

## اثربخشی روش درمان مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش بازداری هیجانی بیماران دیالیزی تحت درمان در مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸

فاطمه خزاعی<sup>۱</sup>، حسن میرزاحسینی<sup>۲</sup>، مصطفی نوکنی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم انسانی واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی واحد قم دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران  
<sup>۳</sup> استادیار دانشکده پزشکی اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

نویسنده مسئول:

حسن میرزاحسینی

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال ششم)  
شماره ۲۲ / زمستان ۱۳۹۹ / ص ۱۱-۱۹

### چکیده:

**مقدمه:** تنظیم هیجان و کاهش بازداری هیجانی در بیماران دیالیزی می تواند در کنار آمدن آنها با بیماری بسیار موثر و مفید باشد چرا که بیماران از ابراز هیجانات خودداری کرده و آنان را با پریشانی روبرو می کند؛ روش طرحواره درمانی هیجانی می تواند برای رسیدن به این هدف یاری رسان باشد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روش طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش بازداری هیجانی بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر کاربردی و نیمه آزمایشی بوده که بصورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل طراحی و پیاده سازی شده است. کلیه بیماران سرپایی تحت درمان با دستگاه دیالیز در مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، در سال ۹۷-۱۳۹۸ جامعه آماری مطالعه را تشکیل می دادند. در این پژوهش نمونه گیری به صورت در دسترس انجام گرفت؛ بدین منظور ۳۰ نفر از بیماران انتخاب و در دو گروه آزمایش و گروه کنترل- ۱۵ نفر قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه بازداری هیجانی بود که توسط راجر و نجاریان مورد تجدید نظر قرار گرفت؛ همچنین مداخلات و پروتکل درمانی به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای در گروه مداخله پیاده سازی شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش کوواریانس چند متغیری و با نرم افزار spss نسخه ۲۴ صورت پذیرفت.

**یافته ها:** نتایج مطالعه نشان داد جلسات طرحواره درمانی هیجانی بر بازداری هیجانی بیماران تاثیر داشته است و منجر به افزایش نمره میانگین نسبت به پیش آزمون بوده است.

**نتیجه گیری:** بر اساس یافته های پژوهش می توان بیان کرد که روش طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش بازداری هیجانی بیماران دیالیزی موثر بوده. و می تواند بعنوان یک مداخله موثر به کار گرفته شود.

**کلیدواژه ها :** طرحواره درمانی هیجانی، هیجان، بازداری هیجانی ، بیماران دیالیزی

**مقدمه:**

تقریباً همه انسان ها هیجان هایی نظیر غم، خشم، نگرانی و اضطراب را تجربه می کنند اما همه آنها به اختلالات روانپزشکی دچار نمی شوند آنچه حائز اهمیت است تفسیر فرد از هیجان و سبک های مقابله با آن است. هیجانها را فرایندهای الکتروشیمیایی ای که در بخش های مختلف مغز رخ می دهد (۱). پیامدهای تفکر " غیر منطقی " (۲) تعیین کننده توانایی پردازش اطلاعات (۳). حاوی اطلاعاتی درباره نیازها و افکار (۴) دانسته اند. از آنجایی که بیان هیجانات در کلیه مراحل زندگی امری لازم و ضروری بوده و منجر به داشتن حال بهتر می گردد متأسفانه افراد مبتلا به بیماری مزمن از ابراز هیجانات خودداری می کنند که این امر بنوبه خود احساس ناخوشایند آنان را افزایش می دهد. در واقع آنان بازداری هیجانی را انتخاب می کنند لذا انگیزه لازم جهت ایجاد راهبردهای مناسب بمنظور مقابله با مشکلات و رسیدن به اهداف را ندارند (۵). موقعیت هایی هست که هیجان های دردناک را به اختلال روانی پیوند می زند؛ تفسیرها و پاسخ های فرد به هیجان های دردناک تعیین می کند آیا از دل تجربه هیجان، آسیب روانی بیرون خواهد آمد (۶).

