مقاله تحقیقی

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
سال ۱۴۰۰، دوره ۲۳، صفحه ۵۲-۴۶

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نوروزگرایی و سبک زندگی بیماران قلبی- عروقی

زینب خداداد هتکه پشتی (MA)[۱]، رمضان حسن زاده (PhD)[۱*]، سیده علیا عمادیان (PhD)[۱]

۱-گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

دریافت: ۹۹/۷/۲۷، اصلاح: ۹۹/۸/۱۱، پذیرش: ۹۹/۸/۲۸

خلاصه

سابقه و هدف: نوروزگرایی و برون‌گرایی ارتباط زیاد و مثبتی با مشکلات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی دارند. از آنجائیکه بیماری‌های قلبی و عروقی، نیز روان‌تنی محسوب می‌شوند که با اصلاح شیوه‌های زندگی و تغییر رفتارهای پر خطر می توان از شیوع این بیماری کاست، لذا این مطالعه به منظور مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نوروزگرایی و سبک زندگی بیماران قلبی- عروقی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی مراجعه کننده به بیمارستان روحانی شهرستان بابل که به طور تصادفی به دو گروه طرحواره درمانی هیجانی و کنترل تقسیم شدند، انجام گردید. پروتکل طرحواره درمانی هیجانی طی ۱۲ جلسه هفتگی، ۲ ساعته اجرا شد. با استفاده از پرسشنامه‌های نوروزگرایی نئو- فرم کوتاه (NEO-FFI) (نمره ۶۰-۱۲) و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت (HPLPII) (نمره ۱۹۲-۴۸)، قبل از مداخله، بعد از مداخله و یک ماه بعد، دو گروه ارزیابی و مقایسه شدند.

یافته‌ها: دو گروه از نظر سن و جنس تفاوت معنی داری با هم نداشتند. میانگین نمره روان نژندی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل به ترتیب ۷/۳۱±۳۸/۹۳ و ۴/۶۳±۳۷/۸۰ و در گروه طرحواره درمانی هیجانی به ترتیب ۶/۹۴±۳۷/۷۳ و ۶/۷۵±۳۲/۵۳ شد. میانگین نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده در گروه طرحواره درمانی هیجانی قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۲۸/۲۵±۱۱۳/۱۳ و ۳۲/۲۷±۱۳۸ به دست آمد ($p<0/05$). اجرای طرحواره درمانی هیجانی بر نوروزگرایی (۶/۹۵، ۰/۰۱۴ و ۰/۲۰۵) و سبک زندگی (۱۱/۶۷، ۰/۰۰۲ و ۰/۳۰۲)، تاثیر معنی داری داشته و منجر به کاهش نوروزگرایی و ارتقاء سبک زندگی گردید.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی می تواند یک مداخله اثربخش در کاهش نوروزگرایی و ارتقاء سبک زندگی در بیماران قلبی- عروقی باشد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی هیجانی، نوروزگرایی، سبک زندگی.

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 (۱). در ایران نیز بیماری عروق کرونر سیر صعودی داشته و در چند سال اخیر نیز سن ابتلا به این بیماری کاهش نگران کننده‌ای پیدا کرده است (۲). مهمترین عوامل خطر ایجاد کننده بیماری های قلب و عروق، تغذیه نامناسب، کم تحرکی، مصرف دخانیات، چاقی، فشار خون بالا، دیابت و اختلالات چربی خون هستند که همگی ریشه در الگوی نامناسب زندگی دارند، به طوریکه با اصلاح شیوه‌های زندگی و تغییر رفتارهای پر خطر می توان از شیوع این بیماری کاست (۳). تجربه وقایع استرس زای زندگی به عنوان یک عامل مهم خطر ساز بیماری عروق کرونر قلب (Coronary Heart Disease= CHD) معرفی شده است. افراد قبل از بروز CHD، تعداد زیادی از وقایع استرس زا و منفی را تجربه می کنند (۴). در یک مطالعه نشان داده شد که بیماران مبتلا به CHD بیشتر حوادث استرس زای زندگی را تجربه می کنند (۵). تغییرات فیزیولوژیک ناشی از استرس که واسطه بین استرس و بیماری هستند با اثر مستقیم بر شریان های کرونری و عضلات قلب نظیر افزایش فشار خون و ضربان قلب، افزایش لخته پذیری خون، افزایش هورمون هایی مثل آدرنالین در پاسخ به استرس، افزایش فعالیت سلول های ایمنی در سطح پوشاننده آسیب دیده سرخرگ ها، که باعث سفت شدن دیواره عروق شده، زمینه ایجاد پلاک را فراهم می آورند (۷و۶). Calvete و همکاران و Halvorsen و همکاران معتقدند؛ خلق و خوی نوروزگرایی یا عاطفه پذیری منفی یک عامل آسیب پذیری کلی یا خلق و خوی آسیب پذیر است که می‌تواند منجر به شکل گیری طرحواره شود. وقتی که یک هیجان ناخوشایند نظیر غم، خشم، یا اضطراب فعال می‌شود، ممکن است فرد با افکار و رفتارهای منفی به آن هیجان واکنش نشان دهد که می‌تواند زیر بنای آسیب پذیری در برابر انواع بیماری‌ها باشد (۹و۸). با وجود پیشرفت‌های سریع تشخیصی و درمانی هنوز یک سوم بیمارانی که دچار سکته قلبی می‌شوند، فوت می‌کنند. این بیماری‌ها، هزینه هنگفتی را بر نظام‌های بهداشتی درمانی کشورها تحمیل می کنند. با این همه، بیماری‌های قلبی عروقی یکی از قابل پیشگیری‌ترین بیماری‌های غیر واگیر انسان به شمار می‌آیند (۱۰). سبک زندگی سالم از منابع با

