رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۵، شماره پیاپی ۱۱۰، مرداد ۱۴۰۴
*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(5), 2025*

# مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و زندگی درمانی بر پایبندی به درمان در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب

# Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Life Therapy on Treatment Adherence in Coronary Artery Disease Patients with Anxiety Symptoms

**مریم صادق پور**
گروه رواشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
**دکتر بهرام میرزائیان** (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه رواشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
**دکتر اصغر نوروزی**
استادیار، گروه رواشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

**Maryam Sadeghpour**
Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.
**Dr. Bahram Mirzaian ***
Assistant professor, Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.
bahrammirzaian@iau.ac.ir
**Dr. Asghar Noruzi**
Assistant professor, Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.

## چکیده

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و زندگی درمانی بر پایبندی به درمان در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران زن مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب شهر بابل در سال ۱۴۰۳ بودند. ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس از بخش قلب بیمارستان مهرگان شهرستان بابل انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب بک (BAI؛ بک و همکاران، ۱۹۹۳) و مقیاس پایبندی به درمان موریسکی (MMAS؛ موریسکی و همکاران، ۲۰۰۸) استفاده شد. درمان هیجان‌مدار بر اساس پروتکل گرینبرگ و زندگی درمانی بر اساس پروتکل حسن‌زاده در طول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی ارائه شدند. داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج مقایسه زوجی نشان داد که زندگی درمانی در مقایسه با درمان هیجان مدار به‌طور معنادار تاثیر بیشتر بر افزایش پایبندی به درمان در بیماران عروق کرونری قلب در مرحله پیگیری داشته است (P<۰/۰۵)؛ اما هر دو درمان نسبت به گروه کنترل تا مرحله پیگیری بر پایبندی به درمان به‌طور معنادار موثر بوده‌اند (P<۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان مدار و زندگی درمانی دو درمان موثر بر افزایش پایبندی به درمان است؛ اما زندگی درمانی در طول زمان اثر بیشتری داشته است.

***واژه‌های کلیدی:*** *درمان هیجان مدار، زندگی درمانی، پایبندی به درمان.*

## Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and life therapy on adherence to treatment in coronary artery disease patients with anxiety syndrome. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population of this study included all female patients with coronary artery disease with anxiety syndrome in Babol city in 2024. 45 people were selected by a non-random sampling method from the cardiac ward of Mehregan Hospital in Babol city and were randomly assigned to three groups: experimental 1 (15 people), experimental 2 (15 people), and control (15 people). Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1993) and Moriski Medication Adherence Scale (MMAS; Moriski et al., 2008) were used to collect data. Emotion-focused therapy based on the Greenberg protocol and life therapy based on the Hassanzadeh protocol were presented in groups during 8 90-minute sessions. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. Pairwise comparison results showed that life therapy had a significantly greater effect on increasing adherence to treatment in coronary artery disease patients in the follow-up phase compared to emotion-focused therapy (P<0.05); however, both treatments were significantly more effective on adherence to treatment compared to the control group until the follow-up phase (P<0.05). Overall, it can be concluded that emotion-focused therapy and life therapy are two effective treatments for increasing treatment adherence, but life therapy had a greater effect over time.

***Keywords:*** *Emotion-Focused Therapy, Life Therapy, Treatment Adherence.*

**نوع مقاله : پژوهشی** | **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۴** | **پذیرش: خرداد ۱۴۰۴** | **ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۴**

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]

[ DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.15 ]

## مقدمه

اضطراب با تأثیرگذاری بر عود بیماری و پایبندی به درمان، نقش مهمی در بیماران قلبی ایفا می‌کند. اضطراب بالا با پیامدهای قلبی شدیدتر، از جمله افزایش خطر حملات قلبی، سکته و عوارض قلبی مکرر مرتبط است (پنگ[1] و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب باعث فعال شدن بیش از حد سیستم عصبی سمپاتیک و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال می‌شود که منجر به افزایش ضربان قلب، فشار خون، آسیب اندوتلیال و پیشرفت تصلب شرایین می‌شود که همگی خطر ایسکمی قلبی، آریتمی و مرگ ناگهانی قلبی را افزایش می‌دهند (ال-سوتاری و خیراسات[2]، ۲۰۲۵). علاوه بر این، اضطراب می‌تواند انگیزه و توانایی بیماران را در پایبندی به داروهای تجویز شده و اصلاح سبک زندگی که برای پیشگیری ثانویه حیاتی هستند، مختل کند (گارسیا[3] و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب همچنین در رفتارهای منفی سلامتی مانند سیگار کشیدن، رژیم غذایی نامناسب و عدم فعالیت بدنی نقش دارد و خطر عوارض قلبی عروقی را بیشتر تشدید می‌کند (رضائی و همکاران، ۲۰۲۴). تقویت متقابل بین اضطراب و بیماری قلبی عروقی چرخه‌ای ایجاد می‌کند که بهبودی را پیچیده کرده و خطر مرگ و میر را افزایش می‌دهد. بیمارانی که اضطراب بالاتری دارند، اغلب پریشانی هیجانی بیشتری تجربه می‌کنند که همه این موارد مانع توانبخشی آن‌ها می‌شود (کارنی[4] و همکاران، ۲۰۲۴)، بنابراین مدیریت اضطراب در بیماران قلبی برای بهبود پایبندی به درمان، کاهش عود و افزایش پیش‌آگهی کلی ضروری است.