بیماران تحت درمان با دیالیز نیز از این امر مستثنی نبوده و بازداری هیجانی و رفتاری، یکی از عوامل ایجاد اضطراب و نگرانی در آنان گردیده است. بازداری هیجانی یک الگوی ثابت رفتاری و واکنش های هیجانی به افراد ناآشنا و موقعیت های جدید است که افراد بازدارنده معمولاً در این موقعیت های جدید اجتناب را انتخاب می کنند (۷). بیماران دیالیزی با توجه به شرایط جسمی و روحی خاص بیماران با مشکلات بسیاری دست و پنجه نرم می کنند (۸). آنها هیجاناتی از جمله غم، گریه، یاس و ناامیدی، سرخوردگی، بی ارزش بودن یا تنهایی، اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند؛ با اجتناب از ابراز هیجانات در برخورد با محیط اطرافشان دچار پریشانی می شوند و نگران آینده نامعلوم خود هستند و هیچ آمیدی به بهبود اوضاع ندارند (۹)؛ لذا بیماران تحت درمان با دیالیز، به دنبال راهی هستند تا بتوانند به طور کامل از مسائل و مشکلات خود رهایی یابند؛ لذا طرحواره درمانی هیجانی که الگوی نوینی برای هیجان به شمار می رود شرایطی را برای بیمار ایجاد می کند تا بتواند استقلال عمل بیشتری داشته باشد؛ با هیجانات خود و نحوه برخورد با آنها بیشتر آشنا شود (۱۰).

طرحواره درمانی هیجانی به باورهای درباره هیجان های خود و دیگران و همچنین نحوه تنظیم آنها گفته می شود (۱۱) مدل طرحواره درمانی هیجانی به پردازش تجربه هیجان می پردازد به گونه ای که به فرد کمک کند به جای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها و هیجانات منفی، راهکاری را انتخاب کند که وی را در ابراز هیجانات یاری رساند (۱۲).

از آنجا که بازداری هیجانی موجب افزایش نگرانی، رفتارهای ناسازگارانه و کاهش کیفیت زندگی می شود و این موضوع با اضطراب، روان رنجوری و عواطف منفی همراه است (۱۳) این پژوهش با هدف سنجش تاثیر مداخله روانشناختی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی به عنوان درمانی برای تنظیم هیجان و کاهش بازداری هیجانی در راستای کنار آمدن فرد با بیماری طراحی و اجرا شد.

**روش مطالعه**

مطالعه کنونی کاربردی و نیمه آزمایشی بوده است و به صورت پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل طراحی و پیاده سازی شده است. کلیه بیماران سرپایی تحت فرآیند درمان با دستگاه دیالیز در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۹۷-۱۳۹۸ جامعه آماری مطالعه را تشکیل می دادند. در این بین با استفاده از روش غیر احتمالی در دسترس ۵ بیمارستان ارائه دهنده خدمت انتخاب شدند. به سبب ذات مطالعه برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی و شبه آزمایشی با توجه به جدول کوهن، (۱۴)، و با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۱. بر اساس پیشینه پژوهش (۱۵) برای گروه مداخله و شاهد، ۱۵ نفر انتخاب شدند و در مجموع ۳۰ نفر حجم نمونه واحد های مورد مطالعه بودند.

همچنین به منظور انتخاب نمونه ها معیار های تکمیل فرم رضایت آگاهانه، تمایل به شرکت در مطالعه، بهره مندی از حداقل تحصیلات، عدم محدودیت در زمان شروع درمان، بازه سنی ۲۰ الی ۵۰ بودن به عنوان شاخص های ورود به مطالعه و همچنین وجود نشانه های روانپزشکی، اعتیاد به مواد مخدر، استفاده از دارو در درمان و سایر درمان های روانشناختی در طی ۶ ماه گذشته؛ به عنوان ملاک های خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند.

ابزار جمع آوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه بازداری هیجانی بوده است که پس از تنظیم ساختار اولیه پرسشنامه کنترل هیجانی توسط راجر و نشور (۱۶) این پرسشنامه مجدداً توسط راجر و نجاریان مورد تجدید نظر قرار گرفت (۱۷). پرسشنامه مذکور دارای ۵۶ ماده و ۴ خرده مقیاس بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار و کنترل خوش خیم می باشد. هر خرده مقیاس ۱۴ ماده دارد.

- بازداری هیجانی: مواد ۱، ۶، ۸، ۱۱(-)، ۱۶، ۲۰، ۲۳(-)، ۲۵(-)، ۳۰(-)، ۳۷، ۴۳، ۵۰، ۵۲(-) و ۵۶(-)؛ کنترل پرخاشگری: مواد ۲-، ۱۰(-)، ۱۲(-)، ۱۵، ۱۸(-)، ۱۹(-)، ۲۴(-)، ۲۶(-)، ۲۷، ۳۳، ۳۶(-)، ۴۰(-)، ۴۴ و ۴۸؛ نشخوار یا مرور ذهنی: مواد ۳، ۹(-)، ۱۳، ۲۲، ۲۸(-)، ۳۱، ۳۲، ۳۴، ۳۸، ۴۱، ۴۶(-)، ۴۹، ۵۱(-) و ۵۳(-)؛ کنترل خوش خیم: و مواد ۴، ۵(-)، ۷(-)، ۱۴، ۱۷(-)، ۲۱(-)، ۲۹(-)، ۳۵، ۳۹، ۴۲(-)، ۴۵(-)، ۴۷(-)، ۵۴ و ۵۵(-).

