نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره دهم، شماره ۱، سال ۱۴۰۰
Cardiovascular Nursing Journal, 10(1), 2021

مقاله پژوهشی اصیل

مقایسه تاثیر طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر سبک زندگی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر

گلریز محمدی[۱]، دانشجوی دکترای روان‌شناسی
*** احمد کربلایی محمدمیگونی[۲]، دکترای روان‌شناسی**
سعید ملیحی الذاکرینی[۳]، دکترای روان‌شناسی سلامت
مریم کلهرنیا گلکار[۴]، دکترای روان‌شناسی

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاثیر طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر سبک زندگی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی انجام شد.

زمینه. با توجه به اینکه سبک زندگی ناسالم یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی بروز زودهنگام بیماری عروق کرونر در بزرگسالی و مرگ ناشی از آن است، لزوم ارائه مداخلات درمانی به این دسته از بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

روش کار. این پژوهش تجربی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، و پیگیری) بر روی نمونه‌ای از زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر در شهر تهران در سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ انجام شد. تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و با استفاده از روش تصادفی ساده در دو گروه آزمون و یک گروه کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. گروه‌های آزمون و کنترل طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری یک ماهه، با پرسشنامه سبک زندگی لالی، عابدی، و باقر کجباف (۱۳۹۱) مورد سنجش قرار گرفتند. تعداد ۸ جلسه طرحواره‌درمانی گروهی و ۸ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی (هر یک، هفته‌ای دو جلسه، به مدت ۴ هفته) در گروه‌های آزمون اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

یافته‌ها. هر دو مداخله بر سبک زندگی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر موثر بودند ($P\leq ۰/۰۰۰۱$)، اما، رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی نسبت به طرحواره درمانی گروهی تاثیر بیشتری بر ارتقای سبک زندگی در زنان مبتلا به بیماری عوق کرونر قلبی داشت ($P\leq ۰/۰۰۰۱$).

نتیجه‌گیری. آموزش استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در بهبود سبک زندگی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی دیالکتیکی، طرحواره‌درمانی، سبک زندگی، بیماری عروق کرونر

۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران
۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: g.mohamadi28144@gmail.com
۳ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران
۴ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مقدمه

امروز بیماری‌های قلبی‌عروقی عامل حدود ۳۰ درصد دموارد مرگ در کل جهان هستند، که این میزان در کشورهای پردرآمد نزدیک به ۴۰ درصد و در کشورهای درآمد پایین به طور متوسط حدود ۲۸ درصد است (فورگسن ۲۰۱۲). یکی از بیماری‌های قلبی‌عروقی، بیماری عروق کرونر است (روگولیز و همکاران، ۲۰۲۰)، که در آن، دیواره یک یا چند شریان کرونر قلب به دلیل رسوب موادی به نام پلاک (مواد چربی یا فیبری) به طور جزئی یا کلی مسدود، و جریان خون به بخش‌های مختلف قلب به‌صورت موقت یا دائم قطع می‌شود (ریس و همکاران، ۲۰۲۰).

شواهد نشان می‌دهند بین سبک زندگی به عنوان عامل مهم و تعیین‌کننده پیش‌آگهی و عوارض بیماری عروق کرونر ارتباط وجود دارد (هلد و همکاران، ۲۰۱۲)؛ تغییرات سبک زندگی از جمله مصرف زیاد غذاهای فرآوری‌شده و غنی از چربی‌های اشباع‌شده، پایین بودن سطح فعالیت جسمی همراه با افزایش شیوع چاقی و دیابت نوع دو، منجر به افزایش پیش‌رونده شیوع عوامل خطر بیماری عروق کرونر در کشورهای توسعه یافته شده است (میشل، ریچارد، و استون، ۲۰۱۴).

سبک زندگی، مفهوم بسیار مهمی است که اغلب برای بیان روش زندگی افراد به کار می‌رود و منعکس‌کننده طیف وسیعی از ارزش‌ها، عقاید و فعالیت‌های اجتماعی افراد است (علی‌پور و همکاران، ۱۳۹۶). با توجه به اینکه سبک زندگی ناسالم یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی بروز زودهنگام بیماری عروق کرونر در بزرگسالی و مرگ ناشی از آن است، لزوم ارائه مداخلات درمانی به این دسته از بیماران ضروری به نظر می‌رسد. رفتاردرمانی دیالکتیکی از جمله مداخلاتی است که در دهه‌های اخیر توجه محققان را به خود جلب کرده است (آواک‌وی و آکانبی، ۲۰۱۷). رفتاردرمانی دیالکتیکی که در زمره درمان‌های موج سوم قرار می‌گیرد، نوعی روان‌درمانی مبتنی بر رویکردهای شناختی رفتاری است که بر ابعاد روان‌شناختی درمان تمرکز دارد و به صورت انفرادی و گروهی اجرا می‌شود. این رویکرد درمانی بر آموزش چهار دسته مهارت ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین‌فردی متمرکز است است (میلر، راتوس، و لینهان، ۲۰۰۷). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان بسیاری از اختلالات شخصیت (برای مثال، اختلال شخصیت مرزی) و همچنین اختلالات اضطرابی به تأیید رسیده است (والنتین و همکاران، ۲۰۱۵). به علاوه، اخیرا مطالعه کاظمی رضائی، کاکابرائی، و حسینی (۱۳۹۸) نشان داد که نمرات سبک زندگی افراد با بیماری قلبی‌عروقی در گروه آزمون، پس از آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی، نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری افزایش یافته است.

