DOI: 10.22122/rbs.v17i2.2106

اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر کاهش نشانگان اضطراب مرگ در بیماران قلبی–عروقی

زهره عزیزی[۱]، احمد علیپور[۲]، مهناز علی اکبری دهکردی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب می‌تواند در یک بازه ده‌ساله به بیماری‌های قلبی منجر شود و بیماری‌های قلبی به‌نوبه خود به اضطراب؛ اضطراب مرگ. هدف پژوهش حاضر؛ تعیین تأثیر طرح‌واره درمانی گروهی بر کاهش اضطراب مرگ در بیماران قلبی- عروقی صورت بود.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری دربردارنده کلیه بیماران مبتلابه بیماری‌های قلبی–عروقی مراجعه‌کننده به مرکز قلب تهران بود. روش نمونه‌گیری از نوع در دسترس و طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. ابتدا از بین مراجعین، داده‌های حاصل از مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (Templer's Death Anxiety Scale) از ۱۱۳ نفر اخذ و پس از بررسی اولیه، تعداد ۳۰ نفر (۱۸ زن و ۱۲ مرد) از افراد که بالاترین نمرات را در آزمون کسب کرده بودند در پژوهش دخالت داده‌شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند. پیش‌ازاین در نظر گرفته شد تا شرکت‌کنندگان به وضعیت‌های عصبی مختل‌کننده هوشیاری اعم از ضربه‌مغزی و دمانس دچار نبوده باشند. سپس اعضای گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان طرح‌واره درمانی گروهی قرار گرفتند و پس‌ازآن دوباره ازلحاظ میزان اضطراب مرگ مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 23 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که پس از اجرای مداخله طرح‌واره درمانی گروهی از میزان اضطراب مرگ اعضای گروه آزمایش به‌طور معناداری ($F= ۴/۱۴۷$ و $p< ۰/۰۵$) کاسته شده است؛ بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر کاهش میزان اضطراب مرگ تائید می‌شود.

نتیجه‌گیری: این یافته ممکن است به خلأ پژوهشی موجود در مورد اضطراب مرگ در بیماران قلبی–عروقی و همچنین کاربردهای بالینی در مواجهه با این پدیده کمک کنند.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی گروهی، اضطراب مرگ، بیماران قلبی- عروقی.

ارجاع: عزیزی زهره، علیپور احمد، علی اکبری دهکردی مهناز. **اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر کاهش نشانگان اضطراب مرگ در بیماران قلبی–عروقی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۲): ۲۵۲-۲۴۴.

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۲۱

۱- کاندیدای دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۳- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
نویسنده مسئول: زهره عزیزی
Email: zazizi@ut.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.8.3]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.244]

مقدمه

تاناتوفوبیا (Thanatophobia) یا فوبیای مرگ یا اضطراب مرگ به وضعیتی گفته می‌شود که در آن فرد به‌واسطه افکار مرتبط با مرگ خویشتن یا بستگان، به حالات اضطرابی یا پانیک دچار بشود (۱). از اصطلاح اضطراب مرگ برای مفهوم‌سازی نگرانی، ناراحتی و ترسی که پس از روبرو شدن با یک خطر تهدیدکننده زندگی در فرد ایجاد می‌شود، استفاده می‌شود (۲). McClatchey و King، اضطراب مرگ را به‌عنوان بُعد عاطفی نگرش به مرگ تعریف کرده‌اند و معتقدند که به تنش روان‌شناختی ادراک مرگ اشاره دارد (۳). اضطراب مرگ به‌عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ بااحساس وحشت از مرگ یا احساس دلهره هنگام فکر به فرآیند مردن یا آنچه پس از مرگ اتفاق میافتد، تعریف می‌شود (۴).