▣ این مقاله حاصل پایان نامه زینب خداداد هتکه پشتی دانشجوی دکتری رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می باشد.

*مسئول مقاله: دکتر رمضان حسن زاده

آدرس: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی. تلفن: ۰۱۱-۳۲۱۹۰۶۱۱

E-mail: rhassanzadehd@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.7.6]
[DOI: 10.22088/jbums.23.1.46]

ارزش کاهش بروز و شدت بیماری‌ها و عوارض ناشی از آنها بوده و روشی جهت ارتقاء سلامتی و کیفیت زندگی و سازگاری با استرس می باشد (۱۱). نتایج مطالعات نشان داده که تنها با دارو درمانی نمی‌شود بیماری قلبی عروقی را درمان کرد و باید از سایر روش‌های درمانی نیز استفاده کرد و کلاً باید تغییراتی هماهنگ در بعد روانشناختی و بعد جسمی سبک زندگی به وجود آورد (۱۲). JamshidZehi ShahBakhsh و همکاران در تحقیق خود اظهار داشتند عاملی که منجر به نگرانی، اضطراب و وحشت زدگی در بیماران دچار افتادگی دریچه میترال می‌شود، با نوع نگرش این بیماران و تفسیر علائم جسمانی مثل درد قفسه سینه، تنگی نفس و تپش قلب به عنوان پدیده‌ای غیر قابل پیش بینی و غیر قابل کنترل؛ ارتباط دارد (۱۳). نوروزگرایی و برون‌گرایی ارتباط زیاد و مثبتی با مشکلات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی دارد (۱۲). لذا آموزش تکنیک‌های رفتاری موجب کاهش اضطراب و استرس شده و روش مفیدی برای کاهش اختلالات رفتاری می باشد (۱۴).

هیجانات نقش اساسی و موثری در بروز بیماری‌های روان‌تنی به ویژه بیماری کرونری قلب دارند. هیجان‌ها یک زنجیره از اعمال خودکار هستند که به دلیل ماهیت عاطفی و هیجانی خود به زنجیره زیربنایی خود یعنی طرحواره‌های هیجانی می‌رسند (۱۵). از آنجائیکه بیماری‌های قلبی و عروقی، روان‌تنی محسوب می‌شوند، در بررسی علل مشکلات قلبی، باید به ترکیبی از عوامل زیستی و روانی توجه داشت. عوامل روانشناختی هم در زمینه سازی ابتلا به بیماری قلبی و هم در تشدید آن نقش دارند (۱۶). 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 بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند. در واقع این مدل تأکید می‌کند افراد چگونه تجربه هیجانی خود را مفهوم بندی کنند و راهبردهای رفتاری و بین فردی را در پاسخ به تجربه هیجانی خود بکار گیرند (۱۷).

از آنجائیکه 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 فقط مجاز به انجام فعالیت‌های محدودی باشند، این بیماران از لحاظ روحی با مشکلات عدیده‌ای در دراز مدت مواجه می شوند که به شدت سلامت جسمانی آنان را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد.

