M. & Hampson .S. E. (2003). Implementing a cognitive behavioral therapy intervention to improve lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes. *End couns*, 42, 245-56.
- Cully J. A. ,Paukert .A. ,Falco J. & Stanley .M. (2009). Cognitive-behavioral therapy: innovations for cardiopulmonary patients with depression and anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 394-407.
- Feng .L. ,Li .L. ,Liu .W. ,Yang J. ,Wang .Q. ,Shi .L. & Luo .M. (2019). Prevalence of depression in myocardial infarction: a PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine*, 98(8), 22-34.
- Hadaegh, F., Harati, H., Ghanbarian, A., & Azizi, F. (2009). Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults: Tehran Lipid and Glucose Study. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 15 (1), 157-166, 2009.
- Kahneman .D. & Frederick .S. (2005). *A model of heuristic judgment*. Cambridge University Press.
- Kim J. M. ,Stewart .R. ,Lee .Y. S. ,Lee .H. J. ,Kim .M. C. ,Kim J. W.... & Yoon J. S. (2018). Effect of escitalopram vs placebo treatment for depression on long-term cardiac outcomes in patients with acute coronary syndrome: a randomized clinical trial. *JAMA*, 320(4), 350-357.
- Leahy .R. L. ,Holland .S. J. & McGinn .L. K. (2011). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. Guilford press.
- Leahy .R. L. ,Tirch .D. D. & Melwani .P. S. (2012). Processes underlying depression: Risk aversion ,emotional schemas ,and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 362-379.
- Leahy .R. L. ,Wupperman .P. ,Edwards .E. ,Shivaji .S. & Molina .N. (2019). Metacognition and emotional schemas: Effects on depression and anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 25-37.
- Mamurov .B. ,Mamanazarov .A. ,Abdullaev .K. ,Davronov .I. ,Davronov .N. & Kobiljonov .K. (2020). Acmeological Approach to the Formation of Healthy Lifestyle Among University Students. *In III International Scientific Congress Society of Ambient*.
- Mone .P. ,Gambardella J. ,Pansini .A. ,Martinelli .G. ,Minicucci .F. ,Mauro .C. & Santulli .G. (2022). Cognitive dysfunction correlates with physical impairment in frail patients with acute myocardial infarction. *Aging clinical and experimental research*, 34(1), 49-53.
- Najafi .N. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on the reduction of dysfunctional attitudes and stress in adolescent with coronary heart disease. *Razi Journal of Medical Sciences*, 21(128), 8-17.
- Okasha .T. A. (2019). *Major trends of Psychosomatic Medicine in North Africa and Middle East. In Global Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry* (pp. 147-161). Springer, Cham.
- Panahifar .S. ,Yousefi .N. & Amani .A. (2014). The Effectiveness of Schema-Based Couple Therapy on Early Maladaptive Schemata Adjustment and the Increase of Divorce Applicants Adaptability. *Kuwait Chapter of the Arabian Journal of Business and Management Review*, 3(9), 339.

Shelley .Y. & Huff .S. (2003). *Assessment of cardio vascular. Phipps M Neigh B. Medical surgical nursing. 7th ed.* London: Mosby, 305-317.

Vasa .R. A. & Roy .A. K. (Eds.). (2014). *Pediatric anxiety disorders: A clinical guide.* Springer Science & Business Media.