طرحواره‌درمانی روش درمانی دیگری است که به تازگی امکان‌سنجی استفاده از آن در بهبود مشکلات رفتاری افراد با بیماری قلبی-عروقی مورد بررسی قرار گرفته است (عزیزی، علی‌اکبری دهکردی، و علی‌پور، ۱۳۹۸). طرحواره‌درمانی نیز رویکرد نوظهوری است که در نتیجه مدل‌سازی و فرضیه‌آزمایی نظام‌دار به وجود آمده است و به دلیل ویژگی‌های خاص خود نظیر داشتن ساختار منظم و تعداد محدود جلسات درمانی شناخته می‌شود و بر الگوهای خود ویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تاکید دارد (یانگ، کلوسکو، و ویشار، ۲۰۰۳). تاثیر طرحواره‌درمانی در طیف وسیعی از اختلالات شخصیت (به عنوان مثال، اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی)، و اختلالات خلقی و اضطرابی به تایید تجربی رسیده است (یانگ، کلوسکو، و ویشار، ۲۰۰۳). در یک مطالعه مشخص شد که طرحواره‌درمانی گروهی بر کاهش میزان نشانگان اضطراب مرگ افراد با بیماری قلبی‌عروقی تاثیر دارد (عزیزی، علی‌اکبری دهکردی، و علی‌پور، ۱۳۹۸). مرادحاصلی، شمس اسفندآباد، و کاکاوند (۱۳۹۵) نیز نشان دادند که طرحواره‌درمانی باعث افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به اضافه وزن و کاهش وزن شد.

هرچند برخی از مطالعات نتایج رضایت‌بخش و دلایل منطقی برای استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی را در کار با افراد دارای اختلالات شخصیت (برای مثال، اختلال شخصیت مرزی)، اضطرابی (والنتین و همکاران، ۲۰۱۵) یا افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر (توکلی، کاظمی زهرانی، و صادقی، ۱۳۹۷) مطرح ساخته‌اند و با وجود اینکه تاثیر طرحواره‌درمانی در درمان اختلالات شخصیت و اضطرابی مورد تأیید قرار گرفته است (یانگ، کلوسکو، و ویشار، ۲۰۰۳)؛ اما تحقیقات پیشین، کارآیی طرحواره‌درمانی را در بیماری آسم (عباسی و همکاران، ۱۳۹۹)، کاهش وزن (مرادحاصلی، شمس اسفندآباد، و کاکاوند، ۱۳۹۵) یا زنان مطلقه (محمدی، سپهری شاملو، اصغری ابراهیم‌آباد، ۱۳۹۸) نشان داده‌اند و امکان‌سنجی استفاده از این رویکرد در نمونه‌های متشکل از افراد با بیماری عروق کرونر قلبی مورد بررسی یا تایید قرار نگرفته است؛ لذا، بررسی کارآیی این دو مداخله با توجه به نوظهور بودن استفاده از آنها در بهبود مشکلات رفتاری و هیجانی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر در ابتدای مسیر خود قرار دارد و نیاز به انجام مطالعات بیشتری برای مشخص کردن

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

درمان انتخابی بیماری عروق کرونر با توجه به سبک زندگی احساس می‌شود. این پژوهش با هدف مقایسه تاثیر طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر سبک زندگی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش تجربی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، و پیگیری) با کد اخلاق به شماره IR.IAU.K.REC.1400.033 بر روی نمونه‌ای از زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر در شهر تهران در سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش، کلیه زنان متاهل ۳۵ تا ۵۰ ساله مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی، مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ بودند، که با تشخیص قطعی بیماری عروق کرونری بستری بودند، و پس از ترخیص از بیمارستان، از آنها برای شرکت در جلسات درمانی دعوت به عمل آمد. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی بیماری عروق کرونر توسط معاینات جسمی و آزمایشگاهی از سوی پزشک، قرار نداشتن در مرحله حاد بیماری، قرار داشتن در محدوده سنی ۳۵ الی ۵۰ سال، جنسیت زن، تاهل، و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل همبودی سایر اختلالات روانی شدید از قبیل روان‌پریشی یا اختلالات شخصیت براساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلات روانی (DSM-5)، عدم پاسخ به سئوالات پرسشنامه، و عدم حضور در دو جلسه پیاپی بود.

تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و با استفاده از روش تصادفی ساده در دو گروه آزمون و یک گروه کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند. پس از کسب اجازه از مسئولین بیمارستان جهت انجام مطالعه و توضیح اهداف و روش مطالعه، چگونگی اجرای کار برای هر یک از شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آنها کسب شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط آنها تکمیل شد و پژوهشگر به آنها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه‌شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود.