با توجه به اهمیت موضوع «نوروزگرایی» و «سبک زندگی» در بین بیماران قلبی- عروقی، این مطالعه به منظور مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نوروزگرایی و سبک زندگی بیماران قلبی- عروقی انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC. 1388.113 بر روی ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی مراجعه کننده به بیمارستان روحانی شهرستان بابل که به طور تصادفی به دو گروه طرحواره درمانی هیجانی و کنترل تقسیم شدند، انجام گردید. حجم نمونه بر اساس مطالعات قبلی تعیین گردید (۱۸). دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی نظیر جنسیت، وضعیت تاهل، سن، مدت زمان بیماری و ... معادل یکدیگر در نظر گرفته شدند. پس از کسب رضایت کتبی از بیماران، در صورت دارا بودن سن بین ۵۰-۲۰ سال، نداشتن بیماری‌های مزمن دیگر از جمله دیابت، هپاتیت و ...، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، وارد مطالعه شدند. افراد دارای سن کمتر از ۲۰ سال و بالاتر از ۵۰، داشتن بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، هپاتیت و ...، داشتن سابقه بیماری‌های روحی و روانی با تائید پزشک معالج و انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله‌ای از تحقیق، از مطالعه خارج شدند. پروتکل طرحواره درمانی هیجانی طی ۱۲ جلسه هفتگی ۲ ساعته اجرا شد و شرکت‌کنندگان با پرسشنامه‌های نوروزگرایی نئو- فرم کوتاه (NEO-FFI) با نمره ۶۰-۱۲ و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت (HPLPII) با نمره ۱۹۲-۴۸، قبل از مداخله، بعد از مداخله و یک ماه بعد ارزیابی شدند (۱۹). مراحل اجرای روش طرحواره درمانی هیجانی بر اساس روش درمانی که در کتب مرجع آمده است، اعمال شد (۱۹).

جلسه اول: سنجش و ارزیابی.

جلسه دوم: توضیح در مورد درمان و شناسایی باورهای هیجانی و...

جلسه سوم: به‌هنجارسازی هیجان و ماهیت‌گذاری آن.

جلسه چهارم: افزایش شناخت از پیچیدگی هیجان.

جلسه پنجم: ایجاد قدرت تحمل احساسات.

جلسه ششم: دسته بندی هیجان و مرتبط ساختن هیجان با ارزش‌های بالاتر.

جلسه هفتم: پذیرش هیجان و فضا سازی هیجان.

جلسه هشتم: اعتباریابی هیجان.

جلسه نهم و دهم: بررسی خاستگاه‌های مربوط به باورهای منفی که ریشه در دوران کودکی دارد.

جلسه یازده و دوازده: ارائه الگویی جدید و دستور العمل‌های خاص در جهت کاهش عود.

اطلاعات با استفاده از پرسشنامه شخصیتی پنج عاملی نئو- فرم کوتاه (NEO-FFI) و پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت جمع آوری شد (۲۱و۲۰). پرسشنامه شخصیتی پنج عاملی نئو- فرم کوتاه (NEO-FFI) دارای پنج مقیاس روان نژندی، برونگرایی، انعطاف پذیری، دلپذیربودن و مسئولیت‌پذیری بوده و هر کدام از بعدها شامل ۱۲ سوال می‌باشد. البته با توجه به اینکه در تحقیق حاضر، تنها بعد روان نژندی (نوروزگرایی) مورد نظر بوده، از ۱۲ سوال مربوط به این مقیاس برای تعیین اثربخشی پروتکل های اجرایی بر روی دو گروه استفاده شد (۲۰). پایایی آن برای نوروزگرایی ۰/۹۰، برونگرایی ۰/۷۸، بازبودن به تجارب ۰/۷۶، همسازی ۰/۸۶ و وظیفه شناسی ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۲).

پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت شامل ۵۴ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف چهار درجه ای لیکرت می باشد، پرسشنامه شش بعد تغذیه، ورزش، مسئولیت پذیریت در مورد سلامت، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس)، حمایت بین فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی)، خودشکوفایی (داشتن حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن و تجربه خودآگاهی و رضایتمندی) را مورد سنجش قرار می دهد، تغذیه (داشتن الگوی غذایی و انتخاب غذا با ۶ سؤال)، ورزش (تعقیب الگوی ورزشی منظم با ۵ سؤال)، مسئولیت پذیری در مورد سلامت (۱۰ سؤال)، مدیریت استرس (شناسایی منابع

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.7.6]
[DOI: 10.22088/jbums.23.1.46]

استرس و اقدامات مدیریت استرس با ۷ سؤال)، حمایت بین فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی با ۷ سؤال)، خودشکوفایی (داشتن حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن و تجربه خودآگاهی و رضایتمندی با ۱۳ سؤال). نمره بین ۵۴ تا ۸۱: سبک زندگی نامطلوب، نمره بین ۸۱ تا ۱۳۵: سبک زندگی متوسط و نمره بالاتر از ۱۳۵: سبک زندگی مطلوب می باشد (۱۹).

در پژوهش Mohammadi Zeidi و همکاران روایی و پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت (۲۱). داده‌ها، با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون شاپیرو-ویلک؛ و آزمون‌های آماری کای دو، تحلیل واریانس و تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شدند و $p<۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در گروه کنترل، تعداد ۶ نفر مرد (۴۰٪) و ۹ نفر زن (۶۰٪) و در گروه آزمون ۷ نفر مرد (۴۷٪) و ۸ نفر زن (۵۳٪) بوده‌اند. در گروه کنترل، تعداد ۴ نفر مجرد (۲۷٪) و ۱۱ نفر متاهل (۷۳٪) و در گروه آزمون ۴ نفر مجرد (۲۷٪) و ۱۱ نفر متاهل (۰/۵۳٪) بوده‌اند. در گروه کنترل، میانگین سن۷/۹۴±۴۴/۲۷ سال و در گروه آزمون میانگین سن۸/۱۸±۴۳/۴۷ سال بود. در گروه کنترل، تعداد ۷ نفر دیپلم و کمتر (۴۷٪)، و در گروه آزمون تعداد ۵ نفر دیپلم و کمتر (۳۳٪)، بوده و بقیه تحصیلات دانشگاهی داشتند. در گروه کنترل، میانگین مدت بیماری ۳/۳۸±۵/۸۰ سال و در گروه آزمون میانگین ۲/۴۳±۵/۷۳ سال بود. تفاوت معنی داری بین جنسیت، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات، سن و مدت بیماری در دو گروه وجود نداشت. میانگین نمره روان نژندی در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۷/۳۱±۳۸/۹۳ و ۴/۶۳±۳۷/۸۰ و در گروه طرحواره درمانی هیجانی به ترتیب ۶/۹۴±۳۷/۷۳ و۶/۷۵±۳۲/۵۳ بوده است. متوسط متغیر روان نژندی بعد از مداخله در گروه طرحواره درمانی هیجانی کاهش یافت. میانگین نمرات روان نژندی بعد از مداخله در گروه کنترل و گروه طرحواره درمانی هیجانی اختلاف معنی داری داشت ($p<۰/۰۵$). میانگین نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل ۱۱۴/۵۳±۳۴/۴۹، ۱۱۳/۳۳±۳۱/۱۲ و در گروه طرحواره درمانی هیجانی ۱۱۳/۱۳±۲۸/۲۵ و ۱۳۸±۳۲/۲۷ بوده است (جدول ۱). میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده بعد از مداخله در گروه کنترل و گروه طرحواره درمانی هیجانی اختلاف معنی داری داشت ($p<۰/۰۵$) (جدول ۲). نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده قبل از اجرای مداخله بر نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده بعد از مداخله موثر بود. متغیر گروه (کنترل و گروه طرحواره درمانی هیجانی) که در این مدل به عنوان متغیر ثابت وارد مدل شده است، با توجه به مقدار آماره F که برابر با ۱۱/۶۷ بوده، معنی دار است، یعنی پس از خارج کردن تاثیرات نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده قبل از مداخله، اختلاف معنی داری بین میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده بعد از مداخله در گروه کنترل و گروه طرحواره درمانی هیجانی مشاهده شد. متوسط متغیر سبک زندگی ارتقاء دهنده بعد از مداخله در گروه طرحواره درمانی هیجانی افزایش یافته است (جدول ۳).