مشخص‌شده است که از بین عواملی نظیر جنسیت، تأهل، وضعیت تحصیلات، وضعیت اقتصادی (پایین، متوسط و بالا)، منبع درآمد (شخص، خانواده، دوستان، بازنشستگی و خیریه)، داشتن تجربه نزدیک به مرگ، سن، حمایت اجتماعی، باورهای مذهبی و امیدواری، وضعیت اقتصادی، منبع درآمد، سن، باورهای مذهبی و امید به‌طور معنی‌داری اضطراب مرگ را پیش‌بینی می‌کنند (۵).

اضطراب مرگ یکی از شایع‌ترین پیامدهای روانی بیماری‌های مزمن به شمار می‌رود (۶). ازجمله این بیماری‌ها می‌توان به سرطان‌ها و دیابت اشاره کرد (۷). بیماری دیگری که می‌تواند با اضطراب مرگ همراه باشد بیماری‌های قلبی–عروقی است. بااین‌وجود در مرور ادبیات پژوهش هرچقدر که با گستره وسیعی از مطالعات روبرو هستیم که به خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی–عروقی در اثر اضطراب پرداخته‌اند (۱۱–۸)، در خصوص پدید آیی اضطراب، بخصوص اضطراب مرگ در بیماران قلبی–عروقی با فقدان شواهد مواجه هستیم. همچنین به نظر می‌رسد که مطالعه منسجمی در خصوص همه‌گیرشناسی این وضعیت در بیماران قلبی–عروقی انجام‌نشده است.

بیماری‌های قلبی–عروقی (Cardiovascular disease) دسته‌ای از بیماری‌ها گفته می‌شود که در آن مشکلی در قلب یا رگ‌ها (سرخرگ‌ها، مویرگ‌ها و سیاهرگ‌ها) ایجاد می‌شود (۱۲). بیماری‌های قلبی–عروقی دستگاه گردش خون را تحت تأثیر قرار می‌دهند و شامل بیماری‌های قلبی، بیماری‌های عروقی مغز و کلیه و بیماری‌های شریانی می‌شود (۱۳). در اواخر قرن بیستم عوامل روان‌شناختی و بیماری‌های قلبی عروقی توجه چشمگیری را در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به‌سوی خود جلب کرد (۱۴). مطالعات انجام‌شده مؤید آن است که اضطراب و پیامدهای ناشی از آن به کاهش عملکرد عمومی و بهزیستی روان‌شناختی منجر می‌شود (۱۵).

اضطراب مرگ در آموزه‌های پیشینیان فلسفه و روانشناسی اغلب چیزی از جنس باور وجودی بوده است. به باور Kierkegaard زمانی که میل به جاودانگی به مخاطره میافتد، یک بحران وجودی شکل می‌گیرد. به‌بیان‌دیگر خاستگاه اضطراب نیاز شخص برای بقاء، حفظ خود و شجاعتِ بودن است (۱۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه از آن بابت که حالات ذهنی بنیادین مؤثر بر شناخت، هیجان و رفتار آینده هستند می‌توانند بستر مناسبی برای توضیح اضطراب مرگ فراهم آوردند. دالاس بیان می‌کند که طرحواره‌ها مفروضه‌ها یا قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتارهای فرد را تحت کنترل خود دارند و در طول سال‌های زندگی فرد تحول‌یافته‌اند (۱۷). طرحواره یک ساختار شناختی به‌منظور غربال کردن، کدگذاری و ارزیابی محرک‌هایی است که ارگانیسم در معرض آن قرارگرفته است. بر اساس ماتریکس طرحواره‌ها، فرد قادر می‌شود تا خود را در ارتباط با زمان و فضا جهت‌یابی کند و تجربه‌های خود را به روش معنی‌داری، طبقه‌بندی و تفسیر کند (۱۸). طرحواره شامل‌ترین سطح شناخت است که بر سایر شناخت‌واره‌ها و هیجانات تعمیم می‌یابد و بر آن‌ها اثر می‌گذارد، درحالی‌که خود در مقابل تغییرات مقاومت می‌کند. مشخص‌شده است که اضطراب مرگ به‌واسطه طرحواره ناسازگار بریدگی (Disconnection)، طرد (Rejection)، و خودگردانی و عملکرد مختل (Impaired autonomy and performance) پیش‌بینی می‌شود (۱۹).