گزینه های پاسخ، درست و غلط است که به گزینه درست آن، نمره ۱ و به گزینه ی غلط آن نمره صفر تعلق می گیرد البته موادی که با علامت - مشخص شده اند در جهت عکس کنترل هیجانی است و به گزینه درست نمره صفر و به گزینه ی غلط نمره ۱ تعلق می گیرد. بنابراین، نمره یک فرد در هر خرده مقیاس از ۰ تا ۱۴ و در کل مقیاس از ۰ تا ۵۶ متغیر خواهد بود. در این پرسشنامه، نمره بالاتر بیانگر کنترل هیجانی بالاتر است. راجر و نجاریان همسانی درونی پرسشنامه مذکور را برای خرده مقیاس های بازداری هیجانی، پرخاشگری، نشخوار و کنترل خوش خیم به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۷۹ گزارش کردند، رهیعی نیا در سال ۱۳۸۰ ضریب آلفای کرونباخ را با استفاده از روش همسانی درونی برای کل مقیاس و خرده مقیاس های بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار و کنترل خوش خیم به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۵۸ به دست آورده است. (۱۸) برای اجرای پرسشنامه؛ مداخلات و پروتکل درمانی توسط تیم پژوهش (دانشجوی دکترای مشاوره و دو تن از اساتید روانشناسی و مشاوره) به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای با سرفصل های ذیل در گروه مداخله پیاده سازی شد.

#### جدول ۱: محتوای جلسات طرحواره درمانی هیجانی بر اساس رویکرد طرحواره درمانی

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | معارفه و ارائه اطلاعات کلی پژوهش و مدل طرح واره درمانی هیجانی، توضیح اصل رازداری، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، پیش آزمون                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| جلسه دوم   | آشنایی و شناسایی هیجان ها، افزایش شناخت از پیچیدگی هیجان، دسته بندی هیجان، برجسب زنی و افتراق هیجان ها از یکدیگر، توصیف کارکرد هیجان ها و ارائه آموزش هایی در مورد کارایی آنها، شناسایی الگوی هیجانی بیماران، بررسی هیجان به عنوان هدف، تقویت پردازش هیجانی، مشاهده و ثبت هیجان ها                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| جلسه سوم   | فهم، نام گذاری و تفکیک هیجان ها، بیان تمایز و ارتباط میان هیجان، افکار و رفتار، آرایه الگویی از هیجان به بیماران و مرتبط ساختن هیجان با ارزشها، تقویت آگاهی هیجانی، تجربه کردن هیجان به صورت موج، آموزش و تمرین راهبردهای شناختی طرح واره درمانی با تأکید بر نقش هیجان های اولیه                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| جلسه چهارم | بیان ابعاد طرحواره های هیجانی (باورهای بیمار)، ارزیابی هیجان ها و شناسایی طرحواره های هیجانی ددرسرساز و ناکارآمد هیجانی بیماران در موقعیت های مختلف و ارائه اطلاعاتی در جهت به چالش کشیدن باورهای غلط، انجام تکنیک های رفتاری جهت آزمون باورهای هیجانی غلط، تکنیک از دست رفتن همه چیز و تکنیک سپاسگزاری                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| جلسه پنجم  | بیان ادامه ابعاد طرحواره های هیجانی، بیان سبک های مقابله ای مشکل آفرین، مرتبط ساختن طرحواره های هیجانی با راهبردهای مقابله ای مشکل آفرین، آموزش تکنیک کوچک شمردن مشکل از طریق تصویرسازی ذهنی بمنظور ایجاد قدرت تحمل هیجان ها و اقدام متضاد                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| جلسه ششم   | ادامه ذهن آگاهی متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان (کنترل، پذیرش، تواتق، طول مدت و....)، آموزش نحوه یادگیری طرحواره های هیجانی و بیان مفهوم جامعه پذیری و کمک به اعضا برای دست یابی به احساسات اولیه یا طرحواره های هیجانی ناسازگار بنیادی با استفاده از تکنیک تصویرسازی تجارب کودکی و بزرگسالی و کاوش در زمینه هیجان های مشترک هر دو تجربه، بررسی و اصلاح باورهای ناکارآمد هیجانی و بازسازی شناختی، ایجاد قدرت تحمل هیجان ها و افزایش قدرت پذیرش هیجان ها، مزایا و معایب پذیرش هیجان ها، آموزش گذرا بودن هیجان، آموزش راهبردهای انطباقی رفتاری برای سازش آموزش تکنیک توقف فکر |
| جلسه هفتم  | اعتباریابی و اعتبار بخشی هیجانی، شناسایی باورهای غلط هیجانی و معیارهای نادرست برای اعتبار بخشی هیجانی، بررسی مفهوم اعتبارزدایی، شناسایی پاسخ های ددرسرساز نسبت به اعتبار زدایی، ابداع راهبرد های سازگانه تر برای مقابله با اعتبار زدایی، آموزش اعتبار بخشی دلسوزانه به خویشان برای اعضای گروه، توجه به مفهوم اینجا و اکنون بهنجار سازی تجربه هیجانی استفاده از تکنیک عادی سازی هیجان، ادامه چالش با بیمار برای رها ساختن راهبردهای ددرسرساز از طریق آموزش و شناسایی راهبردهای مفید و ذهن آگاهی به منظور دست کشیدن از نگرانی و نشخوار فکری، آموزش تکنیک آرامسازی و ریلکسیشن                  |
| جلسه هشتم  | ادامه بازسازی طرحواره هیجانی و سبک های مقابله ای مفید تقویت آگاهی هیجانی، معرفی راهبردهای حل مسئله، ارائه الگویی جدید و دستورالعمل های خاص، روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل و جمع بندی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۴ صورت پذیرفت. جهت توصیف نمونه ها از آمار توصیفی شامل توزیع فراوان، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل داده ها در سطح آمار استنباطی و سنجش رابطه بین متغیر ها از آزمون همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و آزمون کوواریانس چند متغیری MANCOVA استفاده گردید.