طرحواره درمانی هیجانی بر نوروزگرایی (۶/۹۵، ۰/۰۱۴ و ۰/۲۰۵) نگرش های ناکارآمد (۱۴/۷۲، ۰/۰۰۱ و ۰/۳۵۳) و سبک زندگی (۱۱/۶۷، ۰/۰۰۲ و ۰/۳۰۲)، تاثیر معنی داری داشته و به ترتیب منجر به کاهش، کاهش و ارتقاء این دو متغیر گردید. اختلاف معنی داری بین میانگین نمرات نگرش های ناکارآمد بعد از مداخله در گروه کنترل و گروه طرحواره درمانی هیجانی مشاهده شد متوسط متغیر نگرش‌های ناکارآمد بعد از مداخله در گروه طرحواره درمانی هیجانی کاهش یافت.

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات سبک زندگی ارتقا دهنده و حیطه های مختلف طرحواره درمانی هیجانی در دو گروه کنترل و مداخله

متغیر / گروه	کنترل Mean±SD	طرحواره درمانی هیجانی Mean±SD
روان نژندی		
قبل	۳۸/۹۳±۷/۳۱	۳۷/۷۳±۶/۹۴
بعد	۳۷/۸۰±۴/۶۳	۳۲/۵۳±۶/۷۵
نگرش های ناکارآمد		
قبل	۱۶۰/۲۷±۲۸/۳۲	۱۶۲/۲۷±۲۲/۵۷
بعد	۱۵۷/۶۷±۲۷/۷۳	۱۲۳/۵۳±۳۲/۴۴
سبک زندگی ارتقاء دهنده		
قبل	۱۱۴/۵۳±۳۴/۴۹	۱۱۳/۱۳±۲۸/۲۵
بعد	۱۱۳/۳۳±۳۱/۱۲	۱۳۸/۰۰±۳۲/۲۷

جدول ۲. آنالیز کواریانس مربوط به متغیر های پژوهش در بین دو گروه طرحواره درمانی هیجانی و کنترل

منابع	مجموع توان دوم	درجه آزادی	میانگین توان دوم	F	Sig.	مجذور اتا
روان نژندی						
قبل	۴۶۳/۹۸	۱	۴۶۳/۹۸	۲۱/۵۵	۰/۰۰۰۹	۰/۳۴۵
گروه	۱۵۳۲/۱۶	۲	۷۶۶/۰۸	۳۵/۵۹	۰/۰۰۰۹	۰/۶۳۵
سبک زندگی ارتقاء دهنده						
قبل	۲۳۲۵۶/۹۹	۱	۲۳۲۵۶/۹۹	۵۷/۶۷	۰/۰۰۰۹	۰/۵۸۴
گروه	۵۵۱۹/۱۶	۲	۲۷۵۹/۵۸	۶/۸۴	۰/۰۰۳	۰/۲۵۰

جدول ۳. آنالیز کواریانس متغیر سبک زندگی ارتقاء دهنده در دو گروه کنترل و طرحواره درمانی هیجانی

منابع	مجموع توان دوم	درجه آزادی	میانگین توان دوم	F	Sig	مجذور ایتا
مدل تصحیح شده	[a]۲۱۲۰۱/۴۱۴	۲/۰۰	۱۰۶۰۰/۷۱	۲۴/۸۹	۰/۰۰۰۹	۰/۶۴۸
اثر ثابت	۲۸۴۰/۲۰	۱/۰۰	۲۸۴۰/۲۰	۶/۶۷	۰/۰۱۶	۰/۱۹۸
سبک زندگی ارتقاء دهنده قبل	۱۶۶۳۸/۰۸	۱/۰۰	۱۶۶۳۸/۰۸	۳۹/۰۷	۰/۰۰۰۹	۰/۵۹۱
گروه	۴۹۷۰/۰۴	۱/۰۰	۴۹۷۰/۰۴	۱۱/۶۷	۰/۰۰۲	۰/۳۰۲

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.7.6]
[DOI: 10.22088/jbums.23.1.46]

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه طرحواره درمانی هیجانی بر نوروزگرایی، نگرش های ناکارآمد و سبک زندگی، بیماران قلبی- عروقی تاثیر معنی داری داشته و به ترتیب منجر به کاهش، کاهش و ارتقاء این سه متغیرگردید. از آنجائیکه تحقیقاتی که به اثربخشی اجرای طرحواره درمانی هیجانی بر نوروزگرایی پرداخته باشد، محدود می باشد. لذا مقایسه ها با بقیه حیطه انجام گرفت. Bayazi و همکاران در بررسی رابطه بین طرحواره‌های هیجانی با میزان اضطراب و افسردگی و سبک‌های مقابله با استرس در بیماران کرونری قلب نشان دادند که بین طرحواره هیجانی عقلانی با سبک مقابله مساله مدار همبستگی مثبت و معنی دار و بین طرحواره هیجانی سرزنش با سبک مقابله مساله مدار همبستگی منفی و معنی داری وجود دارد اما هیچکدام از طرحواره‌های هیجانی سبک مقابله مساله مدار را پیش بینی نمی‌کنند (۲۳). نتایج تحقیق Morad Asli و همکاران نشان داد که طرحواره درمانی روی افزایش خودکارآمدیِ سبک زندگی مربوط به اضافه وزن و کاهش وزن در گروه آزمایشی تأثیر گذار بود (۲۴).

