Journal of Nurse and Physician within War/Autumn 2024/ Twelfth Year

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.12.44.20

Effectiveness of schema therapy on emotional symptoms, experimental avoidance, and lifestyle of Meniere's patients

Abstract

Mahdi Rahmani[1]
Mohsen Jalali[2*]
Elnaz Pourahmadi[3]
Abdolsamad Nikan[4]

Introduction: Meniere's disease is associated with many emotional symptoms and the lifestyle of patients can play a role in the disease. Therefore, this study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of schema therapy (ST) on emotional symptoms, experiential avoidance, and lifestyle of patients with Meniere's.

Method: This study was conducted in a semi-experimental way with a pre-test, post-test, and follow-up design. The statistical population of the present study included all patients with Meniere's who referred to the Ear Specialist Polyclinic under the supervision of Mashhad Medical Sciences Hospital during the research period. Thirthy people who had the conditions to participate in the study were selected from among the referents by available sampling method. Using a random method, the participants were replaced in two groups of 15 people, schema therapy and control. All three groups were evaluated before, after the intervention and one month after the intervention with Smith's lifestyle questionnaires, Hayes' experiential avoidance, and the reduction of DASS21 emotional symptoms.

Findings: The results showed a significant decrease in depression, anxiety, and stress of Meniere's patients in the ST compared to the control in the post-test and follow-up. In addition, a significant difference in lifestyle was shown between the treatment ST and the control group. The difference between the two groups in experiential avoidance was significant.

Conclusion: the results showed ST is effective on anxiety, depression, stress, experiential avoidance, and style of Meniere's patients

Key words: schema therapy, lifestyle, Meniere's, emotional symptoms, experimental avoidance

Affiliations

1.Department of Health Psychology, Go.C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
2.Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Golestan University, Gorgan, Iran. (Corresponding author). Email: jalali.psycho@yahoo.com
3.Department of Psychology, BG.C., Islamic Azad University, Bandar Gaz, Iran.
4.Department of Psychology, BG.C., Islamic Azad University, Bandar Gaz, Iran.

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.12.44.22

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر علایم هیجانی، سبک زندگی و اجتناب تجربه در بیماران سندرم منییر

چکیده

مهدی رحمانی[۱]
محسن جلالی[۲*]
الناز پوراحمدی[۳]
عبدالصمد نیکان [۴]

مقدمه:
ابتلا به بیماری منییر با علائم هیجانی متعددی همراه است و سبک زندگی بیماران نیز می‌تواند در ابتلا با نگهداری بیماری نقش داشته باشد. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر علائم هیجانی، اجتناب تجربه‌ای و سبک زندگی بیماران مبتلا به منییرصورت گرفت.
روش کار: این مطالعه به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون و پیگیری صورت گرفت. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به منییر است که در بازه زمانی پژوهش به پلیکلینیک تخصصی گوش زیر نظر بیمارستان علوم پزشکی شهر مشهد مراجعه کرده اند. از میان مراجعه کنندگان تعداد ۳۰ نفر که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت کنندگان با استفاده از روش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره طرحواره‌درمانی و کنترل جایگزین شدند. هر سه گروه قبل، بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله با پرسشنامه‌های سبک زندگی اسمیت، اجتناب تجربه‌ای هایز، کاهش علایم هیجانی DASS۲۱ ارزیابی شدند.
یافته ها: نتایج کاهش معنادار در افسردگی، اضطراب و استرس بیماران منییر گروه آزمایش نسبت به کنترل در پس آزمون و پیگیری نشان داد. همچنین بین گروه طرحواره درمانی با گروه کنترل در سبک زندگی تفاوت معنادار نشان داده شد. تفاوت دو گروه در اجتناب تجربه‌ای معنادار شد.
بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد طرحواره‌درمانی بر اضطراب، افسردگی، استرس، اجتناب تجربه‌ای و سبک زندگی بیماران منییر اثر معنا داری دارد..
کلمات کلیدی: طرح واره‌درمانی، سبک زندگی، منییر، علائم هیجانی، اجتناب تجربه‌ای