پرسشنامه روان رنجوری

گویه	کاملاً مخالفم	مخالفم	خنثی	موافقم	کاملاً موافقم
۱- من اصولاً شخص نگرانی نیستم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲- اغلب خود را کمتر از دیگران حس می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۳- هنگامی که تحت فشارهای روحی زیادی هستم، گاه احساس می‌کنم دارم خرد می‌شوم.	۵	۴	۳	۲	۱
۴- به ندرت احساس تنهایی و غم می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۵- اغلب احساس عصبی بودن و تنش می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۶- گاهی کاملاً احساس بی‌ارزشی می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۷- به ندرت احساس اضطراب یا ترس می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۸- اغلب از طرز برخورد دیگران با خودم عصبانی می‌شوم.	۵	۴	۳	۲	۱
۹- غالباً وقتی کارها پیش نمی‌روند، دلسرد شده و از کار صرف نظر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۰- به ندرت غمگین و افسرده می‌شوم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۱- اغلب احساس درماندگی می‌کنم و دنبال کسی می‌گردم که مشکلاتم را برطرف کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۲- گاهی آنچنان خجالت زده شده‌ام که فقط می‌خواستم خود را پنهان کنم.	۵	۴	۳	۲	۱

پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد

نگرش‌ها	کاملاً موافق هستم	خیلی موافق هستم	کمی موافق هستم	بی تفاوت هستم	کمی مخالف هستم	خیلی مخالف هستم	کاملاً مخالف هستم
سؤالات کمال‌طلبی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- شاد بودن منوط به این است که آدم شخص جذاب، باهوش، ثروتمند و خلاق باشد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۲- خوشحالی بیشتر ناشی از نگرش شخصی من به خودم است تا احساسی که مردم نسبت به من دارند.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۳- اگر مرتکب اشتباهی شوم، مردم به من کمتر از آن چیزی که هستم، می‌نگرند.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۴- اگر در همه وقت و در تمام کارها موفق نباشم، مورد احترام قرار نخواهم گرفت.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۵- حتی ریسک‌های کوچک هم کاری است احمقانه، چرا که امکان عدم موفقیت در آن مصیبت بزرگی است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۶- امکان جلب کردن احترام دیگران وجود دارد، حتی اگر در تمام زمینه‌ها استعداد یا موفقیت نداشته باشم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷

۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷- من نمی‌توانم خوشحالی باشم، مگر این که بیشتر کسانی را که می‌شناختم، من را تحسین کنند.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۸- اگر شخصی تقاضای کمک بکند، نشانگر ضعف اوست.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۹- اگر من نتوانم به خوبی دیگران، از عهده‌ی کارها برآیم، آدم حقیری هستم.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۰- اگر در کارم شکست بخورم، آدم شکست خورده‌ای تلقی می‌شوم.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۱- اگر نتوانم کاری را به خوبی انجام بدهم، انجام دادن آن کار اصلاً درست نیست.	نیاز به تأیید دیگران
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲- اشتباه کردن خوب است، چرا که من از آن‌ها درست می‌گیرم.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۳- اگر شخصی در برخی مواقع با من هم‌عقیده نباشد، بدان معناست که من را دوست ندارد.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۴- اگر من شکست جزئی بخورم، انگار که یک شکست کامل را متحمل شده‌ام.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۵- اگر مردم با شخصیت واقعی شما آشنا نشوند، به شما کمتر از آن چیزی که هستید، نگاه می‌کنند.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۶- اگر شخصی را که دوست دارم به من علاقه‌مند نباشد، احساس می‌کنم که آدم بی‌ارزشی هستم.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۷- شخص می‌تواند از انجام عملی، بدون توجه به پایان کار لذت ببرد.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۸- قبل از اقدام به هر کار انسان باید تا حدی از موفقیت در آن مطمئن باشد.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۹- ارزش و اعتقاد من به عنوان یک شخص نسبت به خودم، به میزان زیادی وابسته به این است که دیگران راجع به من چگونه می‌اندیشند.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۰- اگر من بالاترین استانداردها را برای خودم در نظر نگیرم، احتمالاً به شخص سطح پایینی تبدیل می‌شوم.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۱- اگر بخواهم شخص با ارزشی باشم حداقل در یک زمینه باید برجستگی قابل ملاحظه‌ای داشته باشم.	نیاز به راضی کردن دیگران
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۲- اشخاصی که عقاید خوبی دارند با ارزش‌تر از کسانی هستند که از این عقاید بی‌بهره‌اند.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۳- اگر اشتباهی مرتکب شوم، مستحق ناراحت شدن هستم.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۴- نظر شخص من درباره‌ی خودم، مهمتر از نظر دیگران است.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۵- برای این که مردم من را شخصی خوب و باارزش بدانند، باید به هرکس که نیاز به کمک دارد، یاری نمایم.	

۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۶- اگر سوالی بپرسم، باعث تحقیرآمیز جلوه دادن من می‌شود.	نیاز به راضی
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۷- اگر انسان توسط اشخاصی که برایش مهم هستند مورد پذیرش قرار نگیرد، بسیار ناراحت‌کننده خواهد بود.	کردن دیگران
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۸- اگر کسی را برای اتکا نداشته باشیم، مستعد غم و اندوه خواهیم بود.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲۹- من می‌توانم بدون سخت‌گیری بیش از حد نسبت به خودم، به اهداف مهمی دسترسی پیدا کنم.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۰- این احتمال وجود دارد که شخص مورد سرزنش قرار بگیرد ولی دچار اندوه نگردد.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۱- من نمی‌توانم به دیگران اعتماد نمایم، چرا که ممکن است به من ظلم نمایند.	آسیب پذیری
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۲- اگر دیگران تو را دوست نداشته باشند، نمی‌توانی خوشحال باشی.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۳- برای این که شخص نظر دیگران را جلب کند، بهتر است که از علاقه‌مندی‌های خود صرف‌نظر کند.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۴- خوشحالی‌های من بیشتر به دیگران وابسته است تا خودم.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۵- من برای خوشحال شدنم نیازی به تائید دیگران ندارم.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۶- اگر از مشکلات دوری نمایم، آن‌ها به خودی خود از بین خواهند رفت.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۷- من حتی اگر بسیاری از چیزهای خوب زندگی‌م را از دست بدهم، باز هم می‌توانم خوشحال باشم.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۸- بسیار مهم است که دیگران راجع به من چگونه فکر می‌کنند.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳۹- دوری و جدا ماندن از دیگران سبب غم و اندوه می‌شود.	
۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴۰- من بدون آنکه کسی من را دوست داشته باشد، می‌توانم خوشحال باشم.	

Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotional schema therapy on neuroticism and dysfunctional attitudes in cardiovascular patients

Zeinab. Khodadad Hatkehposhti ¹, Ramezan. Hasanzadeh ^{2*}, & Seyedeh Olia. Emadian ³

Abstract

Aim: This study was performed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotional schema therapy on neuroticism, dysfunctional attitudes and lifestyle of cardiovascular patients. **Methods:** In this quasi-experimental study with a pretest-posttest design and follow-up with a control group, the samples included 45 cardiovascular patients from public hospitals in Babol. The samples were divided into three groups of 15 in the treatment group. Cognitive-behavioral, emotional schema therapy group and control group were divided. Wright, Besco and Sharp (2006) cognitive-behavioral therapy protocol was performed in 8 2-hour sessions and Leahy et al. (2014) emotional therapy schema was performed in 12 2-hour weekly sessions. McCreery (1985) and the dysfunctional attitudes of Weisman and Beck (1978) were evaluated and compared. Analysis of variance with repeated measures and SPSS.22 software were used to analyze the data. **Results:** The results showed that the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on patients' neuroticism was more than emotional schema therapy ($F=78.35$, $P<0.001$), the effectiveness of emotional schema therapy on dysfunctional attitudes was more than cognitive-behavioral therapy was ($F=34.89$, $P<0.001$). **Conclusion:** The results of this study showed that cognitive-behavioral therapy and emotional schema therapy can be an effective intervention in reducing neuroticism and dysfunctional attitudes in cardiovascular patients.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, emotional schema therapy, neuroticism, dysfunctional attitudes.

1. PhD Student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2. *Corresponding Author: Department of psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: hasanzadeh@iausari.ac.ir

3. Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.