پایبندی به درمان در بیماران قلبی به میزان پیروی افراد از رژیم دارویی تجویز شده، از جمله مصرف صحیح داروها، شرکت در جلسات پیگیری و اجرای تغییرات سبک زندگی توصیه شده توسط ارائه دهندگان خدمات درمانی اشاره دارد (وگریف[5] و همکاران، ۲۰۲۵). پایبندی بالا برای حفظ ثبات فیزیولوژیکی، کاهش علائم، جلوگیری از پیشرفت بیماری و کاهش خطر بستری شدن در بیمارستان و مرگ و میر بسیار مهم است. مطالعات نشان می‌دهد که پایبندی ضعیف رایج است، به طوری که بسیاری از بیماران داروها را قطع یا به طور نامنظم مصرف می‌کنند که این امر خطر حوادث قلبی مکرر و مرگ را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد (اهکام[6] و همکاران، ۲۰۲۵). عوامل مؤثر بر پایبندی شامل دانش بیمار، باورهای مربوط به اثربخشی دارو، حمایت اجتماعی، عملکرد شناختی و مصرف مواد است. مداخلاتی مانند یادآوری دارو، روابط حمایتی بیمار و ارائه دهنده خدمات درمانی و آموزش، میزان پایبندی را بهبود می‌بخشد (بابیگسیا و دیوینینی[7]، ۲۰۲۴). پایبندی، رابطه بین علائم نارسایی قلبی و بقای بدون حادثه قلبی را میانجی‌گری می‌کند و نقش اصلی آن را در پیامدهای بیمار برجسته می‌کند. بنابراین، ارتقای پایبندی یک هدف کلیدی در مراقبت‌های قلبی برای بهینه‌سازی اثربخشی درمان و بهبود پیش‌آگهی طولانی‌مدت است (چن[8] و همکاران، ۲۰۲۲).

پایبندی به درمان در بیماران قلبی با حفظ ثبات فیزیولوژیکی، مدیریت علائم و جلوگیری از پیشرفت بیماری، پیامدهای سلامتی آن‌ها را به طور قابل توجهی بهبود می‌بخشد (اهکام و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات به طور مداوم نشان می‌دهند بیمارانی که رژیم‌های دارویی تجویز شده و توصیه‌های سبک زندگی را دنبال می‌کنند، کمتر در بیمارستان بستری می‌شوند، خطر ابتلا به حوادث قلبی مکرر کاهش می‌یابد و میزان مرگ و میر کمتری دارند. پایبندی ضعیف با افزایش تشدید نارسایی قلبی، کاهش عملکرد فیزیکی و میزان بالاتر بستری مجدد در بیمارستان و مرگ مرتبط است. به عنوان مثال، بیماران غیر پایبند در مقایسه با بیماران پایبند، بیش از دو برابر در معرض خطر حوادث قلبی عروقی نامطلوب مانند انفارکتوس میوکارد، سکته مغزی یا مرگ قلبی هستند (اسکالوینی[9] و همکاران، ۲۰۲۱). مداخلات برای بهبود پایبندی به درمان، کاهش قابل توجهی در میزان مرگ و میر و بستری مجدد نشان داده است که نقش حیاتی پایبندی در پیشگیری ثانویه را برجسته می‌کند. بنابراین، ترویج و حمایت از پایبندی به درمان برای افزایش بقای طولانی مدت و کیفیت زندگی در بیماران قلبی ضروری است (بورگ، ۲۰۲۱). بر این اساس نقش مداخلات روانشناختی جهت کاهش اضطراب به منظور بهبود پایبندی بیماران قلبی به درمان از اهمیت بالایی برخوردار است.

1 Peng
2 Al-Sutari & Khraisat
3 Garcia
4 Carney
5 Wegerif
6 Ahkam
7 Babygeetha & Devineni
8 Chen
9 Scalvini

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.15 ]

درمان هیجان مدار (EFT)[1] یک رویکرد روان‌درمانی است که بر درک، تجربه و تغییر هیجان‌ها به عنوان کلید تغییر روانشناختی پایدار تمرکز دارد. این روش به مراجعین کمک می‌کند تا از احساسات خود آگاه‌تر شوند، آن‌ها را بپذیرند و از تجربیات هیجانی برای ایجاد معانی و پاسخ‌های جدید و سالم‌تر استفاده کنند (آردال[2] و همکاران، ۲۰۲۵). درمان هیجان مدار بر اهمیت پردازش هیجانی در حل مشکلات روانشناختی و بهبود خودتنظیمی تأکید می‌کند و منجر به هویت خود قوی‌تر و روابط بین فردی بهتر می‌شود. درمان هیجان مدار با تقویت آگاهی و تنظیم هیجان، مراجعین را قادر می‌سازد تا به جای اجتناب از هیجانات دشوار، با آن‌ها روبرو شوند که این امر باعث بهبود و مقابله سازگارانه می‌شود (المیدا[3] و همکاران، ۲۰۲۵). در مورد پایبندی به درمان، درمان هیجان مدار می‌تواند با پرداختن به موانع عاطفی مانند ترس، شرم یا مقاومت که اغلب انگیزه پیروی از رژیم‌های پزشکی یا درمانی را تضعیف می‌کنند، تعامل بیماران را بهبود بخشد. هنگامی که افراد احساسات خود را بهتر درک و مدیریت می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که به برنامه‌های درمانی متعهد شوند و تغییرات رفتاری را حفظ کنند (الچیتگار[4] و همکاران، ۲۰۲۵). تحقیقات نشان می‌دهد که درمان هیجان مدار منجر به کاهش علائم و بهبود عملکرد می‌شود که می‌تواند اعتماد به نفس و تمایل بیماران به پایبندی به درمان را افزایش دهد (فار[5] و همکاران، ۲۰۲۴). اگرچه مطالعات مستقیم در مورد تأثیر درمان هیجان مدار بر پایبندی به درمان محدود است، اما تمرکز آن بر پردازش هیجانی نشان می‌دهد که با کاهش موانع هیجانی و افزایش خودکارآمدی، از پایبندی پشتیبانی می‌کند. بنابراین، درمان هیجان مدار نقش ارزشمندی در بهبود پایبندی از طریق تحول عاطفی و تقویت انگیزه ایفا می‌کند.