وابستگی سازمانی نویسندگان
۱. گروه روانشناسی سلامت، واحدگرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران.
نویسنده مسئول. پست الکترونیک: jalali.psycho@yahoo.com
۳. گروه روان شناسی ،واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران.
۴. گروه روان شناسی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندر گز، ایران

مقدمه

بیماری منییر[1] یکی از اختلالات شنوایی است که گوش داخلی[2]را درگیر می‌کند. میانگین بروز سالانه بیماری منییر حدود ۴,۳ درصد در صد هزار نفر برآورد شده است(۱). بیماران طیف وسیعی از علائم روان‌شناختی و جسمانی را گزارش می‌کنند و به همین جهت در این بیماری ابعاد روان‌شناختی از اهمیت بالایی برخوردار است(۲). تحقیقات ثابت کرده‌اند که اجتناب شناختی از علت‌های مهم استرس و اضطراب می‌باشد(۳). پژوهشگران به نقش اساسی ترس و اجتناب در تبدیل بیماری‌های حاد به مزمن اشاره‌کرده‌اند. این پژوهشگران ترس از درد و بیماری را پیش‌زمینهٔ اجتناب از روبه‌رو شدن با محرک‌هایی معرفی کرده‌اند که تداعی‌کنندهٔ فرد برای علائم بیماری هستند. این اجتناب موجب نادیده گرفتن علائم و درمان دیرهنگام شده و درنهایت منجر به مزمن شدن بیماری می‌شود(۲). طبق یافته‌های کیربی و یاردلی[3] بیماران مبتلا به منییر از سبک های مقابله ناسازگار مانند اجتناب و سرکوب استفاده می‌کنند و حساسیت اضطرابی بالایی گزارش می‌کنند(۴). نتایج مطالعات قبلی نشان می‌دهد بهبود سبک‌های مقابله ناسازگاری مانند اجتناب می‌تواند از طریق کاهش اضطراب و افسردگی وضعیت جسمانی و روانی بیماران مزمن را بهبود بخشد(۵). اگر چه درمان قطعی برای این بیماری وجود ندارد؛ اما پیشگیری از عود بیماری و بهبود علائم از اهداف مواجهه‌ی مؤثر با این بیماری است. تحقیقات نشان می‌دهد پیشگیری و درمان مؤثر مشکلات هیجانی این بیماران و تغییر سبک زندگی آن‌ها نقش مهمی در پیشگیری از عود علائم بیماری و تحمل‌پذیری این بیماران دارد(۶). طبق نتایج یک مطالعه بین علائم بیماری منییر و سبک تغذیه ارتباط وجود دارد(۷). تغییر سبک زندگی ناکارآمد نقش مهمی در کاهش عود و بهبود علائم این بیماران بازی می‌کند(۸). اغلب در خصوص بیماری‌های مزمن مصرف دارو جهت درمان بیماری کفایت نمی‌کند و این موضوع در خصوص بیماری منییر نیز صدق می‌کند. سبک زندگی ناسالم از جمله عوامل اصلی کاهش کیفیت زندگی در بیماران است(۹).

یکی دیگر از متغیرهایی که نقش مهمی را در حفظ و عود نشانه‌های بیماری منییر دارد علائم هیجانی همراه با این بیماری است. طبق یافته‌ها علائم هیجانی مانند اضطراب و افسردگی در این بیماران نسبت به افراد عادی شایع‌تر است(۱۰). در تعداد زیادی از بیماران مبتلا به منییر اولین مجموعه حملات به دنبال یک وضعیت استرس‌زا آشکار می‌شود. یک توافق کلی مبنی بر این وجود دارد که بیماران مبتلا حالت‌های اضطرابی گزارش می‌کنند که این اضطراب و استرس می‌تواند علائم موجود را تشدید کند(۱۱).