#### یافته ها

در این مطالعه، درصد مشارکت گروه آقایان بیشتر از زنان بوده است (۵۶.۶ درصد). همچنین افراد با سطح تحصیلات دیپلم بیشترین مشارکت (۳۰ درصد) را به نسبت دیگر سطوح تحصیلات داشته اند. همچنین افرادی که در وضعیت تاهل، متاهل بوده اند بیشترین واحد

های مورد مطالعه را تشکیل می دادند و افراد بیکار با میزان ۵۶.۶ درصد بیشترین بودند. بیشترین افراد نیز در بازه سنی ۳۶-۴۰ سال بوده اند.

جدول شماره ۲ نشان می دهد؛ نمره میانگین کلیه ابعاد کنترل هیجانی در گروه آزمایش پس از مداخله، افزایش پیدا کرده است. نمره میانگین کل کنترل هیجانی نیز با افزایش روبرو بوده است و نسبت افزایش میانگین بازداري هیجانی به سایر ابعاد کنترل هیجانی بعد از مداخله، بیشتر بوده است.

**جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون های گروه های آزمایش و کنترل متغیر بازداري هیجانی بعد کنترل هیجانی**

| شاخص متغیر      |         | پیش آزمون    |         | پس آزمون     |      |
|-----------------|---------|--------------|---------|--------------|------|
| گروه ها         | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |      |
| بازداري هیجانی  | کنترل   | ۸/۰۶         | ۱/۲۷    | ۸/۱۳         | ۱/۳۵ |
|                 | آزمایش  | ۷/۵۳         | ۱/۳۵    | ۱۱/۷۳        | ۱/۵۳ |
| کنترل پرخاشگری  | کنترل   | ۹/۴۶         | ۰/۹۹    | ۹/۶۰         | ۰/۹۱ |
|                 | آزمایش  | ۸/۰۶         | ۲/۹۶    | ۱۱/۴۶        | ۱/۰۶ |
| نشخوار فکری     | کنترل   | ۹/۸۰         | ۱/۳۲    | ۹/۸۰         | ۱/۳۲ |
|                 | آزمایش  | ۸/۵۳         | ۱/۶۴    | ۱۱/۲۶        | ۱/۳۳ |
| کنترل خوش خیم   | کنترل   | ۹/۷۳         | ۱/۱۶    | ۹/۸۰         | ۱/۱۴ |
|                 | آزمایش  | ۹/۱۳         | ۲/۲۶    | ۱۱/۶۶        | ۱/۲۹ |
| کل کنترل هیجانی | کنترل   | ۳۷/۰۶        | ۲/۲۱    | ۳۷/۳۳        | ۲/۳۵ |
|                 | آزمایش  | ۳۳/۲۶        | ۶/۹۲    | ۴۶/۱۳        | ۳/۴۶ |

جدول شماره ۳ و ۴ نشان می دهد تفاوت معناداری بین گروه ها هم در بعد بازداري هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار فکری و کنترل خوش خیم بیماران دیالیزی وجود دارد. با توجه به اینکه میزان کنترل هیجانی در گروه طرحواره درمانی هیجانی نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته است، این افزایش بدان معنی است که طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش بازداري هیجانی بیماران دیالیزی موثر بوده است.