به منظور اجرای پژوهش، دو گروه آزمون و یک گروه کنترل تشکیل شد. گروه آزمون اول در معرض طرحواره‌درمانی و گروه آزمون دوم در معرض رفتاردرمانی دیالکتیکی قرار گرفت، و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. تعداد ۸ جلسه طرحواره-درمانی گروهی و ۸ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی (هر یک، هفته‌ای دو جلسه، به مدت ۴ هفته) در گروه‌های آزمون اجرا شد. مداخله طرحواره‌درمانی براساس پروتکل یانگ (۱۹۹۰)، در گروه آزمون اول، طی ۸ جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) به صورت گروهی ارائه شد؛ هر جلسه، شامل معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه، و همچنین، آموزش انجام تمرینات خارج از جلسه بود. علاوه بر این، از جلسه دوم به بعد، هر جلسه با مرور تمرینات مربوط به جلسه قبل آغاز شد (جدول شماره ۱). مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی براساس پروتکل لینهان (۲۰۰۵)، در گروه آزمون دوم، طی ۸ جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) به صورت گروهی ارائه شد؛ هر جلسه، شامل معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه، و همچنین، تمرینات خارج از جلسه بود. علاوه بر این، از جلسه دوم به بعد، هر جلسه با یک تمرین پنج دقیقه‌ای ذهن‌آگاهی فراگیر از طریق تنفس، و سپس مرور تمرینات مربوط به جلسه قبل، آغاز شد (جدول شماره ۲).

داده‌ها توسط فرم ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و پرسشنامه سبک زندگی جمع‌آوری شدند. این پرسشنامه توسط لالی، عابدی، و باقر کجباف در سال ۱۳۹۱ به منظور ارزیابی سبک زندگی طراحی شد و از ۷۰ سئوال و شامل ۱۰ خرده‌مقیاس سلامت جسمی، ورزش و تندرستی، وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث، و سلامت محیطی است. گویه‌های این پرسشنامه در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای هرگز (نمره صفر) تا همیشه (نمره ۳) پاسخ داده می‌شوند و دامنه نمرات پرسشنامه بین صفر تا ۲۱۰ قرار دارد؛ کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده سبک زندگی بهتر است (لالی، عابدی، و باقر کجباف، ۱۳۹۱). روایی محتوایی این پرسشنامه با نظر متخصصان تایید شده است و بررسی اعتبار پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفته است؛ ضرایب آلفای کرونباخ خرده-مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۸۹، و ضرایب بازآزمایی آنها، در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۴ گزارش شده است.

گروه‌های آزمون و کنترل طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری یک ماهه، با پرسشنامه سبک زندگی لالی، عابدی، و باقر

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

کج‌باف (۱۳۹۱) مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

جدول شماره ۱: راهنمای طرحواره‌درمانی یانگ

جلسه	محتوا
اول	**هدف: آشنایی و معارفه و آشنایی با مفاهیم طرحواره‌درمانی** آشنایی و معارفه، مروری بر ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، تاکید بر رازداری، صحبت در مورد مدت جلسات، پاسخ‌دهی به سئوالات شرکت‌کنندگان، توضیح مدل طرحواره‌درمانی به زبان ساده، معرفی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و چگونگی شکل‌گیری آنها و معرفی حوزه‌های مربوط به هرکدام، توضیح ریشه‌های تحولی طرحواره، توضیح و آموزش پیرامون عملکرد طرحواره‌ها.
دوم	**هدف: آموزش طرحواره‌ها** توضیح و آموزش انواع ذهنیتهای طرحواره‌ای و شناسایی تجارب ذهنیتهای خود، مفهومسازی مشکل بیماران بر طبق رویکرد طرحواره‌محور و جمع‌آوری اطلاعات به‌دست‌آمده و ارائه بازخورد، آشناسازی افراد با طرحواره‌ها خود و شناسایی حوزه‌های مختل، انجام و آموزش روش تصویرسازی ذهنی، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون طرحواره‌ها و تاثیر هرکدام 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).
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 روش از روش‌های شناختی طرحواره‌درمانی 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.
چهارم	**هدف: آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای شناختی** بررسی تکالیف 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.
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 روش انجام گفتگوی خیالی و اجرای آن در جلسه، نوشتن نامه به والدین و توضیح منطق استفاده از این روش. **تکلیف خانگی:** ارائه تکلیف با موضوع نوشتن نامه به منشأ طرحواره (والدین).
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 مشکل‌آفرین افراد گروه به عنوان آماج احتمالی تحقیق، اولویت‌بندی رفتارها جهت الگوشکنی رفتاری، پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط **تکلیف خانگی:** تمرین دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی.
هفتم	**هدف: ادامه فرآیند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری** بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم بخش طرحواره و بررسی تاثیر آن در زندگی افراد، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق روش 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.
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 به خاطر شرکت در جلسات.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