زیرساخت‌های هیجانی در بیماری منییر نقش اساسی دارند(۲). افراد دارای سرگیجه و سردرد در دام ناراحتی‌های هیجانی گرفتار می‌شوند و الگوهای شناختی آن‌ها به الگوی خاصی از نشانگان شناختی-توجهی که شامل نگرانی، نشخوار فکری راهبردهای ناسازگار منجر می‌شود(۴)؛ بنابراین به نظر می‌رسد روش‌های درمانی مانند طرحواره‌درمانی که تأکید مستقیم بر هیجان و ریشه‌های آن دارد برای درمان این بیماری مناسب باشد. چهار مفهوم اساسی در طرحواره‌درمانی شامل طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای، حالات خلقی و نیازهای هیجانی اساسی هستند(۱۲).

در رویکرد طرحواره‌درمانی هدف شامل کاهش شدت حساسیت بدنی، تغییر الگوهای شناختی مرتبط با طرحواره، جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار با الگوهای رفتار سازگارانه و تعدیل شدت خاطرات هیجانی به وجود آورنده‌ی طرحواره می‌شود(۱۳). نتایج مطالعه میرباقری، خسروی و اکرمی(۱۲) نشان داده است که طرحواره‌درمانی بر آشفتگی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان سینه اثربخش بوده است. در مطالعه سامانی و همکاران(۱۴) اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اجتناب شناختی شرکت‌کنندگان تائید شده است. در مطالعه دیگر کپوف بک، زیمرمن، ایگلی، رین[4]و همکاران(۱۵) به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌درمانی در بهبود افسردگی مؤثر است. پیترز، وانپاسل و کرانز[5](۱۶) در یک مطالعه‌ی مروری اثربخشی طرحواره‌درمانی بر انواع اضطراب‌ها تائید کردند. بریدکین، کراینیسینو، اوپرین، ریویس[6] و همکاران(۱۷) اثربخشی طرحواره شناختی بر اضطراب افسردگی بیماران مبتلا به سرطان را گزارش کردند. هرچند در مطالعات توجه اندکی به مشکلات، علائم و عوارض این بیماری شده است اما توافق بر این است که سبک زندگی مناسب یکی از راه‌های پیشگیری از عود بیماری و بهبود علائم آن است(۱).

علائم هیجانی مانند اضطراب و افسردگی با اجتناب تجربه‌ای تشدید می‌شود و این امر اهمیت این متغیر را در بیماران مزمن بیش‌ازپیش آشکار می‌کند(۴). اجتناب می‌تواند موجب تشدید استرس، اضطراب و افسردگی شده و در تشدید و نگهداری بیماری نقش داشته باشد(۱۱). ازآنجاکه این بیماران نیاز بالایی برای دریافت درمان‌های روان‌شناختی دارند؛ اما اطلاعات کافی در خصوص میزان اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر این بیماری موجود نیست. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر سبک زندگی، علائم هیجانی بیماران مبتلا به منییر صورت گرفت.

روش کار:

پس از دریافت کد اخلاق(IR.IAU.SARI.REC.۱۴۰۳.۱۹۲) از دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اهداف مطالعه به شرکت کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کسب شد. این مطالعه با طرح نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به منییر می‌شد که به پلی کلینیک تخصصی

1.Meniere
2.Inner ear
3.Kirby& Yardley
4.Kopf-Beck, , Zimmermann, Egli, Rein
5.Peeters, van Passel & Krans
6.Bredicean, Crăiniceanu, Oprean, Riviş

جدول 1: میانگین و انحراف استاندارد

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
اضطراب	طرحواره‌درمانی	12/71(2/75)	9/35(2/01)	7/14(2/86)
	کنترل	12/00(3/13)	11.85(2.76)	11/78(2/86)
استرس	طرحواره‌درمانی	13/71(2/52)	10/85(2/24)	8/71(2/27)
	کنترل	13/35(2/30)	13/14(2/44)	13/28(2.26)
افسردگی	طرحواره‌درمانی	10/07(1/90)	8/42(1/78)	6/21(1/87)
	کنترل	9/57(2/27)	9/58(1/95)	10/00(1/79)
سبک زندگی	طرحواره‌درمانی	48/85(2/20)	45/35(2/10)	37/71(2/39)
	کنترل	35/50(3.73)	35/11(3/75)	35/85(3/93)
اجتناب تجربه‌ای	طرحواره‌درمانی	41/78(2/55)	37/35(1/73)	33/28(1/71)
	کنترل	32/92(3/47)	33/42(3/67)	33/42(3/67)