در سال‌های اخیر طرحواره درمانی فردی و گروهی جزء مهمی از درمان‌های روان‌شناختی مؤثر برای اختلالات اضطرابی بوده است. طرحواره درمانی که مکمل رفتاردرمانی شناختی است، بر کشف ریشه‌های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آن‌ها با مشکلات جاری تأکید دارد. در طرحواره درمانی، درمانگر سعی می‌کند تا به بیمار کمک کند تا از یک وضعیت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.8.3]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.244]

ناکارآمد به سمت یک وضعیت پایدار و سلامت حرکت کند. طرح‌واره درمانی می‌تواند به‌طور موفقیت‌آمیزی در درمان مبتلایان به اختلالات اضطرابی و فراتر از آن اختلالات شخصیت مفید واقع شود (۲۰).

با توجه به آنچه گفته شد، از وضعیت‌های پزشکی که می‌تواند به‌طور جد با حالات اضطرابی، بخصوص اضطراب مرگ همراه باشد، بیماری‌های قلبی-عروقی است. رخداد کژ کاری‌های قلبی-عروقی که می‌تواند به پیامدهای جبران‌ناپذیر ازجمله مرگ فرد منجر شود اغلب یک پیشامد ناگهانی و غیرقابل‌پیش‌بینی است. Hammen معتقد است ویژگی‌هایی در محرک‌های استرس‌زا وجود دارد که آن‌ها را مستعد ایجاد اضطراب در فرد می‌کند. تجربه چیزهای جدید یا غیرقابل‌انتظار، چیزی که احساس موجودیت را در فرد تهدید کند و یا احساس داشتن کنترل بر موقعیت را از او سلب کند می‌تواند به اضطراب منجر شود (۲۱).

طرح‌واره درمانی به‌واسطه ارتباط نزدیکی که با باورهای بنیادین افراد در خصوص موجودیت و وجود دارد، می‌تواند جایگزین درمانی مناسبی برای مداخله بر اضطراب مرگ به شمار آید. اگرچه همان‌طور که گفته شد تا به امروز با خلأ جدی پژوهش در این زمینه روبرو هستیم، بااین‌حال شواهد نظری حاکی از آن است که طرح‌واره درمانی می‌تواند به بهبود انواع اختلالات اضطرابی کمک کند. پیش‌تر اثربخشی هردوی روش-های طرح‌واره درمانی انفرادی و گروهی بر بهبود اختلالات روانی مختلف نشان داده‌شده است (۲۲). به‌این‌ترتیب پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش نشانگان اضطراب مرگ در بیماران قلب-عروقی انجام گرفت. در این مطالعه به‌منظور صرفه‌جویی در زمان و هزینه و بهره بردن از مزایای درمانی مشارکت در گروه، از روش درمان گروهی استفاده شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به‌صورت آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. پس از نمونه‌گیری افراد حاضر در پژوهش به‌صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. به‌عنوان مداخله آزمایشی، اعضای گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و دو جلسه در هفته، تحت طرح‌واره درمانی گروهی قرار گرفتند. در پایان نتایج دو گروه در پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفتند.