جدول شماره ۲: راهنمای رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان

جلسه	محتوا
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 ذهن‌آگاهی و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا) آغاز می‌شود.
دوم	دو دسته مهارت برای دستیابی به ذهن‌آگاهی فراگیر آموزش داده و تمرین می‌شود. دسته اول، مهارت‌های "چه چیز" که عبارت از کارهایی هستند که فرد باید برای رسیدن به ذهن‌آگاهی فراگیر انجام دهد (شامل سه مهارت مشاهده، توصیف و شرکت کردن). دسته دوم، مهارت‌های "چگونه" که عبارت از نحوه انجام این کارها هستند (شامل سه مهارت اتخاذ موضع غیرقضاوتی، ذهن‌آگاهی فراگیر و کارآمد عمل کردن).
سوم تا پنجم	به بخش اول از مولفه تحمل پریشانی، یعنی راهبردهای بقا در بحران اختصاص دارد. راهبردهای بقا در بحران شامل چهار مجموعه راهبردهای پرت کردن حواس؛ خودآرام‌سازی با حواس پنج‌گانه؛ مهارت‌های بهسازی لحظات، و روش سود و زیان هستند. این چهار مجموعه طی جلسات سوم (مهارت‌های پرت کردن حواس)، چهارم (مهارت‌های خودآرام‌سازی) و پنجم (مهارت‌های بهسازی لحظات و روش سود و زیان) آموزش داده می‌شوند.
ششم	اختصاص به دومین بخش از مهارت‌های تحمل پریشانی، یعنی مهارت پذیرش واقعیت دارد. این مهارت خود شامل سه دسته مهارت پذیرش محض، برگرداندن ذهن، و رضایت‌مندی است.
هفتم	به مولفه تنظیم هیجانی پرداخته می‌شود. مباحث مرتبط با این جلسه شامل هیجان چیست و دارای چه مولفه‌هایی است؟، آموزش الگوی شناسایی هیجانات و برچسب زدن به آنها که منجر به افزایش توانایی گواه کردن هیجانات می‌گردد، و پذیرش هیجانات حتی در صورت منفی بودن، و آموزش مهارت‌های "لطفاً بر خود مسلط شوید" برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجانات منفی است.
هشتم	آخرین بخش از مباحث مربوط به مولفه تنظیم هیجانی است. این مباحث شامل آموزش ایجاد تجارب هیجانی مثبت از طریق ایجاد تجارب هیجانی مثبت کوتاه‌مدت، مثل تفریح و تجارب هیجانی مثبت بلندمدت از طریق کار کردن بر روی سه حوزه اهداف زندگی، روابط و ذهن‌آگاهی 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 است.

یافته‌ها

گروه‌های دریافت‌کننده طرحواره‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، و کنترل، از نظر تحصیلات و وضعیت شغلی با یکدیگر همگن بودند (جدول شماره ۳). میانگین سن افراد در گروه‌های دریافت‌کننده طرحواره‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و کنترل، به ترتیب، ۳۶/۲۵ با انحراف معیار ۵/۶۳، ۳۸/۴۸ با انحراف معیار ۵/۴۰، و ۳۷/۴۳ با انحراف معیار ۵/۷۷ بود.

پس از اجرای طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی، میانگین نمرات سبک زندگی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافت. آماره توصیفی متغیر سبک زندگی در گروه‌های مورد مطالعه طی مراحل ارزیابی در جدول شماره ۴ آمده است. به منظور آزمون این تفاوت بین گروه‌های آزمون و کنترل، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. طبیعی بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌های متغیر سبک زندگی، به ترتیب، با استفاده از آزمون‌های شاپیرو ویلک و لوین با مقادیر کمتر از ۰/۰۵ مورد تایید قرار گرفت. همگنی ماتریس کواریانس نیز با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر سبک زندگی مورد تأیید قرار گرفت (P=۰/۱۴۵، F=۷/۹۸۰). مفروضه برابری کواریانس نیز با استفاده از آزمون ماچلی در متغیر سبک زندگی مورد تایید قرار گرفت (P=۰/۵۵۳). لذا، می‌توان از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت تعیین تفاوت سبک زندگی در گروه‌های طرحواره‌درمانی و کنترل استفاده کرد (جدول شماره ۵).

چنانچه در جدول شماره ۵ نشان داده شده است، برحسب نمرات حاصل از "طرحواره‌درمانی" اثر اصلی عامل زمان معنادار است، به این معنی که میانگین‌های برآوردشده نمرات سبک زندگی از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری را نشان می‌دهد (P=۰/۴۵). اثر اصلی عامل عضویت گروهی (طرحواره‌درمانی در مقابل عدم مداخله) معنادار به دست آمد، یعنی گروه‌های پژوهشی در مجموع، از نظر نمرات سبک زندگی، تفاوت معناداری را نشان می‌دهند. تعامل عامل زمان و عضویت گروهی

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

(شرایط پژوهشی) از نظر آماری معنادار به دست آمد؛ این یافته به معنای این است که بین گروه آزمایش و کنترل تغییر معناداری در میانگین نمره سبک زندگی شرکت‌کنندگان از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به وجود آمده است (P≤۰/۰۰۰۱). توان آماری برابر با ۰/۹۹۰ نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای این نتیجه‌گیری است و میزان اثر عضویت گروهی بر تغییرات نمرات سبک زندگی ۴۱٪ از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری براساس این ابزار به دست آمد.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی متغیرهای سطح تحصیلات و وضعیت شغلی به تفکیک گروه‌ها