جدول 2: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر متغیرهای مورد مطالعه

	اثرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات خطا	F	معناداری
استرس	اثر گروه	98.58	1	98.58	6.18	0.02
	اثر زمان	91.35	2	45.67	160.38	0.001
	اثر تعاملی گروه× زمان	85.16	2	42.58	149.52	0.001
اضطراب	اثر گروه	96.42	1	96.42	4.52	0.04
	اثر زمان	118.88	1.47	80.71	193.18	0.001
	اثر تعاملی گروه× زمان	101.78	1.47	69.10	165.40	0.001
افسردگی	اثر گروه	47.25	1	47.25	4.42	0.04
	اثر زمان	48.28	2	24.14	96.21	0.001
	اثر تعاملی گروه× زمان	78.00	2	39.00	155.43	0.001
سبک زندگی	اثر گروه	1458.33	1	1458.33	51.56	0.001
	اثر زمان	440.16	1.5	292.57	100.64	0.001
	اثر تعاملی گروه× زمان	496.45	1.5	312.04	107.33	0.001
اجتناب تجربه‌ای	اثر گروه	336.00	1	336.00	14.06	0.001
	اثر زمان	189.73	1.5	124.00	110.21	0.001
	اثر تعاملی گروه× زمان	325.50	1.5	212.72	189.06	0.001

گوش زیر نظر بیمارستان علوم پزشکی شهر مشهد مراجعه می‌کردند. حجم نمونه شامل تعداد سی نفر از بیماران مبتلا به منییر در دامنه سنی ۱۸تا۵۰ سال بود که به روش در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود و خروج به مطالعه شامل تشخیص قطعی منییر نوع خالص[1] توسط پزشک متخصص گوش حلق و بینی؛ تحصیلات حداقل سیکل؛ عدم اعتیاد به الکل و مواد

1.pure

جدول 3: نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر متغیرهای مطالعه

	مقایسه‌ی زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	1.96	0.19	0.001
	پیش‌آزمون	پیگیری	3.76	0.30	0.001
	پس‌آزمون	پیگیری	1.71	0.22	0.001
استرس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	1.53	0.13	0.001
	پیش‌آزمون	پیگیری	2.53	0.15	0.001
	پس‌آزمون	پیگیری	1.00	0.13	0.001
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	0.92	0.11	0.001
	پیش‌آزمون	پیگیری	1.85	0.15	0.001
	پس‌آزمون	پیگیری	0.92	0.13	0.001
اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	1.75	0.15	0.001
	پیش‌آزمون	پیگیری	2.89	0.15	0.001
	پس‌آزمون	پیگیری	1.14	0.10	0.001
سبک زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	1.64	0.30	0.001
	پیش‌آزمون	پیگیری	5.46	0.49	0.001
	پس‌آزمون	پیگیری	3.82	0.36	0.001
	مقایسه‌ی زوجی گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
سبک زندگی	طرحواره‌درمانی	کنترل	-8.33	1.16	0.001
اجتناب تجربه‌ای	طرحواره‌درمانی	کنترل	-4.00	1.06	0.01
استرس	طرحواره‌درمانی	کنترل	-2.16	0.87	0.02
اضطراب	طرحواره‌درمانی	کنترل	-2.14	1.00	0.04
افسردگی	طرحواره درمانی	کنترل	-2.38	0.84	0.003

مخدر؛ نمره بالاتر از خط برش در اضطراب، افسردگی و استرس ؛ نداشتن شرایط پزشکی جدی؛ نداشتن اختلال شنوایی همراه با بیماری می‌شد. غیبت بیش از دو جلسه و قطع همکاری معیارهای خروج از مطالعه بود. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری طرحواره‌درمانی و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شد.