زندگی درمانی (LT)[6] یک رویکرد روانشناسی مثبت است که با کمک به افراد در شناسایی و بهبود حوزه‌های کلیدی زندگی خود، مانند روابط، کار و اهداف شخصی، هدف آن افزایش رضایت از زندگی و بهزیستی است. این رویکرد بر افزایش جنبه‌های خوشایند، خوب و معنادار زندگی تمرکز دارد و در نتیجه شادی و رضایت را بدون تمرکز بر آسیب‌های گذشته ارتقا می‌دهد (سرآبادانی و همکاران، ۱۴۰۱). این درمان شخصی‌سازی‌شده و آینده‌نگر، افراد را قادر می‌سازد تا تغییرات مثبتی ایجاد کنند و حس کنترل و خوش‌بینی را تقویت کنند. در مورد پایبندی به درمان، زندگی درمانی می‌تواند انگیزه و بهزیستی روانشناختی را بهبود بخشد، که برای بیماران جهت پیروی مداوم از رژیم‌های درمانی حیاتی است. با افزایش رضایت کلی از زندگی و کاهش پریشانی روانشناختی، بیماران بیشتر احتمال دارد که به طور فعال در مراقبت‌های بهداشتی خود مشارکت کنند و منجر به پایبندی بهتر شود (حسن‌زاده، ۱۴۰۰). پایبندی بهبود یافته، به نوبه خود، به مدیریت بهتر بیماری، عوارض کمتر و افزایش کیفیت زندگی کمک می‌کند و یک حلقه بازخورد مثبت ایجاد می‌کند. بنابراین، زندگی درمانی از سلامت روان و رفتارهای عملی سلامت پشتیبانی می‌کند و آن را به یک مکمل ارزشمند در برنامه‌های درمانی جامع تبدیل می‌کند.

مقیاسه درمان هیجان‌مدار با زندگی درمانی بر پایبندی به درمان در بیماران قلبی مؤثر است، زیرا هر دو درمان موانع هیجانی و روانی را که معمولاً مانع از تعامل مداوم با درمان می‌شوند، هدف قرار می‌دهند. درمان هیجان‌مدار به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات دشوار مانند اضطراب و افسردگی را که در جمعیت‌های قلبی شایع هستند و بر پایبندی تأثیر منفی می‌گذارند، پردازش و تنظیم کنند. درمان هیجان‌مدار با تقویت دلبستگی هیجانی ایمن و خودکارآمدی، پریشانی هیجانی را کاهش می‌دهد و انگیزه برای پیروی از توصیه‌های پزشکی را بهبود می‌بخشد (دهنوی و همکاران، ۲۰۲۴). در مقابل، زندگی درمانی با تمرکز بر حوزه‌های معنادار زندگی، رضایت و بهزیستی روانشناختی بیماران را افزایش می‌دهد که خوش‌بینی و انگیزه را برای حفظ رفتارهای بهداشتی حیاتی برای مراقبت از قلب افزایش می‌دهد. بهبود کیفیت زندگی با پایبندی بهتر مرتبط است، زیرا افراد احساس می‌کنند که برای شرکت در رژیم‌های درمانی، قدرت و حمایت بیشتری دارند (حسن‌زاده و طالبی، ۱۴۰۲). هر دو درمان به عوامل روانی-اجتماعی مؤثر بر پایبندی، مانند افسردگی، اضطراب و کنترل ادراک شده، می‌پردازند و در نتیجه موانع هیجانی برای مصرف دارو و تغییرات سبک زندگی را کاهش می‌دهند. این روش‌های درمانی با بهبود سلامت روان و تاب‌آوری هیجانی، یک حلقه بازخورد مثبت ایجاد می‌کنند که در آن عملکرد روانشناختی بهتر منجر به پایبندی بیشتر می‌شود که به نوبه خود پیامدهای قلبی و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد؛ اما هر یک از راهبردهای متفاوت جهت تحقق پیابندی بیماران به درمان استفاده می‌کنند، بر این اساس اجرای این پژوهش می‌تواند نقش مهمی در شناسایی بهترین مداخله درمانی در بهبود

1 Emotion-Focused Therapy (EFT)
2 Aardal
3 Almeida
4 Alichitgar
5 Far
6 life therapy

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.15 ]

پایبندی به درمان در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب داشته باشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و زندگی درمانی بر پایبندی به درمان در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب انجام شد.

## روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران زن مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب شهر بابل در سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش (کسب نمره ۷ و بیشتر در پرسشنامه اضطراب بک، اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش، عدم سابقه اختلالات روانشناختی، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته و عدم سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل)، ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس از بخش قلب بیمارستان مهرگان شهرستان بابل انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. معیارهای خروج هم عبارتند از: شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به صورت همزمان؛ غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی بود. ملاحضات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسم آن‌ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد؛ همچنین پرورپوزال این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با شناسه IR.IAU.SARI.REC.1403.031 تایید شده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه‌های مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت سه ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

### ابزار سنجش

**پرسشنامه اضطراب بک (BAI)**[1]: این پرسشنامه توسط بک[2] و همکاران (۱۹۹۳) با ۲۱ سوال جهت سنجش اضطراب طراحی شده است، نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای از هیچ وقت (نمره صفر) الی بسیار زیاد (نمره ۳) انجام می‌شود؛ دامنه نمرات بین صفر الی ۳۶ است و نمرات بیشتر از ۷ نشان دهنده اضطراب است (بک و همکاران، ۱۹۹۳). روایی ملاکی این پرسشنامه با شاخص اضطراب ثبت شده در یک ماه گذشته ۰/۶۶ محاسبه شده است و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۳). در نمونه ایرانی توسط کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) روایی ملاکی بر اساس نمره مصاحبه ارزیابی بالینی بر روی ۱۵۰ آزمودنی را ۰/۷۲ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

**مقیاس پایبندی به درمان موریسکی ( MMAS)**[3]: این مقیاس توسط موریسکی[4] و همکاران (۲۰۰۸) با ۸ سوال جهت سنجش پایبندی به درمان طراحی شده است، نمره‌گذاری به روش باینری بله (نمره ۱) و خیر (نمره صفر) انجام می‌شود؛ دامنه نمرات بین صفر الی ۸ است و نمرات بیشتر نشان دهنده پایبندی به درمان بیشتر است؛ روایی محتوایی بر اساس نظر متخصصان با ضریب توافق ۰/۷۷ مطلوب گزارش شده است و پایایی به روش بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۷۰ گزارش شده است (موریسکی و همکاران، ۲۰۰۸). در نمونه ایرانی لاغوثی و همکاران (۲۰۲۱) روایی محتوایی پرسشنامه را تایید کرد؛ همچنین روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی دو بعد را شناسایی کرد که در مجموع ۶۶ درصد واریانس را تبیین کردند؛ همچنین پایایی بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۸۷ گزارش شد. در پژوهش حاضر پایایی به روش پایایی کودر ریچاردسون ۰/۷۸ مجاسبه شد.