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بوده و با گروه آزمایش و کنترل طراحی شد. برای دستیابی به نمونه به مرکز قلب تهران مراجعه شد و تلاش شد تا از میان افرادی که با شکایات قلبی عروقی مراجعه کرده بودند، نمونه‌گیری شود؛ بنابراین جامعه آماری شامل کلیه بیماران دچار به بیماری‌های قلبی-عروقی بود که به مرکز قلب تهران مراجعه داشتند و ازاین‌بین، تعداد ۱۱۳ نفر به‌صورت در دسترس، پرسشنامه اضطراب مرگ را تکمیل کردند. پس از غربالگری اولیه از افرادی که به میزان بالایی از اضطراب مرگ دچار بودند خواسته شد تا در پژوهش شرکت کنند. این مرحله با رعایت تمام اصول اخلاقی، اعم از توضیحاتی در خصوص طرح پژوهش، اخذ رضایت برای شرکت در پژوهش و دادن ضمانت برای ارائه بازخورد پس از اتمام طرح به انجام رسید. درنهایت از میان کلیه افراد، ۳۰ نفر شامل ۱۸ زن و ۱۲ مرد که برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کرده بودند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. پیش‌ازاین اطمینان حاصل شد تا هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان به وضعیت‌های عصبی مختل‌کننده هوشیاری اعم از ضربه‌مغزی و دمانس دچار نبوده باشند. به‌منظور سنجش وضعیت هوشیاری و جهت‌گیری از آزمون کوتاه وضعیت ذهنی (۲۳) و برای سنجش اضطراب مرگ از مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (Templer's Death Anxiety Scale) (۲۴) استفاده شد. مداخله‌ای که برای گروه آزمایش در نظر گرفته شد بر اساس دستورالعمل و تکنیک‌های طرح‌واره درمانی (۲۵) بود و طی ۱۲ جلسه (هر هفته دو جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه) اجرا شد. ساختار جلسات درمانی در جدول شماره ۱ آمده است. داده-های حاصل با استفاده از نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS 23 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. ابزار گرداوری داده‌های پژوهش شامل موارد زیر بود:

آزمون کوتاه وضعیت ذهنی (Mini–Mental State Examination- MMSE): آزمون MMSE برای اولین بار توسط Folstein به‌عنوان یک روش عملکردی برای درجه‌بندی سطوح شناختی معرفی شد (۲۳). همسانی درونی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.8.3]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.244]

گزارش‌شده برای این آزمون با توجه به آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش‌شده است. این پرسشنامه یک وسیله معتبر جهانی برای ارزیابی‌های شناختی در زمینه‌های آگاهی به زمان، آگاهی به مکان، توجه و محاسبه، یادآوری، زبان، تکرار و دستورات پیچیده است و افراد را در چهار دسته با اختلال شناختی شدید، متوسط، خفیف و بدون اختلال شناختی طبقه‌بندی می‌کند (۲۸-۲۶). این آزمون می‌تواند در نقطه برش ۲۱ با حساسیت ۹۰ درصد به طبقه‌بندی وضعیت عملکرد شناختی بپردازد. هنجاریابی این ابزار در ایران توسط فروغان و همکاران انجام شد و آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۷۸ برآورد شد (۲۹).

پرسشنامه اضطراب مرگ (Templer's Death Anxiety Scale): پرسشنامه اضطراب مرگ نخستین بار توسط Templer معرفی شد (۲۴). این پرسشنامه شامل ۱۵ سؤال بلی-خیر بوده و برحسب پاسخ‌های بلی نمره ۱ و برای پاسخ‌های خیر نمره صفر داده می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده مقادیر بالاتری از اضطراب مرگ است. به‌عنوان نمونه یکی از گویه‌های این پرسشنامه این است که آیا نگران مرگ هستید؟ نمرات ۶ و ۷ به‌عنوان خط برش برای این آزمون در نظر گرفته می‌شود (۳۰). بررسی‌های انجام‌شده بر روی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در ایران توسط رجبی و بحرانی صورت گرفت و میزان همسانی درونی آن با توجه به شاخص آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۳ تخمین زده شد (۳۱). مسعود زاده و همکاران نیز در پژوهش خود ضریب همبستگی سؤالات مقیاس اضطراب مرگ را ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند (۳۰).