ابزار:

سنجه استرس، اضطراب و افسردگی (DASS۲۱)[1] توسط لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) تهیه شده دارای ۲۱ عبارت است که هریک از سازههای روانی «افسردگی»، «اضطراب» و «استرس» را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر سوال از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین ۰ تا ۳) درجه‌بندی کند.لی و همکاران روایی پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی با سه عامل اصلی تائید کردند و ضریب پایایی با فرمول آلفای کرون باخ را معادل ۰/۷۱ تا ۰/۹۰ برای زیر مقیاس‌ها گزارش کردند. در مطالعه جوکار و همکاران ضرایب اعتبار همگرا با مقیاس کیفیت زندگی متوسط (بین ۰,۳ تا ۰,۵) و معنادار به دست آمد. ضریب آلفای کرون باخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰,۷۰، ۰,۸۴ و ۰,۸۲ قابل‌قبول می‌باشند(۱۸).

پرسشنامه سبک زندگی میلر و اسمیت[2] (۱۹۸۸): این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال است. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت است. هر پرسش دارای پنج پاسخ (همیشه =۱، اغلب=۲، گاهی اوقات=۳، به‌ندرت=۴ و هرگز =۵) می‌باشد. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده‌ی سبک زندگی ناخوشایند و ناسالم است. پایایی و روایی پرسشنامه در مطالعه اولیه میلر و اسمیت(۱۹۸۸) تائید شده است. در ایران پایایی بعد از تائید

1.The Depression Anxiety Stress Scales

2.Miller & Smith

روایی صوری، پایایی، پرسشنامه‌ی سبک زندگی در مورد ۳۰ نفر از پرستاران با فاصله ی دو هفته اجرا شد و پایایی آن ۰,۸۵ به دست آمده است(۱۹).

برنامه طرحواره‌درمانی مدت ده جلسه دو ساعته و به صورت هفته ای یک جلسه توسط پژوهشگر به شرکت‌کنندگان توسط محقق ارائه شد. ابتدا معارفه و آشنایی با فرآیند گروه، آشنایی با قوانین و چهارچوب ها صورت گرفت. در جلسه ی دوم پرسشنامه ها(ارزیابی وضعیت اولیه گروه، مفهوم سازی مشکل آزمودنی طبق رویکرد طرحواره محور) اجرا شد. جلسه ی سوم و چهارم تعریف طرحواره درمانی ومعرفی حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه(فراگیری دقیق و علمی طرحواره های ناسازگار اولیه، آموزش و تمرین دو تکنیک شناختی شامل آزمون اعتبار طرحواره و تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره) انجام شد.

در جلسه ی پنجم حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه (آشنایی با حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگاراولیه و تشخیص آن، شناسایی حوزه های مختل طرحواره مربوطه) معرفی شد. آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخهای مقابله ای ناکارآمد(شناخت پاسخهای مقابله ای ناکارآمد با تجربیات شخصی، نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره ها) در جلسه ی ششم صورت گرفت. جلسه هفتم شامل سنجش و آموزش طرحواره درمانی(شناخت و تشخیص طرحواره های ناسازگار فردی، ایجاد فرصت برای شناسایی احساسات نسبت به والدین و کمک به بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آنها) میشد و در جلسه هشتم از راهبردهای شناختی طرحواره درمانی(اصلاح طرحواره ها و سبک های مقابله ای ناکارآمد، پیدا کردن راه-های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک های مقابله ای اجتناب، تسلیم و جبران افراطی)استفاده شد. جلسه نهم استفاده از راهبردهای تجربی طرحواره درمانی(تغییر و بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرحواره های ناسازگار، اجرای گفتگوی خیالی، شناسایی نیاز هیجانی ارضا نشده و تلاش علیه طرحواره ها در سطح عاطفی)آموزش داده شد. در جلسه ی نهایی روش های الگوشکنی وجمع بندی و نتیجه گیری و اجرای مجدد پرسشنامه ها انجام شد.