1 Beck Anxiety Inventory (BAI)
2 Beck
3 Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)
4 Morisky

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.15 ]

**درمان هیجان‌مدار:** این درمان در طول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) بر اساس پروتکل گرینبرگ[1] (۲۰۰۶) به‌صورت گروهی ارائه شد؛ همچنین این درمان در ایران توسط حبیبی کیلک و همکاران (۱۴۰۳) در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان اجرا شده است. در جدول ۱ خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار ارائه شده است.

**جدول ۱: خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار**

| جلسه | محتوا |
|---|---|
| اول | اجرای پیش آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات بیماران از درمان. |
| دوم | تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که بیماران چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه و پیوند دلبستگی بیماران، آشنایی بیماران با اصول درمان هیجان مدار و نقش هیجانات در تعاملات بین فردی، باز سازی تعاملات و افزایش انعطافپذیری بیماران |
| سوم | شکل‌دهی دوباره به مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات و نشان دادن رفتارهای دلبستگی به بیمار، آگاهی دادن به بیماران در مورد تأثیر ترس و ساختارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، توصیف چرخه دریافت و زمینه دلبستگی. |
| چهارم | ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه هایی از خود که انکار شده است. جلب توجه بیماران به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دلبستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش. |
| پنجم | آگاه کردن افراد از هیجانات زیربنایی و آشکار سازی جایگاه هر بیمار در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات و بیماران و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته شده، برجسته‌سازی و شرح دوباره نیازهای دلبستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها. |
| ششم | آسان‌سازی بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجربه هیجانی اولیه در زمینه دلبستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دلبستگی های جدید با پیوندی ایمن بین بیماران. |
| هفتم | ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین بیماران و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوی تعاملی، یادآوری نیازهای دلبستگی. |
| هشتم | تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است. برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعاملات فعلی و تعاملات قدیمی ایجاد شده است. شکل‌گیری رابطه بر اساس پیوندی ایمن به گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه حل‌های آسیبی به آن‌ها وارد نسازد، ارزیابی تغییرات و اجرای پس آزمون. |

**زندگی درمانی:** این درمان در طول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) بر اساس پروتکل حسن‌زاده (۱۴۰۰) به‌صورت گروهی ارائه شد. در جدول ۲ خلاصه جلسات زندگی درمانی ارائه شده است.

**جدول ۲: خلاصه جلسات زندگی درمانی**

| جلسات | محتوا |
|---|---|
| اول | اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه لازم است، ارایه کلی مطالب آموزشی پیرامون زندگی و نتایج آن. |
| دوم | طرح سوالاتی پیرامون مفهوم و معنای زندگی، هدف زندگی، الفبای زندگی و اهداف زندگی، ایجاد امید و انتظار درمان و نقش آن در کاهش چالش‌ها و موانع زندگی، و ارایه تکلیف در زمینه تدوین قطب‌نمای یا حوزه‌های زندگی و مشکلات آن و رویکرد حل مسئله (اجرای کاربرگ‌های مرتبط). |
| سوم | بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه، بحث پیرامون شیوه تدوین اهداف رفتاری (جزیی) و غیررفتاری (کلی) و اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت، آموزش جدول یا ماتریس آیزنهاور، ارایه تکلیف در زمینه تدوین فرم تصمیم‌گیری و اهداف زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط). |
| چهارم | بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم اشتیاق برای زندگی، بیان ویژگی‌های افراد مشتاق به زندگی، بحث پیرامون نقش اشتیاق برای زندگی در سلامت روانی افراد، بحث وگفتگو در مورد الفبای زندگی، ارایه تکلیف در زمینه شیوه‌های ایجاد شوق به زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط). |

1 Greenberg

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.15 ]

| | |
|---|---|
| پنجم | بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، بحث وگفتگو در مورد مفهوم امید و ناامیدی، بیان نقش امید در زندگی، ویژگی‌های افراد امیدوار، ارایه تکلیف در زمینه شیوه‌های ایجاد امید به زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط). |
| ششم | بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگی، بحث پیرامون نقش مفهوم گردونه عافیت در زندگی، ارایه تکلیف در زمینه تدوین نمودار چرخ زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط). |
| هفتم | بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفاهیم رضایت از زندگی و مثبت اندیشی وفضا سازی در زندگی، بحث و گفتگو در مورد مفهوم دایره زندگی، ارایه تکلیف در زمینه تدوین دایره زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط). |
| هشتم | بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، جمع‌بندی مطالب جلسات قبلی، ارایه بازخورد به اعضای گروه و قدردانی از حضورشان، و اجرای پس آزمون |

## یافته ها

در این پژوهش ۴۵ زن در سه گروه ۱۵ نفری مشارکت داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان هیجان‌مدار (۹/۲۷±۶۶/۳۳)، زندگی درمانی (۷/۸۷±۷۱/۶۷) و کنترل (۶/۳۲±۶۷/۷۷) بر حسب سال همگون بود. از نظر تحصیلات در گروه گروه درمان هیجان‌مدار ۹ نفر (۶۰ درصد) دارای دیپلم یا کمتر از دیپلم و ۶ نفر (۴۰ درصد) کارشناسی بودند؛ در گروه زندگی درمانی ۱۲ نفر (۸۰ درصد) دیپلم یا کمتر از دیپلم و و ۳ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی بودند، در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳/۳۰ درصد) دارای دیپلم یا کمتر از دیپلم و ۱۰ نفر (۶۶/۷۰ درصد) کارشناسی بودند. از نظر وضعیت اشتغال در گروه درمان هیجان‌مدار ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) شاغل و ۷ نفر (۴۶/۷۰ درصد) بازنشسته/غیرشاغل بودند. در گروه زندگی درمانی ۹ نفر (۶۰ درصد) شاغل و ۶ نفر (۴۰ درصد) بازنشسته/غیرشاغل بودند. در گروه کنترل ۱۰ نفر (۶۶/۷۰ درصد) شاغل و ۵ نفر (۳۳/۳۰ درصد) بازنشسته/غیرشاغل بودند. در جدول ۳ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیر پایبندی به درمان و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

**جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر پایبندی به درمان به تفکیک گروه‌ها**

| متغیرها | مراحل سنجش | گروه | میانگین | انحراف استاندارد | آماره | شاپیرو ویلک معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| پایبندی به درمان | پیش آزمون | زندگی درمانی | ۳/۲۴ | ۰/۷۳ | ۰/۹۴ | ۰/۴۸ |
| | | درمان هیجان‌مدار | ۳/۰۵ | ۰/۷۸ | ۰/۹۲ | ۰/۲۴ |
| | | کنترل | ۳/۲۷ | ۰/۵۳ | ۰/۹۵ | ۰/۷۰ |
| | پس آزمون | زندگی درمانی | ۶/۵۵ | ۱/۳۷ | ۰/۹۶ | ۰/۵۴ |
| | | درمان هیجان‌مدار | ۵/۱۲ | ۱/۶۳ | ۰/۹۱ | ۰/۱۴ |
| | | کنترل | ۳/۲۸ | ۰/۶۸ | ۰/۸۹ | ۰/۱۰ |
| | پیگیری | زندگی درمانی | ۶/۶۱ | ۱/۴۲ | ۰/۹۲ | ۰/۲۴ |
| | | درمان هیجان‌مدار | ۵/۱۷ | ۱/۶۱ | ۰/۹۶ | ۰/۷۳ |
| | | کنترل | ۳/۲۹ | ۰/۷۵ | ۰/۹۵ | ۰/۶۷ |

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر پایبندی به درمان داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه‌های مداخله افزایشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال است ($P>۰/۰۵$)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در متغیر پایبندی به درمان به تفکیک مراحل سنجش ($P=۰/۴۰$، $F=۰/۹۱$) همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است ($P>۰/۰۵$). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر پایبندی به درمان ($P=۰/۰۷$، $W=۰/۸۸$) معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله‌ها در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.15 ]

**جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر پایبندی به درمان**

| اثر | آزمون‌ها | ارزش | مقدار F | درجه آزادی اثر | درجه آزادی خطا | معناداری | ضریب اتا | توان آماری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | اثر پیلایی | ۰/۶۴ | ۳۶/۵۰ | ۲ | ۴۱ | ۰/۰۱ | ۰/۶۴ | ۱ |
| گروه | لامبدای ویلکز | ۰/۳۶ | ۳۶/۵۰ | ۲ | ۴۱ | ۰/۰۱ | ۰/۶۴ | ۱ |
| | اثر هتلینگ | ۱/۷۸ | ۳۶/۵۰ | ۲ | ۴۱ | ۰/۰۱ | ۰/۶۴ | ۱ |
| | بزرگترین ریشه‌روی | ۱/۷۸ | ۳۶/۵۰ | ۲ | ۴۱ | ۰/۰۱ | ۰/۶۴ | ۱ |

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۳۶/۵۰، ۰/۶۴=اثرپیلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از گروه‌ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

**جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای پایبندی به درمان در سه مرحله اندازه‌گیری**

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | معناداری | اندازه اثر | توان آماری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | زمان | ۹۹/۱۷ | ۲ | ۴۹/۵۹ | ۶۷/۵۵ | ۰/۰۱ | ۰/۶۲ | ۱ |
| پایبندی | زمان*گروه | ۵۶/۲۶ | ۴ | ۱۴/۰۷ | ۱۹/۱۶ | ۰/۰۱ | ۰/۴۸ | ۱ |
| به درمان | خطا | ۶۱/۶۶ | ۸۴ | ۰/۷۴ | | | | |
| | بین گروهی | ۱۰۷/۷۶ | ۲ | ۵۳/۸۸ | ۲۲/۲۷ | ۰/۰۱ | ۰/۵۲ | ۱ |

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر پایبندی به درمان (P=۰/۰۱، F=۵۳/۸۸، η=۰/۵۲) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی و بین‌گروهی متغیر پایبندی به درمان**

| مراحل سنجش | | زندگی درمانی | | درمان هیجان‌مدار | | گروه کنترل | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | اختلاف میانگین | معناداری | اختلاف میانگین | معناداری | اختلاف میانگین | معناداری |
| پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۳/۳۱ | ۰/۰۱ | ۲/۰۷ | ۰/۰۱ | ۰/۰۲ | ۱/۰۰ |
| پیش‌آزمون | پیگیری | ۳/۳۷ | ۰/۰۱ | ۲/۱۲ | ۰/۰۱ | ۰/۰۳ | ۱/۰۰ |
| پس‌آزمون | پیگیری | ۰/۰۷ | ۱/۰۰ | ۰/۰۵ | ۱/۰۰ | ۰/۰۲ | ۱/۰۰ |
| مقایسه گروهی | | زندگی درمانی * هیجان‌مدار | | زندگی درمانی * کنترل | | هیجان‌مدار * کنترل | |
| | | اختلاف میانگین | معناداری | اختلاف میانگین | معناداری | اختلاف میانگین | معناداری |
| | | ۱/۰۲ | ۰/۰۱ | ۲/۱۹ | ۰/۰۱ | ۱/۱۷ | ۰/۰۱ |

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان در جدول ۶ نشان می‌دهد که در گروه زندگی درمانی تغییرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P=۰/۰۱) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۱) در پایبندی به درمان تفاوت وجود دارد؛ همچنین نتایج نشان داد در گروه درمان هیجان‌مدار بین پیش‌آزمون و پس آزمون (P=۰/۰۱) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۱) در متغیر پایبندی به درمان تفاوت وجود دارد. اما در گروه‌های درمانی بین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغیرات در متغیر وابسته در هر دو گروه مداخله است. نتایج حاصل در مراحل سنجش گروه کنترل نشان داد که بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج آزمون بن‌فرونی جهت مقیاسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های مداخله (P=۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد؛ در واقع زندگی درمانی نسبت به درمان هیجان‌مدار تاثیر بیشتر در افزایش پایبندی به درمان در بیماران داشته است؛ همچنین نتایج نشان داد که تغیرات دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل معنادار بود (P<۰/۰۵).