گروه	آزمون (طرحواره‌درمانی)	آزمون (رفتاردرمانی دیالکتیکی)	کنترل	
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	نتیجه آزمون
وضعیت تحصیلات				
سواد نهضت تا ابتدایی	۱ (۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	
ابتدایی تا دیپلم	۱۱ (۷۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	۸ (۵۳/۳)	P=۰/۲۵۱
لیسانس تا فوق لیسانس	۳ (۲۰/۰)	۴ (۲۶/۷)	۵ (۳۳/۴)	
وضعیت شغلی				
کار دولتی	۳ (۲۰/۰)	۶ (۴۰/۰)	۵ (۳۳/۳)	
کار آزاد	۳ (۲۰/۰)	۵ (۳۳/۳)	۶ (۴۰/۰)	
خانه‌دار	۸ (۵۳/۳)	۳ (۲۰/۰)	۳ (۲۰/۰)	P =۰/۴۵۶
بازنشسته	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۷)	

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت تعیین تفاوت سبک زندگی در گروه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و کنترل در جدول شماره ۶ آمده است. برحسب نمرات سبک زندگی در گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی، اثر اصلی عامل زمان معنادار است، یعنی میانگین‌های برآوردشده نمرات سبک زندگی از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری را نشان می‌دهند (P=۰/۰۰۲). اثر اصلی عامل عضویت گروهی (رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقابل عدم ارائه مداخله) معنادار به دست آمد، یعنی گروه‌های پژوهشی در مجموع، از نظر نمرات سبک زندگی، تفاوت معناداری را نشان می‌دهند. تعامل عامل زمان و عضویت گروهی (شرایط پژوهشی) از نظر آماری معنادار بود. این یافته به معنای این است که بین گروه آزمون و کنترل تغییر معناداری در میانگین نمره‌کژتنظیمی هیجانی شرکت‌کنندگان از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به وجود آمده است. توان آماری برابر با ۰/۹۹۳ نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای چنین نتیجه‌گیری است، و میزان اثر عضویت گروهی بر تغییرات نمرات سبک زندگی، ۴۲ درصد از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری براساس این ابزار به دست آمد.

جدول شماره ۴: آماره توصیفی متغیر سبک زندگی در گروه‌های طرحواره‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و کنترل طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
سبک زندگی پیش‌آزمون	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۸۰/۴۰	۶/۵۶
	طرحواره‌درمانی	۸۱/۲۳	۶/۶۳
	گروه کنترل	۸۰/۸۲	۶/۲۷
سبک زندگی پس‌آزمون	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۹۶/۲۶	۶/۴۷
	طرحواره‌درمانی	۹۵/۲۰	۷/۶۳
	گروه کنترل	۸۰/۷۳	۶/۹۳
سبک زندگی پیگیری	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۹۴/۲۶	۶/۸۹
	طرحواره‌درمانی	۹۵/۳۶	۶/۳۳
	گروه کنترل	۷۹/۰۶	۷/۶۵

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت تعیین تفاوت سبک زندگی در گروه‌های طرحواره‌درمانی و کنترل

منبع تغییرات	متغیرها		مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
سبک زندگی	درون‌آزمودنی	عامل ۱ (زمان)	۱۸/۶۸۹	۱	۱۸/۶۸۹	۲/۸۹۰	۰/۰۰۲	۰/۱۳۵	۰/۳۷۵
	گروه	عامل ۱*گروه	۱۱۲/۵۵۶	۱	۱۱۲/۵۵۶	۱۹/۶۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲	۰/۹۹۰
	خطا	خطا	۱۵۹/۹۳۳	۲۸	۵۵/۵۵۶				
	بین‌آزمودنی	گروه	۴۱۸/۱۷۸	۱	۴۱۸/۱۷۸	۱۳/۶۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸	۰/۹۴۶

جدول شماره ۶: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت تعیین تفاوت سبک زندگی در گروه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و کنترل

منبع تغییرات	متغیرها		مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
سبک زندگی	درون‌آزمودنی	عامل ۱ (زمان)	۱۷/۰۶۷	۱	۱۷/۰۶۷	۱/۶۵۲	۰/۰۰۲	۰/۰۵۶	۰/۲۳۷
	گروه	عامل ۱*گروه	۲۱۶/۶۰۰	۱	۲۱۶/۶۰۰	۲۰/۹۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸	۰/۹۹۳
	خطا	خطا	۲۸۹/۱۳۳	۲۸	۱۰/۳۳۳				
	بین‌آزمودنی	گروه	۵۱۳/۶۱۱	۱	۵۱۳/۶۱۱	۷۱/۱۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸۰	۰/۹۷۹

در عین حال، مشخص نیست کدام گروه (طرحواره‌درمانی یا رفتاردرمانی دیالکتیکی) نمرات بالاتری را در متغیر سبک زندگی به دست آورده است. لذا، از آزمون بون‌فرونی برای مقایسه تعقیبی در متغیر مورد بحث استفاده شد (جدول شماره ۷). چنانچه در جدول شماره ۷ ملاحظه می‌شود، بین تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی و طرحواره‌درمانی گروهی بر سبک زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ($P\leq ۰/۰۰۰۱$)، به این معنا که نه تنها بین تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی و طرحواره‌درمانی گروهی نسبت به گروه کنترل در بهبود سبک زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ($P\leq ۰/۰۰۰۱$)، بلکه رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در مقایسه با طرحواره‌درمانی گروهی تاثیر بیشتری بر ارتقای سبک زندگی دارد.