**جدول ۳: تحلیل کوواریانس تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش بازداري هیجانی بیماران دیالیزی**

| منابع تغییر  | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | سطح معناداری | مقدارات |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|---------|
| پیش آزمون    | ۱۵۸/۲۱۱       | ۱          | ۱۵۸/۲۱۱         | ۴۹/۱۸۲ | ۰/۰۱         | ۰/۶۴۶   |
| بین گروه ها  | ۷۲۹/۱۷۶       | ۱          | ۷۲۹/۱۷۶         | ۲۲۶/۶۷ | ۰/۰۱         | ۰/۸۹۴   |
| درون گروه ها | ۸۶/۸۵         | ۲۷         | ۳/۲۱            |        |              |         |

**جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل کواریانس زیر مقیاس های کنترل هیجانی در گروه های طرحواره درمانی هیجانی و کنترل**

| زیر مقیاس ها   | تعداد | F     | سطح معناداری | اثر اتا |
|----------------|-------|-------|--------------|---------|
| بازداري هیجانی | ۳۰    | ۸۱/۷۳ | ۰/۰۱         | ۰/۷۷۳   |
| کنترل پرخاشگری | ۳۰    | ۳۳/۹۷ | ۰/۰۱         | ۰/۵۸۶   |
| نشخوار فکری    | ۳۰    | ۲۴/۵۴ | ۰/۰۱         | ۰/۵۰۶   |
| کنترل خوش خیم  | ۳۰    | ۳۸/۷۰ | ۰/۰۱         | ۰/۶۱۷   |

**بحث**

دیالیز بعنوان درمان جایگزین کلیه، فرآیندی است که طی آن مواد زائد و مایعات اضافی که در نتیجه عملکرد از دست رفته کلیه ها در بدن تجمع یافته است، از بدن دفع می کنند (۱۹). بیمارانی که فرصت کافی برای واکنش و انطباق با نارسایی مزمن کلیوی داشته اند، کمتر از کسانی که نارسایی کلیه و وابستگی به دستگاه برای آن ها تازه است دچار علائم روانشناختی تطابق می گردند. نوع واکنش بیماران به دیالیز، علاوه بر ویژگی های شخصیتی، به باورهای بیماران نسبت به هیجانهایشان بستگی دارد. آنها طیفی وسیعی از هیجانها را تجربه می کنند، هیجان ها را ماندگار، منحصر به فرد، غیرطبیعی و غیر قابل کنترل تلقی می کنند، و از پذیرش هیجانها و ابرازگری آنها سر یاز می زند در نتیجه این بازداری هیجانی، طرحواره های هیجانی منفی بروز می یابند (۲۰) و بیماران در تنظیم هیجانات خود دچار مشکل می شوند (۲۱).

طرحواره درمانی هیجانی بر پایه هفت اصل اساسی است ۱- هیجانهای دردناک، همگانی اند ۲- هیجانها در جریان تکامل ظهور یافته اند و افراد را از نیازها و وجود خطر مطلع می سازند ۳- باورها و طرحواره های هیجانی، تعیین کننده تاثیر هیجان بر تداوم خود هیجان یا سایر هیجانها می باشد ۴- طرحواره های هیجانی ناسازگار باعث می شود فرد هیجانها را غیر طبیعی، شرم آور، غیر قابل کنترل، منحصر به فرد، دائمی و غیر قابل بیان برای دیگران بداند ۵- هیجانها غیر قابل تحمل هستند ۶- اعتباریابی ۷- پرورش تحمل ناکامی و افزایش خودکارآمدی (۲۲). به طور کلی میتوان گفت طرحواره درمانی هیجانی به عنوان یک الگوی درمانی یکپارچه ساز هر چهار ویژگی درمان پروتکل یکپارچه برلو و همکاران را دارد (۲۳) و از طریق آنها عمل می کند. این چهار ویژگی عبارت اند از: افزایش آگاهی هیجانی، شناسایی و مقابله با اجتناب هیجانی و تجربی، مواجهه سازی با سرنخ های هیجانی درونی و بیرونی و افزایش انعطاف پذیری در ارزیابیها و انتسابها. (۲۴).

برای تبیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی میتوان گفت که این الگوی درمانی به جای تاکید بر چگونگی ایجاد هیجانها بوسیله شناختها و تداوم راهبردهای مقابله ای ناکارآمد بر اساس نحوه فکر کردن درباره هیجانها، بر این عقیده است که هیجان ها بسته به نوع پاسخ افراد به تجارب زندگی و باورهای آنها به زندگی مشکل آفرین می شوند، در واقع هیجان به خودی خود دردسرساز نیست بلکه تفسیرها و راهبردهای مقابله ای جهت واکنش به هیجان نقش اساسی دارد (۲۵). بنابراین در درجه اول با تغییر باورهای فراهیجانی دردسرساز فرد می توان بر کاهش بازداری هیجانی اثر گذاشت. در طرحواره درمانی هیجانی به افراد کمک می شود تا هیجان ها و باورهای مربوط به هیجان های خود را شناسایی نموده، نسبت به آنها آگاهی پیدا نماید، به جای اجتناب هیجانهای خود، آنها را بعنوان جنبه های طبیعی و جدایی ناپذیر زندگی خود بپذیرد (۲۶) و به جای سرکوب و مقابله ناکارآمد با هیجانات منفی از طریق ذهن آگاهی و اعتباربخشیدن به به ابرازگری آنها بپردازد (۲۷).