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.15 ]

## بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و زندگی درمانی بر پایبندی به درمان در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان هیجان مدار در مقایسه با گروه کنترل در طول زمان باعث افزایش پایبندی به درمان در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب شده است؛ این یافته با پژوهش‌های الچیتگار و همکاران (۲۰۲۵)، فار و همکاران (۲۰۲۴)، گیلی (۲۰۲۰) و عاقل مسجدی و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود اضطراب می‌تواند منجر به رفتارهای اجتنابی و کاهش انگیزه شود و پیروی از رژیم‌های پزشکی را برای بیماران دشوار کند. درمان هیجان مدار به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات خود را شناسایی و پردازش کنند، سطح اضطراب را کاهش دهند و تنظیم هیجان را بهبود بخشند. مطالعه‌ای نشان داد که درمان هیجان مدار به طور قابل توجهی اضطراب را در بیماران قلبی کاهش می‌دهد، که نشان‌دهنده اثربخشی آن در این زمینه است (گیلی، ۲۰۲۰). مطالعه دیگری نشان داد که درمان هیجان مدار پایبندی به درمان را در بین بیماران قلبی بهبود می‌بخشد و نقش آن را در ارتقای رفتارهای بهداشتی بهتر برجسته می‌کند (عاقل مسجدی و همکاران، ۲۰۲۰). درمان هیجان مدار با تقویت آگاهی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای، بیماران را قادر می‌سازد تا استرس را مدیریت کنند و فعالانه‌تر در مراقبت از خود مشارکت کنند. این رویکرد درمانی نه تنها پریشانی روانشناختی را کاهش می‌دهد، بلکه از اتخاذ سبک زندگی سالم‌تر نیز پشتیبانی می‌کند و در نهایت به بهبود پیامدهای قلبی عروقی کمک می‌کند.

یافته دوم نشان داد که زندگی درمانی در مقایسه با گروه کنترل در طول زمان باعث افزایش پایبندی به درمان در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب شده است؛ در بررسی مطالعات پیشین، پژوهشی یافت نشد که این مداخله را به منظور بهبود پایبندی به درمان در ماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب مورد بررسی قرار دهد؛ اما در مطالعات مشابه نتایج گویای این است که کیفیت زندگی درمانی[1] نقش موثری بر سلامت روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری های روانی شدید (رضایی و همکاران، ۱۳۹۹)، تنظیم هیجان و نگرش نسبت به خوردن در زنان مبتلا به چاقی (محمدیان امیری، ۲۰۲۴)، کنترل ترس و اضطراب در کارگران در معرض خطر (ابوطالبی و همکاران، ۲۰۲۳) و مدیریت خشم زنان آسیب دیده (صیادفرد و همکاران، ۲۰۲۴) داشته است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که زندگی درمانی با پرداختن به نیازهای روانی و عاطفی، در افزایش پایبندی به درمان در میان بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب که علائم اضطراب را تجربه می‌کنند، مؤثر بوده است. این رویکرد درمانی بر افزایش بهزیستی بیماران از طریق استراتژی‌های شخصی‌سازی شده که اصلاح سبک زندگی، مدیریت استرس و حمایت عاطفی را تشویق می‌کنند، تمرکز دارد. زندگی درمانی با ادغام تکنیک‌های ذهن آگاهی و شناختی، به بیماران کمک می‌کند تا مکانیسم‌های مقابله‌ای را برای مدیریت اضطراب خود توسعه دهند و آن‌ها را نسبت به توصیه‌های درمانی پذیراتر کند. علاوه بر این، محیط حمایتی ایجاد شده در زندگی درمانی، ارتباط باز را ترویج می‌دهد و به بیماران اجازه می‌دهد تا نگرانی‌ها و ترس‌های مربوط به بیماری خود را ابراز کنند. این حس توانمندسازی، انگیزه آنها را برای پایبندی به داروهای تجویز شده و تغییرات سبک زندگی افزایش می‌دهد (حسن‌زاده، ۱۴۰۰). علاوه بر این، زندگی درمانی بر تعیین هدف و تقویت مثبت تأکید دارد که می‌تواند اعتماد به نفس بیماران را در مدیریت سلامت خود تقویت کند. از آنجایی که بیماران احساس می‌کنند کنترل بیشتری بر اضطراب و پیامدهای سلامتی خود دارند، تعهد آنها به درمان تقویت می‌شود. ماهیت جامع زندگی درمانی نه تنها به سلامت جسمی می‌پردازد، بلکه انعطاف‌پذیری عاطفی را نیز پرورش می‌دهد (سرآبادانی و همکاران، ۱۴۰۱)؛ و منجر به پایبندی بهتر به برنامه‌های درمانی در این جمعیت آسیب‌پذیر می‌شود. در نهایت، این رویکرد یکپارچه از سلامت طولانی مدت و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب پشتیبانی می‌کند.

یافته سوم نشان داد که زندگی درمانی در مقایسه با درمان هیجان‌مدار در طول زمان به‌طور معنادار باعث افزایش پایبندی به درمان در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب شده است؛ در واقع زندگی درمانی تاثیر بیشتری نسبت به درمان هیجان‌مدار داشته است. در بررسی پیشینه هیچ پژوهشی یافت نشد که به مقایسه این دو درمان پرداخته باشد، بر این اساس مقایسه نتایج با محدودیت همراه است. در یک پژوهش مقایسه‌ای نزدیک به پژوهش حاضر نتایج نشان داد که هر دو مداخله زندگی درمانی و واقعیت درمانی بر بهبود اشتیاق به زندگی و سلامت معنوی بیماران مبتلا به ام اس موثر بوده‌اند. اما زندگی درمانی تاثیر بیشتری بر بهبود اشتیاق به زندگی داشته است؛ که نشان دهنده اهمیت این مداخله در بهبود اشتیاق به زندگی در بیماران ام اس را نشان می‌دهد (عاشوری و همکاران، ۱۴۰۳). در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که زندگی درمانی به دلیل رویکرد جامع و عمل‌محور خود، در مقایسه با درمان هیجان‌مدار، تأثیر بیشتری بر افزایش پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب با علائم اضطراب دارد. در حالی که درمان هیجان‌مدار در درجه اول به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات خود را پردازش و ابراز کنند (عاقل مسجدی و همکاران، ۲۰۲۰)، زندگی درمانی بر استراتژی‌های عملی برای مدیریت سلامت و بهزیستی تأکید