در پژوهش Glinski و همکاران، پروتکل درمان با کاهش چشمگیر در روان رنجوری همراه بود و پیشرفت قابل توجهی از جنبه اعتماد به توافق وجود داشت (۲۵). نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهش های ذکر شده بالا همخوانی داشته و در یک راستا قرار دارد. در تبیین نتایج حاصله می توان گفت که طرحواره درمانی هیجانی بر راهبردهای مقابله با هیجان‌های نامطلوب موثر است. Halvorsen و همکاران معتقدند خلق و خوی نوروزگرایی یا عاطفه پذیری منفی یک عامل آسیب پذیری کلی یا خلق و خوی آسیب پذیر است که می‌تواند منجر به شکل‌گیری طرحواره شود. وقتی که یک هیجان ناخوشایند نظیر غم، خشم، یا اضطراب فعال می‌شود، ممکن است فرد با افکار و رفتارهای منفی به آن هیجان واکنش نشان دهد که می‌تواند زیر بنای آسیب پذیری در برابر انواع بیماری‌ها باشد (۹).

در مطالعه Eshraghi و همکاران شاخص روان رنجور خویی در بیماران انفارکتوس قلبی به طور معنی داری بالاتر بود (۲۶). در پژوهشی که توسط Mohammadi و همکاران انجام شد، نتایج نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی می تواند روش مناسب و موثری در بهبود پریشانی روان شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه باشد (۲۷). که مشابه نتایج این مطالعه می باشد. علی رغم اینکه در مطالعه ما زنان و مردان مبتلا به بیماری قلبی بررسی شدند، اما در مطالعه Mohammadi و همکاران زنان مطلقه بررسی شدند، اما نتایج مشابه بود. در پژوهشی که توسط Shiri و همکاران انجام شد، نتایج نشان داد که بین دو گروه از نظر نگرش ناکارآمد نسبت به انتخاب همسر و مؤلفه‌های آن (عشق باوری، تجربه محوری، ایده‌آل نگری، متضاد جویی، آسان بینی، خوش باوری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۲۸).

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت طرحواره درمانی رویکردی مؤثر بر کاهش نگرش ناکارآمد نسبت به انتخاب همسر دانشجویان دختر است. در مدل طرحواره درمانی هیجانی نقش هیجان‌ها و راهبردهای پردازش هیجان برجسته هستند. این مدل با این اصل بنیادین پایه گذاری شده است که هیجان‌هایی مثل ترس، ناراحتی، اضطراب و تنهایی تجاربی جهان شمول هستند، اما تفاوت‌های فردی زیادی در زمینه مفهوم سازی هیجان‌ها و راهبردهای کنار آمدن با آنها وجود دارد. در پژوهشی که توسط De Santiago-Treviño و همکاران در جستجوی ابزار درمانی مؤثر برای تشنج غیرصرع انجام شد، نتایج حاکی از تاثیر مثبت و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران است (۲۹).

Almas و همکاران اظهار نمودند رابطه نوروزگرایی (روان رنجوری)، افسردگی و بیماری‌های قلبی و عروقی بسیار پیچیده است. آنها نتیجه گرفتند نوروزگرایی، خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی در افراد افسرده را افزایش داده است. همچنین تعامل هم افزایی بین روان رنجوری و وضعیت افسردگی در پیش بینی خطر آینده ابتلا به بیماری قلبی عروقی وجود دارد (۳۰). آنها بیماران افسرده و روان رنجور را بررسی نمودند. اما در این تحقیق اینگونه نبود.