جدول شماره ۷: نتایج آزمون بون‌فرونی برای مقایسه متغیر سبک زندگی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
سبک زندگی	رفتاردرمانی دیالکتیکی	طرحواره‌درمانی	۰/۴۶۷	۱/۱۹۷	۰/۰۰۱
	درمان فراشناختی	کنترل	۴/۷۷۸	۱/۱۹۷	۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی	کنترل	۴/۳۱۱	۱۹۷/۱	۰/۰۰۱

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی گروهی بر سبک زندگی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر تاثیر دارد. این یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج حاصل از تحقیقات مرادی حاصلی و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر تاثیر طرحواره‌درمانی بر سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش وزن همسو است و در راستای مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۹۹) قرار می‌گیرد که تاثیر طرحواره‌درمانی را بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به آسم مورد تایید قرار دادند، و همچنین، با نتایج مطالعه محمدی‌نژادی و ربیعی (۱۳۹۴) مبنی بر تاثیر طرحواره-درمانی بر کیفیت زنان مطلقه هم‌راستا است.

بخشی از تمرکز طرحواره‌درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد (بعد رفتاری) بیماران است که از دوران کودکی شکل گرفته و تا بزرگسالی ادامه پیدا کرده است. طرحواره‌درمانی با به‌کار بردن روش‌های مربوط به تغییر دادن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار (مثل استفاده از فلش‌کارت‌ها)، سعی در تغییر دادن این سبک‌ها در بیماران دارد. به عبارت دیگر، طرحواره‌درمانی با استفاده از

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

روش‌های رفتاری در سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر و انتخاب مسیر درست شیوه زندگی که عامل مهمی در تداوم طرحواره‌های بیماران قلبی‌عروقی است، نیز تغییرات قابل توجهی ایجاد می‌کند و در نهایت، با بهبود طرحواره‌ها به ارتقای سبک زندگی بیماران کمک می‌کند.

در این پژوهش مشخص شد که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی بر سبک زندگی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر موثر بود. با توجه به اینکه درخصوص این یافته، مطالعه‌ای که کارآیی رفتاردرمانی دیالکتیکی را بر سبک زندگی نشان داده باشند، یافت نشد، لذا پژوهشگر به مقایسه یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعات مشابه می‌پردازد. برای مثال، این یافته تحقیق همسو با نتایج مطالعه صالحی مقدم و همکاران (۱۳۹۹) بود که تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیک را بر سبک زندگی مربوط به خوردن و شاخص توده بدنی در افراد فزون وزن نشان دادند و همچنین، با نتایج مطالعات کاظمی رضایی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر تاثیر آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی‌عروقی، مطالعه توکلی و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر پایبندی به درمان و رفتار خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب، و مطالعه رحمانی و امیدی (۱۳۹۸) مبنی بر تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن و اختلال پرخوری مشابه است. مطابق با دیدگاه لینهان، در طی رفتاردرمانی دیالکتیکی چهار مولفه ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی آموزش داده می‌شود. ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا بفهمند هیجان‌ها را نباید الزاما سرکوب کرد، بلکه می‌توان از طریق بذل توجهی انعطاف‌پذیر و متمرکز در همان لحظه مربوط به زمان حال تحمل کرد و پذیرفت. تنظیم هیجان به اصلاح آن دسته از باورهای غلط هیجانی که مورد تأیید افراد هستند کمک می‌کند و آنها را تشویق می‌کند تا هیجان‌ها را مشاهده کنند و از یکدیگر افتراق دهند تا از طریق به کارگیری آنها، به معنای گسترده‌تری دست یابند و بدین ترتیب، از میزان بروز تجربیات هیجانی نامطلوب بکاهند. مهارت تحمل پریشانی به افراد کمک می‌کند تا با انجام برخی از فعالیت‌های سازنده یا ایجاد تعمدی هیجان‌های خوشایند، جایگزین کردن افکار و تقویت سایر حواس، توجه‌برگردانی کنند و قدرت تحمل پریشانی و رنج و اندوه را در خود بالا ببرند. مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی نیز به افراد کمک می‌کند تا از جرات‌مندی بیشتری برخوردار شوند و در روابط بین‌فردی، چیزی را که می‌خواهند، به دست آورند، مهارت "نه گفتن" در آنها تقویت شود، با تعارض‌ها مقابله کنند و توانایی استمرار روابط بین‌فردی و حفظ احترام به خویشتن در آنها افزایش یابد (لینهان، ۲۰۰۵). لذا، مهارت‌های شناختی و رفتاری لازم برای ارتقای سبک زندگی طی به‌کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی در اختیار زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی قرار می‌گیرد.