1 Quality of life therapy

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]
[ DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.15 ]

دارد. زندگی درمانی با ادغام تعیین هدف و اصلاح سبک زندگی، بیماران را قادر می‌سازد تا گام‌های فعالی در جهت بهبود وضعیت خود بردارند. این تعامل فعال، حس کنترل را تقویت می‌کند که برای بیمارانی که با اضطراب دست و پنجه نرم می‌کنند، بسیار مهم است. علاوه بر این، زندگی درمانی اغلب شامل آموزش در مورد بیماری، افزایش درک و تعهد بیماران به برنامه‌های درمانی خود است. ماهیت حمایتی زندگی درمانی، گفتگوی آزاد در مورد ترس‌ها و نگرانی‌ها را تشویق می‌کند و پایبندی را از طریق مسئولیت‌پذیری تقویت می‌کند (حسن‌زاده، ۱۴۰۰). در مقابل، درمان هیجان‌مدار ممکن است مستقیماً به جنبه‌های عملی درمان نپردازد و به طور بالقوه باعث شود بیماران احساس سردرگمی کنند. تمرکز جامع زندگی درمانی به بیماران کمک می‌کند تا تاب‌آوری و مکانیسم‌های مقابله‌ای ایجاد کنند که به طور مستقیم بر پایبندی آن‌ها به توصیه‌های پزشکی تأثیر می‌گذارد (محمدیان امیری، ۲۰۲۴). در نهایت، این رویکرد چندبعدی منجر به انگیزه پایدار و بهبود برای بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب می‌شود.

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان‌مدار و زندگی درمانی هر دو به‌طور معنادار باعث افزایش پایبندی به درمان در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب شده است؛ اما مقایسه زوجی مداخلات گویای این بود که اثر زندگی درمانی نسبت به درمان هیجان‌مدار بر پایبندی به درمان بیشتر بوده است. در نتیجه، اگرچه هم درمان هیجان‌مدار و هم زندگی درمانی به طور مؤثر پایبندی به درمان را در بین بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب با علائم اضطراب افزایش می‌دهند، اما زندگی درمانی تأثیر بیشتری را نشان می‌دهد. ماهیت پیشگیرانه و کل‌نگر زندگی درمانی، بیماران را به ابزارها و استراتژی‌های عملی مجهز می‌کند که حس کنترل و انگیزه بیشتری را تقویت می‌کند. این به نوبه خود منجر به بهبود پایبندی به برنامه‌های درمانی می‌شود و در نهایت به نتایج بهتر سلامت منجر می‌شود. یافته‌ها نشان می‌دهد که ادغام زندگی درمانی در مراقبت از بیمار ممکن است مزایای قابل توجهی برای این گروه داشته باشد و اهمیت رویکردهای درمانی متناسب در مدیریت بیماری‌های مزمن را برجسته می‌کند.

مطالعه حاضر در نمونه محدودی از بیماران در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب شهر بابل به شیوه در دسترس انجام شد؛ امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بر این اساس تعمیم نتایج با محدودیت همراه است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده از طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی استفاده شود تا تعمیم‌دهی نتایج بهتر انجام شود. همچنین در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که مشابه عنوان پژوهش حاضر باشد، بر این اساس بررسی همسویی و ناهمسویی یافته‌ها با پیشینه پژوهش با محدودیت همراه است؛ پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به این موضوع پرداخته شود. همچنین در این مطالعه ابتلای همزمان به سایر بیماری‌های مزمن، سابقه ترومای روانی و جسمانی در گذشته کنترل نشده است؛ پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده کنترل گردد. در زمینه کاربردی اجرای زندگی درمانی و سپس درمان هیجان‌مدار به منظور بهبود پایبندی به درمان در بیماران قبلی مضطراب پیشنهاد می‌شود.

## منابع

حبیبی کیلک، الف.، خدابخش، م. ر.، و باقرزاده گلمکانی، ز. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار بر سوگ در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان. *رویش روان شناسی، ۱۳* (۱۰)، ۱۹۱-۲۰۰. http://frooyesh.ir/article-1-5677-fa.html

حسن زاده، ر. (۱۴۰۰). *روان شناسی زندگی (زندگی درمانی)*. تهران: انتشارات ویرایش.

حسن‌زاده، ر.، و طالبی، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفت زندگی در زنان نابارور. *فصلنامه پژوهش های کاربردی در مشاوره، ۶* (۱)، ۱۹-۳۸. https://www.jarci.ir/article_705015.html

رضایی، ن.، پویا مقدم، س.، نویدیان، ع.، و قلجه، م. (۱۳۹۹). مقایسه تاثیر آموزش روانی و کیفیت زندگی درمانی بر بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری های روانی شدید. *پایش، ۲۰* (۱)، ۷۱-۸۰. https://payeshjournal.ir/article-1-1567-fa.html

سرآبادانی، الف.، حسن‌زاده، ر.، و عمادیان، س. ع. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی بر بهزیستی ذهنی و امنیت روانی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر: یک مطالعه نیمه تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۱* (۱۲)، ۱۲۶۶-۱۲۴۹. http://journal.rums.ac.ir/article-1-6759-fa.html

عاشوری، الف.، حسن زاده، ر.، و محمود جانلو، م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی زندگی درمانی با واقعیت درمانی بر اشتیاق به زندگی، و سلامت معنوی بیماران مبتلا به ام اس. *مجله مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، ۷* (۶۸)، ۵۵۹-۵۳۵. https://civilica.com/doc/2195011/

کاویانی، ح.، و موسوی، الف. الف. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، ۶۶* (۲)، ۱۴۰-۱۲۶. https://www.sid.ir/paper/38866/fa

Abotalebi, L., Latifi, Z., & Noori, G. (2023). The effectiveness of quality of life therapy on fear and anxiety control in at-risk workers of electricity company. *Current Psychology*, *42*(6), 4663-4671. https://doi.org/10.1007/s12144-021-01816-2

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]

[ DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.15 ]

Ahkam, J. M., Winarti, R., & Prasetyorini, H. (2025). The Effect of Hypnotherapy on Coronary Heart Disease Patients' Treatment Compliance in the Heart Clinic of Batang Regional Hospital. *Formosa Journal of Multidisciplinary Research*, *4*(4), 1695-1708. https://doi.org/10.55927/fjmr.v4i4.154