در کل نتایج این مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند یک مداخله اثربخش در کاهش نوروزگرایی و ارتقاء سبک زندگی در بیماران قلبی- عروقی باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از آقای دکتر قاسم فغان زاده گنجی و همچنین از بیمارانی که ما را در انجام مطالعه یاری نمودند تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.7.6]
[DOI: 10.22088/jbums.23.1.46]

The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Neuroticism and the Life Style of Cardiovascular Patients

Z. Khodadad Hatkeh Poshti (MA)[1], R. Hassanzadeh (PhD)*[1], S. O. Emadian (PhD)[1]

1.Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Sari Branch , Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 23; 2021; PP: 46-52

Received: Oct 18th 2020, Revised: Nov 1st 2020, Accepted: Nov 18th 2020.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Neuroticism and extroversion have a high and positive relationship with psychological problems such as anxiety and depression. Since cardiovascular diseases are also considered as psychotic that can be reduced by modifying lifestyles and changing high risk behaviors this study was conducted to compare the effectiveness of emotional schema therapy on neuroticism and lifestyle of cardiovascular patients.

METHODS: This cross-sectional study was performed on 30 patients with cardiovascular disease referred to Rouhani Hospital in Babol who were randomly divided into two groups of emotional schema therapy and control. The emotional schema therapy protocol was performed during 12 weekly sessions of 2 hours. Using NEO-FFI (score 12-60) and Health Promoting Lifestyle (HPLPII) questionnaires (score 48-192), before the intervention, after the intervention and one month later, the two groups were evaluated and compared.

FINDINGS: There was no significant difference between the two groups in terms of age and sex. The mean scores of neuroticism before and after the intervention in the control group were 38.93±7.31 and 37.80±4.63, respectively, and in the emotional schema therapy group were 37.73±6.94 and 32.53±6.75, respectively. The mean score of promoter lifestyle in emotional schema therapy group before and after the intervention was 113.13±28.25 and 138±32.27, respectively ($p<0.05$). Implementation of emotional schema therapy had a significant effect on Neuroticism (6.95, 0.014 and 0.205) and lifestyle (11.67, 0.002 and 0.302) and led to the reduction of Neuroticism and the promotion of lifestyle.

CONCLUSION: The results of this study showed that emotional schema therapy can be an effective intervention in reducing neuroticism and promoting lifestyle in cardiovascular patients.

KEY WORDS: *Emotional Therapy Schema, Neuroticism, Life Style.*

Please cite this article as follows:

Khodadad Hatkeh Poshti Z, Hassanzadeh R, Emadian SO. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Neuroticism and the Life Style of Cardiovascular Patients. J Babol Univ Med Sci. 2021; 23: 46-52.

***Corresponding Author: R. Hassanzadeh (PhD)**

Address: Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Sari Branch , Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran

Tel: +98 11 32190611

E-mail: rhassanzadeh@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.7.6]

[DOI: 10.22088/jbums.23.1.46]

References

1.Forouzandeh N, Delaram M, Forouzandeh M, Derakhshandeh S. Study of mental health status of cardiovascular diseases patients and determination of some effective factors on it in the patients hospitalized in CCU and cardiology wards of Hajar Hospital, Shahrekord. J Clin Nurs Midwife. 2013;2(2):18-25. [In Persian]

2.Mazaheri E, Sezavare SH, Hoseinian A, Fooladi N. The Effect of Follow up on Physical- Emotional Status of the Patients with Myocardial Infarction in Ardabil, 2000-2001. J Ardabil Univ Med Sci. 2002;2(4):53-9. [In Persian].

3.Hadaegh F, Harati H, Ghanbarian A, Azizi F. Prevalence of coronery heart disease among Tehran adults: Tehran Lipid and Glucose Study. East Mediterr Health J. 2009;15(1):157-66.

4.Brewin CR. Cognitive foundations of clinical psychology, 0th ed. London: Erlbaum; 1988.

5.Moosavi M, Eslami M, Sheikh Bagloo O, Birashk B. Mental strain, more than important than stressful life events in myocardial infarction. Acta Medica Iranica. 2004;42(2):125-30.

6.Friedman HS, DiMatteo MR. Health psychology, 2nd ed. New York: Prentice Hall; 2002.

7. Sheridan CL, Radmacher SA. Health psychology: Challenging the biomedical model, 1st ed. New York: John Wiley & Sons Inc; 1992.

8.Calvete E, Orue L, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. J Anxiety Disord. 2013;27(3):278-88.

9.Halvorsen M, Wang CE, Richter J, Myrland I, Pedersen SK, Eisemann M, et al. Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. Clin Psychol Psychother. 2009;16(5):394-407.

10.Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2012;125(1):188-97.