براساس مهم‌ترین یافته این پژوهش مشخص شد که رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در مقایسه با طرحواره‌درمانی گروهی تاثیر بیشتری بر بهبود سبک زندگی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر دارد. در خصوص این یافته، مطالعه مشابهی یافت نشد، لذا پژوهشگران تنها به تبیین یافته‌های حاصل از مطالعه خود بسنده می‌کنند. روش‌های ذهن‌آگاهی در رفتاردرمانی دیالکتیکی به مددجویان یاد می‌دهد تا نسبت به هیجان‌ها، افکار و رفتارهای خود آگاهی بیشتری کسب کنند و درنتیجه، میزان خودکنترلی و توانایی مدیریت شیوه زندگی خود را بالا ببرند. به کارگیری تمرینات ذهن‌آگاهی به افراد با بیماری عروق کرونر کمک می‌کند راهبردهای کارآمدتری را برای تنظیم هیجانات اتخاذ کنند. زمانی که هیجانات در قالب افکار، همزمان با حس‌های بدنی آشکار می‌شوند، اگر فرد یاد بگیرد در این حالت همراه حس‌های بدنی خود بماند، واکنش‌پذیری هیجانی او کاهش می‌یابد. ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا با تسلط یافتن بر تجارب درونی (حس افکار، هیجانات، تصاویر ذهنی و حس‌های بدنی)، قبل از آنکه تحت تأثیر محرک‌های استرس‌زا قرار بگیرند، سبک زندگی خود را تغییر دهند. مهارت‌های کارآمدی بین‌فردی به افراد کمک می‌کند با استفاده از ارتباط کلامی و غیرکلامی، گوش دادن فعال، توانایی ابراز احساسات و بازخورد، مذاکره، امتناع و رد کردن درخواست دیگران و رفتار جرات‌مندانه، تعارضات بین‌فردی را حل کنند (لینهان (۲۰۰۵). برتری کارآیی رفتاردرمانی دیالکتیکی نسبت به طرحواره‌درمانی گروهی را می‌توان به کارگیری مهارت‌های شناختی و رفتاری لازم برای ارتقای سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نسبت داد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی در مقایسه با طرحواره‌درمانی تاثیر بیشتری بر ارتقای سبک زندگی افراد با بیماری عروق کرونر دارد؛ آموزش استفاده از رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر برای بهبود سبک زندگی

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی توصیه می‌شود.

این پژوهش تنها بر روی نمونه‌ای از زنان متاهل ۳۵ تا ۵۰ ساله مبتلا به بیماری عروق کرونر در شهر تهران انجام شد، که این مسئله ممکن است قابلیت تعمیم یافته‌ها را کاهش دهد؛ لذا، پیشنهاد می‌شود سایر محققان علاقمند، موضوع مورد بحث در این پژوهش را در سایر شهرها یا بر جمعیتی شامل مردان انجام دهند. داده‌های این پژوهش از طریق پرسشنامه گردآوری شد؛ لذا باید توجه داشت که در برخی از فرهنگ‌ها با توجه به شرایط خاص اجتماعی، پرسشنامه نمی‌تواند دقت لازم را در گردآوری داده‌ها داشته باشد؛ از این رو، پیشنهاد می‌شود گردآوری داده‌ها تنها متکی به پرسشنامه‌های خودگزارشی نباشد و از سایر روش‌های گرداوری داده (نظیر مشاهده، مصاحبه یا ابزارهای جمع‌آوری داده‌های زیستی) استفاده شود. اجرای پیگیری کوتاه‌مدت یک ماهه نیز از جمله محدودیت‌های مهم این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود سایر محققان تأثیر مداخلات مورد بحث را در دوره‌های نسبتا طولانی (حداقل ۳ ماه) مورد پیگیری قرار دهند تا میزان ثبات نتایج در طول زمان مشخص شود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه هیچ‌گونه حامی مالی نداشت. نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل است، و هیچ‌گونه تضاد منافعی با سازمان‌ها و اشخاص دیگر ندارد. بدین‌وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در این مقاله تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

منابع فارسی

توکلی، فاطمه؛ کاظمی زهرانی، حمید؛ صادقی، معصومه. ۱۳۹۷. اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر حل تعارض بین فردی بیماران عروق کرونر قلبی، پژوهش پرستاری، ۱۳(۲): ۱۰۱-۹۳.

رحمانی ملیحه، امیدی عبداله. ۱۳۹۸. اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن و اختلال پرخوری: یک کارآزمایی بالینی، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۸(۲):۱۴۶-۱۳۳.

صالحی مقدم، نیکناز؛ حاتمی، محمد؛ احدی، حسن؛ حاتمی، حمیدرضا. ۱۳۹۹. اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودکارآمدی، سبک زندگی مربوط به خوردن و شاخص توده بدنی در افراد فزون وزن، اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۱۵(۵۵):۴۷-۵۶.

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؛ 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.