در این پژوهش از نرم‌افزار SPSS برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها استفاده شد. بدین منظور علاوه بر آمار توصیفی همچون جداول فراوانی میانگین و انحراف استاندارد از شیوه تحلیل اندازه گیری مکرر استفاده شد. سطح معناداری با توجه به تصحیح بونفرنی در نظر گرفته شد.

یافته ها:

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه مداخله ۳۳,۸±۵,۴ و در گروه کنترل۳۶,۵۰±۴,۹ بود و دو گروه تفاوت معنادار نداشتند(P=۰,۴۹، t=۰,۸۹). اغلب افراد تحصیلات دیپلم و متاهل بودند؛ بین دو گروه به لحاظ میانگین مدت زمان بیماری تفاوت معناداری وجود ندارند(P=۰/۸۹، t=۰/۴۳).

در این پژوهش به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، برقراری مفروضه همگنی واریانس، مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته، شرط کرویت یا برابری ماتریس کوواریانس خطا ارزیابی و تائید شد. در مواردی که آزمون موچلی معنادار بود از شاخص گرین هاوس گیسر جهت اصلاح استفاده شد.

جدول فوق نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه× زمان، زمان و گروه برای متغیرهای اجتناب تجربه‌ای، استرس، اضطراب، افسردگی و سبک زندگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که طرحواره‌درمانی بر متغیرهای اجتناب تجربه‌ای، استرس، اضطراب، افسردگی و سبک زندگی به‌صورت معناداری اثربخش بوده است.

طبق نتایج به‌دست‌آمده در جدول آزمون تعقیبی تغییرات نمرات سبک زندگی(۸,۳۳-)، استرس(۲,۱۶-)، اضطراب(۲,۵۰-) و افسردگی(۲,۳۸-) بین دو گروه تفاوت در سطح ۰,۰۵ معنادار نشان داده است. همچنین تغییرات زمانی نمرات سبک زندگی، استرس، اضطراب و افسردگی از پیش آزمون به پس‌آزمون و پیش آزمون به پیگیری در سطح ۰,۰۰۱ معنادار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر سبک زندگی، اجتناب تجربه‌ای و کاهش علایم هیجانی بیماران مبتلا به منییر صورت گرفت. یافته ها نشان داد که طرحواره‌درمانی بر اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به منییر اثربخش بوده است. همسو با این یافته خالقی، رضایی و میرزایی(۲۰) ؛ احمدزاده سامانی و همکاران(۱۴) اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اجتناب شناختی شرکت‌کنندگان تائید شده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از عوامل زیربنایی اجتناب تجربه‌ای طرحواره ها هستند. طرحواره‌ها از طریق دیدگاهی که نسبت به دنیا در فرد ایجاد می‌کنند باعث ایجاد اضطراب و ترس نسبت به تجربه‌ی هیجانی می‌شوند و بیمار برای اجتناب از این ترس دست به اجتناب می‌زند. در این رویکرد آشفتگی‌های هیجانی ارزیابی می‌شود و شرکت کنندگان در باره‌ی هیجان‌ها و راهبردهایی که تا کنون استفاده می‌کردند وادار به تفکر می‌شوند. این تفکر به آنها کمک می‌کند که راهبردهای ناسازگار خود را شناسایی نمایند. آگاهی از پیامدهای مثبت استفاده از راهبردهای موثر کمک می‌کند بر ترسهای خود غلبه کنند. همچنین یافته ها نشان داد طرحواره درمانی بر سبک زندگی بیماران شرکت کننده در مطالعه اثربخش بوده است به طوری که نمرات شرکت کنندگان از نظر سبک زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است. همسو با این یافته اونن و گونس(۲۱)، پشتی و همکاران(۲۲)، پیترز و همکاران(۱۶) نیز یافته های مشابه‌ی گزارش کردند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره‌درمانی رویکردی در روان‌درمانی است که به شناخت و اصلاح الگوهای منفی