Alichitgar, E., Fard, R. J., Shoushtari, M. T., & Yazdanpanah, L. (2025). Improving Treatment Adherence and Psychological Well-Being in Patients with Diabetes: The Role of Emotion-Focused Therapy. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*, *14*(1), e2341. https://www.brieflands.com/articles/jcrps-158691.pdf

Almeida, B., Silva, S., & Cunha, C. (2025). Emotion-Focused Therapy for Resolving Emotional Injuries in Older Adults: A Hermeneutic Single-Case Efficacy Design Study. *Counselling and Psychotherapy Research*, *25*(2), e70014. https://doi.org/10.1002/capr.70014

Al-Sutari, M., & Khraisat, O. (2025). Illness perceptions as predictive factors for anxiety and depressive symptoms among patients with coronary heart disease. *Health Psychology Research*, *13*, 133564. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11975538/

Babygeetha, A., & Devineni, D. (2024). Social support and adherence to self-care behavior among patients with coronary heart disease and heart failure: A systematic review. *Europe's journal of psychology*, *20*(1), 63. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10936663/

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1993). Beck Anxiety Inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, *12* (2), 23-29. https://doi.org/10.1037/t02025-000

Borg, S. (2021). *Exercise-Based Cardiac Rehabilitation in Patients With Coronary Artery Disease Attendance, Adherence and the Added Value of a Behavioural Medicine Intervention*. Linkopings Universitet: Sweden. ISBN 978-91-7929-657-5

Aardal, H., Hjeltnes, A., Schanche, E., Danielsen, Y. S., Franer, P., & Stiegler, J. R. (2025). Shared or different pathways to change? Clients' experiences of change in cognitive behavioral therapy and emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy Research*, *21*, 1-15. https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2445662

Carney, R. M., Freedland, K. E., & Rich, M. W. (2024). Treating depression to improve survival in coronary heart disease: what have we learned?. *Journal of the American College of Cardiology*, *84*(5), 482-489. https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/j.jacc.2024.05.038

Chen, C., Li, X., Su, Y., You, Z., Wan, R., & Hong, K. (2022). Adherence with cardiovascular medications and the outcomes in patients with coronary arterial disease:"Real-world" evidence. *Clinical Cardiology*, *45*(12), 1220-1228. https://doi.org/10.1002/clc.23898

Dehnavi, S. I., Mortazavi, S. S., Ramezani, M. A., Gharraee, B., & Ashouri, A. (2024). Identification of emotion schemes in women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD) using an emotion-focused therapy (EFT) approach: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, *13*(1), 309. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_935_23

Far, Y. K., Seidi, A., Molavi, S. S., Birkan, R. R., & Choheili, H. (2024). Effectiveness of Schema Therapy (ST) and Emotion-Focused Therapy (EFT) on optimism and finding the meaning of life of people with Major Depressive Disorder in Khuzestan Province. *International Journal of New Findings in Health and Educational Sciences (IJHES)*, *2*(4), 36-52. https://doi.org/10.63053/ijhes.97

Garcia, M., Moazzami, K., Almuwaqqat, Z., Young, A., Okoh, A., Shah, A. J., ... & Vaccarino, V. (2024). Psychological distress and the risk of adverse cardiovascular outcomes in patients with coronary heart disease. *JACC: Advances*, *3*(2), 100794. https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/j.jacadv.2023.100794

Gili, S. (2021). Effectiveness of Emotionally Focused Therapy on Anxiety of Patients with Coronary Artery Disease. *International Journal of Body, Mind & Culture*, *8*(4), 254-262. https://doi.org/10.22122/ijbmc.v8i4.301

Greenberg, L. (2006). Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *36*, 87-93. https://doi.org/10.1007/s10879-006-9011-3

Laghousi, D., Rezaie, F., Alizadeh, M., & Jafarabadi, M. A. (2021). The eight-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of its Persian version in diabetic adults. *Caspian journal of internal medicine*, *12*(1), 77-83. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7919181/

Masjedi, M. A., Khalatbari, J., Abolghasemi, S., & Khah, J. K. (2020). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and emotion-focused therapy on anxiety sensitivity in cardiac patients. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, *7*(3), 13-24. https://doi.org/10.22037/ijabs.v7i1.27970

Mohammadian Amiri, A., Hassanzadeh, R., & Heydari, S. (2024). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Life Therapy on Emotion Regulation and Attitudes Towards Eating in Women with Obesity. *Health Nexus*, *2*(2), 68-76. https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.2.8

Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Retracted: predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The journal of clinical hypertension*, *10*(5), 348-354. https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x

Peng, B., Meng, H., Guo, L., Zhu, J., Kong, B., Qu, Z., ... & Huang, H. (2024). Anxiety disorder and cardiovascular disease: a two-sample Mendelian randomization study. *ESC Heart Failure*, *11*(2), 1174-1181. https://doi.org/10.1002/ehf2.14676

Rezaee, M., Darroudi, H., Etemad, L., Shad, A. N., Zardast, Z., Kohansal, H., ... & Ferns, G. A. (2024). Anxiety, a significant risk factor for coronary artery disease: what is the best index. *BMC psychiatry*, *24*(1), 443. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05798-w

Sayadifard, R., Atashpour, S. H., & Yousefi, Z. (2024). Comparison of the Effectiveness of Quality of Life Therapy, Positive Psychotherapy, and Compassion Therapy on Anger Management in Abused Women. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, *5*(3), 32-41. https://iase-ijeas.com/article_202184.html

Scalvini, S., Bernocchi, P., Villa, S., Paganoni, A. M., La Rovere, M. T., & Frigerio, M. (2021). Treatment prescription, adherence, and persistence after the first hospitalization for heart failure: A population-based retrospective study on 100785 patients. *International Journal of Cardiology*, *330*, 106-111. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2021.02.016

Wegerif, E. C., Mol, B. M., Ünlü, Ç., & de Borst, G. J. (2025). Medication adherence of patients with peripheral arterial disease to antithrombotic therapy: a systematic review. *BMJ open*, *15*(2), e085056. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085056

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-13 ]

[ DOI: 10.66224/Rooyesh.14.5.15 ]