علیپور، احمد؛ رضایی، اکبر؛ هاشمی، تورج؛ یوسفپور، ناهید. ۱۳۹۶. اثربخشی رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر اصلاح سبک زندگی در بهبود علائم حیاتی و بهزیستی روانشناختی بیماران کرونر قلبی، روانشناسی سلامت، ۵(۲۰): ۱۲۵-۱۳۶.

کاظمی رضایی، سیدولی؛ کاکابرایی، کیوان؛ حسینی، سعیده السادات. ۱۳۹۸. اثربخشی آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم شناختی هیجان و سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۲(۴):۱۱۱-۹۸.

لعلی، محسن؛ عابدی احمد؛ کجباف، محمدباقر. ۱۳۹۱. ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سبک زندگی (LSQ)، پژوهشهای روان شناختی، ۱۵(۱):۱۵-۲۲.

محمدی، حانیه؛ سپهری شاملو، زهره؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد. ۱۳۹۸. اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه، اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۱۴(۵۱):۲۷-۳۶.

محمدی نژادی، بهجت؛ ربیعی، مهدی. ۱۳۹۴. بررسی اثربخشی طرح واره درمانی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی زنان مطلقه، طب انتظامی، ۴(۳): ۱۷۹-۱۹۰.

مرادحاصلی مستانه، شمس اسفندآباد حسن، 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):۸۹-۷۴.

منابع انگلیسی

Forgas JP. Feeling is believing? The role of processing strategies in mediating affective influences on beliefs. In N. H. Frijda, A. S. R. Manstead, & S. Bem (Eds.), Emotions and belief: How feelings influence

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

thoughts. New York: Cambridge University Pres;2012:45-48.
Held C, Iqbal R, Lear SA, Rosengren A, Islam S, Mathew J, et al. Physical activity levels, ownership of goods promoting sedentary behaviour and risk of myocardial infarction: Results of the interhart study. European Heart Journal. 2012;33(4):452-66.
Linehan M. Skills training manual for treating borderline personality disorder. 2nd ed. New York: Guilford Publications;2005:97-102.
Michael A, Richard N, Stone EJ. Pathophysiology of Atherosclerosis. Cellular and Molecular Pathobiology of Cardiovascular Disease. International publish: Oxford;2014: ۲۲۱-۲۳۷.
Miller AL, Rathus JH, Linehan M. Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. NY, Guilford Press;2007: 38-70.
Reyes C, Pons NA, Reñones CR, Gallisà JB, Val VA, Tebé C, Mateo GF. Association between serum ferritin and acute coronary heart disease: A population-based cohort study. Atherosclerosis.2020;293(1):69-74.
Rugulies R, Framke E, Sørensen JK, Svane-Petersen AC, Alexanderson K, Bonde JP, Kivimäki M. Persistent and changing job strain and risk of coronary heart disease. A population-based cohort study of 1.6 million employees in Denmark. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health.2020;1(1):1-10.
Uwakwe CBU, Akanbi ST. Effectiveness of dialectical behaviour therapy in reduction of test anxiety among students with learning disabilities in Oyo State, Nigeria. IFE PsychologIA: An International Journal2017; 25(2):165–179.
Valentine SE, Bankoff SM, Poulin RM, Reidler EB, Pantalone DW. The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: a systematic review of the treatment outcome literature. Journal of Clinical Psychology.2015;71, 1-20.
Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press;2003:19-26.
Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange; 1990:55-59.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

Original Article

Comparison of the effect of schema therapy and dialectical behavior therapy on lifestyle of women with coronary artery heart disease

Golriz Mohammadi[1], PhD Candidate
*** Ahmad Karbalaei Mohammad Migooni[2], PhD**
Saied Malihialzakerini[3], PhD
Maryam Kalhornia Golkar[4], PhD

Abstract

Aim. The present study aimed to compare the effect of schema therapy and dialectical behavior therapy on lifestyle of women with coronary artery heart disease.

Background. Given that an unhealthy lifestyle is one of the main determinants of early onset of coronary heart disease in adulthood and its resulting mortality, the need for therapeutic interventions in this group of patients seems necessary.

Method. This experimental study (pre-test-post-test with control group and follow-up) was conducted on women with coronary heart disease in Tehran in 2019-2020. A total of 45 female patients were selected by available sampling method and randomly allocated to two experimental group and one control group (15 people in each group). Experimental and control groups were assessed during the pre-test, post-test and one -month follow-up stages by Lali et al. (2012) lifestyle questionnaire. Eight sessions of group schema therapy (for one experimental group) and eight sessions of group dialectical behavior therapy (for another experimental group) were held (two sessions per week for 4 weeks). The data were analyzed using repeated measures analysis of variance in SPSS V.23.

Findings. Both interventions were effective in promoting lifestyle in women with coronary heart disease ($p \leq 0.0001$). Also, group dialectical behavior therapy had a greater effect on lifestyle promotion in women with coronary heart disease compared with group schema therapy ($p \leq 0.0001$).

Conclusion. Training of the use of group dialectical behavior therapy is recommended as an effective intervention method for improving lifestyle of women with coronary heart disease.

Keywords: Dialectical behavior therapy, Schema therapy, Lifestyle, Coronary heart disease

1 PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
2 Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (*Corresponding Author) email: g.mohamadi28144@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

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]