فکـری و رفتـاری کـه در نتیجـه تجربیـات اولیـه زندگـی به‌وجـود آمده‌انـد، می‌پـردازد. ایـن الگوهـا کـه به‌عنـوان «طرحـواره» شـناخته می‌شـوند، تأثیـر زیـادی بـر نگرش‌هـا، باورهـا و سـبک زندگـی افـراد دارنـد. طرحواره‌هـا اغلـب می‌تواننـد منجـر بـه احساسـات منفـی پایـدار، روابـط ناسـالم و رفتارهـای غیرسـازنده شـوند(۱۳). ایـن درمـان بـه فـرد اجـازه می‌دهـد باورهـای ناسـازگارانه را شناسـایی و بـه مـرور زمـان اصـلاح کنـد و در نتیجـه رفتارهـا و نگرش‌هـای سـالم‌تری را جایگزیـن نمایـد. بـه ایـن ترتیـب، فـرد می‌توانـد روابـط بهتـر، احسـاس آرامـش بیشـتر، و رفتارهـای کارآمدتـر در زندگـی داشـته باشـد کـه منجـر بـه بهبـود کلـی سـبک زندگـی او می‌شـود(۷). یافتـه‌ی دیگـر مطالعـه ایـن بـود کـه طرحواره‌درمانـی علائـم هیجانـی بیمـاران شـرکت کننـده در گـروه مداخلـه را بهبـود بخشـیده اسـت. همسـو بـا ایـن یافتـه میرباقـری و همـکاران(۱۲)؛ اونـن و گونـس(۲۱) ؛کپـوف و همـکاران (۱۵)؛ بریدکیـن و همکاران(۱۷)یافتـه هـای مشـابهی گـزارش کـرده انـد.

در تبییـن ایـن یافتـه می‌تـوان گفـت کاهـش اجتنـاب تجربـه‌ای همزمـان باعـث کاهـش اسـترس و اضطـراب نیـز میشـود. پیامـد ایـن بهبـود کاهـش افسـردگی از طریـق افزایـش خودکارآمـدی اسـت. اعتبار بخشـی بـه هیجانـات و همدلـی کـه در جلسـات صـورت گرفـت تمایل شـرکت کننـدگان را بـه بهـود سـلامت افزایـش داد و هیجانـات آشـفته کاهـش یافـت. مدیریـت طرحـواره هـا کمـک میکنـد مسـئولیت زندگی خـود را بـه عهـده بگیرنـد و عوامـل بیرونـی را بـرای مشـکلات خـود مقصـر ندانـند و در نتیجـه متوجـه شـوند مسـئول سـلامتی خودشـان هسـتند(۲۸). یکـی از محدودیـت هـای مطالعـه ی حاضـر ایـن بـود کـه ارزیابـی سـبک زندگـی بـا پرسشـنامه ی خارجـی صـورت گرفـت کـه هـر چنـد ایـن پرسشـنامه در ایـران اعتباریابـی شـده اسـت امـا سـبک زندگـی در ایـران بـا سـایر کشـورهای بـه ویـژه جامعـه ی غربـی بسـیار متفـاوت اسـت. ویژگیهـای جمعیـت شـناختی شـرکت کننـدگان کنتـرل نشـد کـه ایـن امـر ممکـن اسـت بـر اعتبـار بیرونـی مطالعـه اثـر داشـته باشـد.

تشـکر و قدردانـی: نویسـندگان ایـن مقالـه بـر خـود لازم مـی داننـد از کلیـه افـرادی کـه در انجـام ایـن پژوهـش مـا را یـاری کـرده انـد، تقدیـر و تشـکر نماینـد.

References

1.Chishti MA, Akram M, Zainab R, Laila U, Khalil MT. A Review on Management of Meniere's Disease with Unani Medicine. Journal of Biochemicals and Phytomedicine. 2023;2(1):25-31.

2. Teggi R, Finocchiaro CY, Ruggieri C, Gatti O, Rosolen F, Bussi M, et al. Alexithymia in patients with ménière disease: A possible role on anxiety and depression. Audiology Research. 2021;11(1):63-72.