به بیان دیگر بر اساس تکنیک های به کار برده شده در روش طرحواره درمانی هیجانی، فرد دیگر هیجانها را غیر طبیعی نمی داند و چون آنها را می پذیرد از ابراز آنها واهمه ای نخواهد داشت. در سطح شناختی نیز با آگاهی از راهبردهای مقابله ای ناکارآمد، معایب و محاسن آنها، تمایز افکار از هیجانات، فاجعه زدایی، تقویت آگاهی هیجانی، افراد را آماده پذیرش هیجانات و افکارشان می نماید، با آموزش مراحل مواجهه با هیجان، بر ترس خود غلبه می کند و از طریق روشهایی مانند ثبت هیجان، ثبت افکار خود آیند تغییر ابعاد طرحواره های هیجانی و سایر فنون، بیمار به پردازش هیجانی خود می پردازد (۲۸). بنابراین رویکرد طرحواره درمانی هیجانی با تغییر باورهای دردسرساز فرد به کاهش بازداری هیجانی در افراد کمک می کند. اجتناب از هیجان کاهش یافته و توانایی بیمار در مواجهه با هیجانهایش افزایش میابد (۲۹).

یافته های مطالعه نشان می دهد؛ نمره میانگین کلیه ابعاد کنترل هیجانی در گروه آزمایش پس از مداخله- طرح واره درمانی هیجانی-، افزایش پیدا کرده است. نمره میانگین کل کنترل هیجانی نیز با افزایش روبرو بوده است و نسبت افزایش بعد بازداری هیجانی بعد از مداخله، بیشتر از سایر ابعاد کنترل هیجانی بوده است. بر این اساس، جلسات طرحواره درمانی هیجانی بر اساس رویکرد طرحواره درمانی بر تمامی ابعاد کنترل هیجانی تاثیر داشته است و منجر به افزایش نمره میانگین نسبت به پیش آزمون بوده است، این افزایش بدان معنی است که طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش بازداری هیجانی بیماران دیالیزی موثر بوده است.

این یافته با نتایج تحقیقات مشابه بیلک (۳۰)، یانگ، کلاسکو و ویشار (۳۱)، کریسچ (۳۲) فریدمن (۳۳)، هیز، لوما و همکاران (۳۴)، دانشمندی و همکاران (۳۵)، رضایی و همکاران (۳۶)، عرفان و همکاران (۳۷)، قدم پور و همکاران (۳۸)، بیاضی و همکاران (۳۹)، گلستانی و رضانی (۴۰)، بساک نژاد و همکاران (۴۱) و مومنی، خدامراد و فرنز رادمهر (۴۲) همسو است.

نتایج این مداخله در دیگر بیماری ها نیز موثر بوده است. عابدی شرق و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی درمان طرح واره درمانی هیجانی بر نشانه های بالینی و طرحواره هیجانی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی تاثیر مناسبی در کاهش اختلال وسواس داشته است و می تواند به عنوان یک درمان موثر در اصلاح بسیاری از طرحواره های هیجانی زنان مبتلا به اختلال وسواس مورد توجه قرار گیرد (۴۳). رضایی؛ سپهوندی و میرزایی، (۱۳۹۵) در تحقیق خود بیان کردند که درمان طرحواره های هیجانی به طور معناداری باعث کاهش اجتناب از رفتار اجتماعی شده است و درمان طرحواره های هیجانی نه تنها در کاهش اجتناب از رفتار اجتماعی موثر است بلکه موجب کاهش سایر سبک های مقابله ای اجتناب می شود (۴۴)، کاپرون، کاتو و اسمیت

(۲۰۱۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی موجب کاهش حساسیت اضطرابی میشود، لیپی (۲۰۱۵) در مطالعه خود نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی بر اضطراب مؤثر است، مظلوم و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند طرحواره درمانی بر کاهش استرس پس از سانحه مؤثر می باشد (۴۵). نتایج تحقیق سام مهر و همکاران (۱۳۹۸) با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود اضطراب اجتماعی و بازداری هیجانی در دانش آموزان پسر دوره دوم متوسطه دارای اضطراب اجتماعی شهرستان ارومیه نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب اجتماعی و بازداری هیجانی دانش آموزان به طور ناآثار معنادار داشته است. (۴۶) طاهرمنش و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی قصه درمانی بر بازداری هیجانی و ابراز وجود کودکان دارای اختلالات یادگیری بیان کردند که درمان طرحواره های هیجانی به طور معناداری باعث افزایش ابراز وجود در کودکان شده است.