11.Monahan F, Sands JK, Neighbors M, Marek JF, Green CJ. Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives, 7th ed. St. Louis: Mosby; 2003.

12.Alipour A, Rezaei A, Hashemi T, Yousefpour N. The effectiveness of cognitive behavioral therapy focused on lifestyle modification to increase monitoring vital signs and coronary heart disease and psychological well-being. J Health Psychol. 2016;5(20):125-36. [In Persian]

13.Jamshidzehi ShahBakhsh A, Asghari Ebrahim Abad MJ, Mashhadi A, Daneshsani SH. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in Reducing Worry, Anxiety and Panic Attacks Mitral Valve Prolapse Patients. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci. 2016;24(4):340-51. [In Persian]

14.Hesar SA, Nikdel F, Kharramin SA. The Effectiveness of Cognitive- behavioral Techniques Training on Procrastination, Stress, Anxiety and Depression of High School Female Students. Armaghane Danesh. 2015;19(12):1105-17. [In Persian]

15.Scott Mears G. Examining the Relationship between Emotional Schemas, Emotional Intelligence, and Relationship Satisfaction [PhD Disertation]. United States, Virginia: Liberty University; 2012.

16.Ahmadkhani L, Rjamand S, Dehghanpour M, Shakerian Z, Nikpour M. The relationship between early maladaptive schemas, cognitive emotion regulation strategies and perfectionism and alexithymia in cardiac patients. J New Adv Behav Sci. 2017;2(10):28-42. [In Persian] Available from: http://ijndibs.com/article-1-86-fa.html

17.Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders, 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011.

18.Delavar A. Research methods in psychology and educational Sciences. Tehran: Virayesh; 2017. [In Persian]

19.Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy [Translated by Mansoori Rad A]. Tehran: Arjmand; 2014. [In Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.7.6]
[DOI: 10.22088/jbums.23.1.46]

20.Farzin R, Barzegar M. The Relationship between personality characteristics and psychological capital with vitality. J New Appr Educ Admin. 2019; 9(36):77-90. [In Persian]

21.Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohannadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. J Mazandaran Univ Med Sci. 2012;21(1):102-13. [In Persian]

22.Costa PT, McCrea RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEP Five-factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual. New York: Psychological Assessment Resources; 1992.

23.Bayazi MH, Ahadi H, Fata L, Danesh Sani SH. The effectiveness of a short cognitive behavioral group intervention on depression, anxiety and stress in patients with chronic coronary heart disease: A randomized controlled trail. J Fundamentals Ment Health. 2012;14(54):110-21. [In Persian]

24.Moradhaseli M, Shams Esfandabad H, Kakavand A. A Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on the SelfEfficacy and Lifestyle Related to Weight Loss. J Res Psychol Health. 2016;9(4):50-61. [In Persian]

25.Glinski K, Page AC. Modifiability of Neuroticism, Extraversion, and Agreeableness by Group Cognitive Behaviour Therapy for Social Anxiety Disorder. Behav Change. 2010;27(1):42-52.

26.Eshraghi S, Khamosan A, Dastjerdy R, Vejdan SM, Kazemi T. Personality traits of patients with myocardial infarctio A case-control study. J Birjand Univ Med Sci. 2013;19(6 Suppl: Cardiovascular 2013):42-9. [In Persian]

27.Mohammadi H, Sepehri Shamloo Z, Asghari Ebrahim Abad MJ. The Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy on Decreasing Psychological Distress and Difficulty in Emotional Regulation in Divorced Women. J Thought Behav Clin Psychol. 2019;14(51):27-36. [In Persian]

28.Shiri T, Golmohammadian M, Hojjatkhah SM. Effectiveness of Schema therapy on dysfunctional attitudes mate selection in Female students. Couns Cult Psychother. 2016;7(27):171-88. [In Persian]

29.De Santiago-Treviño NI, Arana-Lechuga Y, Esqueda-León E, Sánchez-Escandón O, Terán-Pérez G, González-Robles O, et al. The Effect of Therapy Psychodynamic and Cognitive Behavioral Therapy on Quality of Life in Patients with PNES. J Psychol Psychother. 2017;7(4):1000310.

30.Almas A, Moller J, Iqbal R, Forsell Y. Effect of neuroticism on risk of cardiovascular disease in depressed persons - a Swedish population-based cohort study. BMC Cardiovasc Disord. 2017;17:185.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1400.23.1.7.6]
[DOI: 10.22088/jbums.23.1.46]