3. Wittmann L, Protić S, Bosmans M, van der Velden PG. Pre-event attachment anxiety and avoidance predict posttraumatic stress symptom severity–Results from a longitudinal population-based study. Journal of Anxiety Disorders. 2024;101:102796.

4. Kirby SE, Yardley L. Understanding psychological distress in Meniere's disease: a systematic review. Psychology, Health and Medicine. 2008;13(3):257-73.

5. Meulders A. From fear of movement-related pain and avoidance to chronic pain disability: a state-of-the-art review. Current Opinion in Behavioral Sciences. 2019;26:130-6.

6. Jensen HA, Rasmussen B, Ekholm O. Neighbour and traffic noise annoyance: a nationwide study of associated mental health and perceived stress. European journal of public health. 2018;28(6):1050-5.

7. Li Y, Pan A, Wang DD, Liu X, Dhana K, Franco OH, et al. Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. Circulation. 2018;138(4):345-55.

8. Nyberg ST, Singh-Manoux A, Pentti J, Madsen IE, Sabia S, Alfredsson L, et al. Association of healthy lifestyle with years lived without major chronic diseases. JAMA internal medicine. 2020;180(5):760-8.

9. Montagnese C, Porciello G, Vitale S, Palumbo E, Crispo A, Grimaldi M, et al. Quality of life in women diagnosed with breast cancer after a 12-month treatment of lifestyle modifications. Nutrients. 2020;13(1):136.
10. De Luca P, Cassandro C, Ralli M, Gioacchini FM, Turchetta R, Orlando MP, et al. Dietary restriction for the treatment of Meniere's disease. Translational Medicine@ UniSa. 2020;22:5.
11. Orji F. The influence of psychological factors in Meniere's disease. Annals of medical and health sciences research. 2014;4(1):3-7.
12. Mirbagheri SR, Khosravi S, Akrami M. Evaluation of the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional disturbance in patients with breast cancer in Shiraz. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022;9(5):16-28.
13. Yang J, Lo WLA, Zheng F, Cheng X, Yu Q, Wang C. Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy on Improving Pain, Fear Avoidance, and Self□Efficacy in Patients with Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta□Analysis. Pain Research and Management. 2022;2022(1):4276175.
14. Ahmad Zadeh Samani S, Dehghani A, Kalantari M, Rezaei Dehnavi S. Effectiveness of schema therapy on cognitive avoidance of female students with early maladaptive schemas. Empowering Exceptional Children. 2021;12(2):56-65.
15. Kopf-Beck J, Zimmermann P, Egli S, Rein M, Kappelmann N, Fietz J, et al. Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: study protocol of the OPTIMA-RCT. BMC psychiatry. 2020;20:1-19.
16. Peeters N, Van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. British Journal of Clinical Psychology. 2022;61(3):579-97.
17. Bredicean AC, Crăiniceanu Z, Oprean C, Riviș IA, Papavă I, Secoșan I, et al. The influence of cognitive schemas on the mixed anxiety-depressive symptoms of breast cancer patients. BMC Women's Health. 2020;20:1-10.
18. Samani S, Joukar B. A study on the reliability and validity of the short form of the depression anxiety stress scale (DASS-21). 2007.
19. Fazel A, Haghshenas H, Keshavarz Z. Ability to predict personality traits and lifestyle on women's satisfaction nurse city couple. Quarterly Journal of Woman and Society. 2011;2(7):139-63.
20. Khaleghi M, Mohammadkhani S, Hasani J. Effectiveness of emotional schema therapy in reduction of worry and anxiety's signs and symptoms in patients with generalized anxiety disorder: Single-subject design. Journal of Clinical Psychology. 2016;8(2):43-55.
21. Onen S, Günes A. Early maladaptive schemas, depression, distress and discomfort tolerance in migraine headache. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). 2021;47:180-6.
22. Poshti Z, Hassanzadeh R, Emadian S. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Neuroticism and the Life Style of Cardiovascular Patients. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2021;23(1).