## نتیجه گیری

انسان سازگار کسی است که از سلامت روانی برخوردار باشد اما تغییرات ناگهانی، سازگاری فرد را زیر سوال می برد و احتمال بروز پریشانی، استرس و سردرگمی را افزایش می دهد (۵۴). بیماران تحت درمان با دیالیز نسبت به افراد سالم، توانایی کمتری در سازگار شدن دارند، لذا استفاده از راهبرد هایی برای سازگاری آنان با مراحل درمانی و بالینی؛ بمنظور کاهش بازداري هیجانی و بهبود زندگی آنها لازم است. با توجه به نتایج این پژوهش مبنی بر اثربخشی رویکرد طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش بازداري هیجانی بیماران دیالیزی می توان از این روش درمانی به عنوان یکی از راهبردهای معتبر و کارآمد در بخشهای مراقبت از بیماران دیالیزی، در مراحل مختلف انواع بیماری ها و همچنین سایر بیماریهای خاص که به نحوی با آسیب به جا گذاشته، زندگی افراد را در طولانی مدت درگیر میسازد؛ بکار گرفته شود. همچنین از آن جایی که بیماریهای مزمن معمولاً چند بعدی بوده و علاوه بر بیمار، خانواده وی را نیز تحت الشعاع قرار می دهد، پیشنهاد می گردد، همزمان با استفاده از مداخله های روانشناختی در بخش دیالیز بیمارستان ها، به درمان های روانشناختی در خانواده های این بیماران نیز توجه شود.

## تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری می باشد؛ بدین وسیله نویسندگان از همکاری و حمایت معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و همکاری پرستاران بخش های دیالیز مراکز درمانی دانشگاه، بیماران شرکت کننده و کلیه افرادی که در اجرای هر چه بهتر این پژوهش کمک نموده اند؛ صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایند

## References :

- 1-Davidson RJ, McEwen BS. Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature neuroscience*. 2012;15(5):689-95.
- 2-Clark DA, Beck AT. *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*: Guilford Press; 20۱۱
- 3-Forgas JP. Mood and judgment: the affect infusion model (AIM). *Psychological bulletin*. 1995;117(1):39.
- 4-Greenberg LS. *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*: American Psychological Association; 2015.
- 5-Carr A. *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*: Routledge; 2011.
- 6- Zirak H, Azadi R. *Emotional schema therapy*, First Edition, Tehran, Arjmand ,2017: 35-60
- 7-Cooper CL, editor. *Theories of organizational stress*. Oup oxford; 1998 Oct 29.
- 8-Rambod M, Rafii F, Hosseini F. *Quality of Life in Patients with End Stage Renal Disease*. Hayat. 2008;14.(۲)
- 9-Kirby K. *Nursing textbooks: comparative representation of physicians and advanced practice nurses [Honor Thesis]*. US: Hampshire University. 2013.
- 10-Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*: Guilford press; 2011.
- 11-Capron DW, Kotov R, Schmidt NB. A cross-cultural replication of an interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide. *Psychiatry research*. 2013;205(1-2):74-8.
- 12-Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012;40(7):976-1002.
- 13-Clark LA, Watson D .Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*. 1991;100(3):316.
- 14-Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*: Academic press; 2013.
- 15-Dehghani Y. *The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on depression and quality of life in women with dialysis patients*. 2016.
- 16-Roger D, Nesselroever W. The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotional control. *Personality and individual Differences*. 1987;8(4):527-34.
- 17-Roger D, Najarian B. The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and individual differences*. 1989;10(8):845-53.
- 18-Rafienia P. *Relationship of emotional expression styles with general health of students*. Master's dissertation Psychology, Tarbiat Modarres University. 2001.
- 19-Bakr A, Amr M, Sarhan A, Hammad A, Ragab M, El-Refaey A, et al. *Psychiatric disorders in children with chronic renal failure*. *Pediatric nephrology*. 2007;22(1):128-31.
- 20-Izadi F, Ashrafi E, Fathi Ashtiani A. *The Structural Pattern of the Relationship between Negative Emotional Schemas and Somatic Symptoms by Mediating Alexithymia and Emotional Expressiveness*. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2019;16(3):311-23.
- 21-Cox BJ, Swinson RP, Shulman ID, Bourdeau D. *Alexithymia in panic disorder and social phobia*. *Comprehensive Psychiatry*. 1995;36(3):195-8.
- 22-Leahy RL. *A model of emotional schemas*. *Cognitive and behavioral practice*. 2002;9(3):177-90.
- 23-Barlow D, Ellard K, Fairholme C, Farchione C, Boisseau C, Allen L, et al .*The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. 2011.
- 24-Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TJ, Barlow DH. *Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data*. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010;17(1):88-101.
- 25-Leahy RL. *Emotional schema therapy: a bridge over troubled waters*. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. 2011:109-31.
- 26-Leahy RL. *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice*: Guilford Publications; 2015.
- 27-Leahy RL. *Emotional schema therapy*: Guilford Publications; 2015.
- 28-Tirsch DD, Leahy RL, Silberman LR, Melwani PS. *Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: The role of flexible response patterns to anxious arousal*. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012;5(4):380-91.
- 29-Boogar IR, Farahnaz K, Tarbaran F. *Investigating the relationships of emotional schema, cognitive-behavioral avoidance and cognitive-affective system with generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder*. *Pajoohandeh Journal*. 2013;18(5):267-76.
- 30-Bilek EL, Ehrenreich-May J. *An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms*. *Behavior Therapy*. 2012;43(4):887-97.
- 31-Young J, Klosko J, Weishaar M. *Schema therapy: A practitioner" s guide*. A Division of Guilford Publications. Inc; 2003.



32-Kirsch J. Early maladaptive schemas, self-esteem, and changes in depression and anxiety in young adults during residential substance abuse treatment: Widener University, Institute for Graduate Clinical Psychology; 2009.

33-Friedman R, Sobel D, Myers P, Caudill M, Benson H. Behavioral medicine, clinical health psychology, and cost offset. *Health Psychology*. 1995;14(6):509.

34-Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*. ۲۰۰۶; ۴۴(۱):۵۰-۶۰.

35-Daneshmandi S, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi H. The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2014;22(5):1. ۹۴-۴۸۱

36-Rezaei F, Sepahvandi Ma, Mirzaei Habili Kh. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive-behavioral Avoidance and the Severity of Generalized Anxiety of Symptoms in Female Students with Generalized Anxiety Disorder. *Psychological studies*. 2017; 13 (1): 43-62.

37-Erfan A, Noorbala AA, Amel SK, Mohammadi A, Adibi P. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Emotional Schemas and Emotional Regulation in Irritable Bowel Syndrome: Single Subject Design. *Advanced biomedical research*, 2018.

38-Ghadmapour E, Hosseini Rameghani N, Moradi S, Moradiani SK, Alipour K, The Effectiveness of Emotional Schema Therapy , 2017;24(2): 118-111.

39-Bayazi, Hossein M., Gohari, Zakia, Hojjat, Kaveh S., et al. Relationship between emotional schemas and anxiety, depression and coping stress styles in patients with coronary artery disease. Special issue of students *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2014; 5 (5): 1098-1.

40-Golestani Z, Ramezani Kh. Comparison of Behavioral Activation System and Behavioral Inhibition System, Emotional Regulation and Coping Styles of Addicted People with Normal, Sixth Scientific Conference on Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Harms of Iran, Tehran, 2017

41-Basaknejad Soodabeh; Nasrollah Moeini and Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand. Relationship between processing, post-event and cognitive socialization with social anxiety in students, *Journal of Behavioral Sciences*. 2010; 4 (4): 34-23.

42-Momeni, Khodamrad, Radmehr. Evaluating the effectiveness of emotional schema therapy on interpretation bias (self-interpretation, self-interpretation) in patients with generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Studies*. 2018; 8 (32): 49-65.

43-Abedi Shargh N, Ahavan M, Dostian Y and Azami Y. The Effectiveness of Treatment of Emotional Emotional Schema Therapy on Clinical Symptoms and Emotional Schema in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Practice, *Quarterly Journal of Clinical Psychology Studies*, 2017; 7 (26).

44-Rezaei M, Ghadampur E, Kazemi R. Effectiveness of emotional schema therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder. 2016.

45-Mazloom M, Yaghubi H, Mohammadkhani S. Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation model. *Personality and Individual Differences*. 2016;88:94-8.

46- Sam Mehr S, Khademi V . The Effectiveness of Mindfulness Based Therapy on Improving Social Anxiety and Emotional Inhibition in Secondary School Students with Social Anxiety in Urmia, 4th International Conference on New Research in Educational Sciences, Psychology and Social Studies in Iran , Permanent Secretariat [https://www.civilica.com/Paper-ESCONF04-ESCONF04\\_166.html](https://www.civilica.com/Paper-ESCONF04-ESCONF04_166.html), 2009