جدول ۱. محتوای جلسات درمانی طرح‌واره درمانی گروهی

جلسات	رئوس مطالب ارائه‌شده در هر جلسه
جلسات ۱-۲	آشنایی و برقراری رابطه با آزمودنی‌ها / ارائه اطلاعات به شرکت‌کنندگان در مورد اضطراب مرگ / آموزش طرح‌واره‌ها، ریشه‌های تحولی و حوزه‌های مرتبط
جلسات ۳-۴	آموزش ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای و شناسایی تجارب ذهنیت‌های خود و شناسایی پاسخ‌های ناشی از اضطراب
جلسات ۵-۶	تکنیک‌های تجربی: اجرای تکنیک‌های هیجانی (تجربی) مثل انجام گفتگوهای خیالی، نوشتن نامه و تصویرسازی ذهنی برای کاهش قدرت ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار در برابر اضطراب مرگ
جلسات ۷-۸	تکنیک‌های شناختی: شناسایی تحریف‌های شناختی و تأثیر آن‌ها در اضطراب مرگ، آزمون اعتبار طرح‌واره‌ها، تعریف جدید از شواهد تائید کننده طرح‌واره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، تدوین کارت آموزشی
جلسات ۹-۱۰	تکنیک‌های رفتاری: هدف این جلسات، ترغیب بیماران برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و جایگزین کردن آن‌ها با راهکارهای بهینه و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد به‌منظور ارضاء نیازهای اساسی آزمودنی‌ها
جلسات ۱۱-۱۲	پرورش ذهنیت کودک شاد و تقویت ذهنیت بزرگ‌سال سالم با برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه‌ی طرح‌واره‌ای/ مرور و بررسی تکالیف، جمع‌بندی از جلسات گذشته توسط اعضاء و درمانگر، انجام پس‌آزمون و اهدای هدیه، بحث در مورد چگونگی بازگشت به درمان، تعمیم یادگیری به دنیای واقعی.

یافته‌ها

در جدول شماره ۲، تحلیل توصیفی از نمرات مربوط به اضطراب مرگ در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار اضطراب مرگ

گروه		تعداد	میانگین	انحراف معیار
کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۲۴/۶۴۶	۲/۵۱
	پس‌آزمون	۱۵	۲۴/۷۵۹	۲/۷۴
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۲۵/۱۴۰	۲/۴۱
	پس‌آزمون	۱۵	۱۷/۰۶۹	۲/۸۹

نتایج موجود جدول شماره ۲، نشانگر کاهش در نمرات اضطراب مرگ در اثر مداخله درمانی در گروه آزمایش است. بااین‌حال برای حصول اطمینان از این امر از آمار استنباطی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آورده شده است. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای اجرای تحلیل کوواریانس چندگانه ابتدا مفروضه‌های این آزمون بررسی شد. با توجه به دامنه شاخص-های کجی و کشیدگی که در بخش یافته‌های توصیفی برای متغیرهای وابسته ارائه شد مستفاد می‌گردد که داده‌ها از توزیع

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.8.3]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.244]

نرمال برخوردند. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های اصلی آزمون تحلیل کوواریانس برقراری همگنی واریانس‌ها است. بدین منظور از آزمون لوین (Levene's Test) استفاده شد. نتایج مذکور در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول ۳. نتایج همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	df1	df2	*p*
اضطراب مرگ	۰/۴۵	۱	۳۰	۰/۷۴

همان‌طور که در جدول شماره ۳ نشان داده‌شده است فرض همگنی واریانس‌ها با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F، برقرار است. نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۴ آورده شده است.

جدول ٤. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	*p*
عضویت گروهی	۹۸۴/۷۴	۱	۹۳۲۱/۵۲	۴/۱۵	<۰/۰۰۱

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۴، در متغیر بین گروهی سطح معناداری ۰/۰۰۱ هست و این مقدار کوچک‌تر از سطح معناداری ملاک یعنی (*p*< ۰/۰۵) است. همچنین ازآنجاکه مقدار F به‌دست‌آمده (۴/۱۵)، بیشتر از مقدار جدول با درجه آزادی (۱۵ و ۱) می‌باشد، بنابراین فرضیه پژوهش مبتنی بر اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر کاهش اضطراب مرگ تائید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که پس از اجرای مداخله، در میانگین نمرات اضطراب مرگ گروه آزمایش (پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون) به‌طور معنی‌داری ایجاد تفاوت شده است. به‌بیان‌دیگر در اثر مداخله طرح‌واره درمانی گروهی از میزان اضطراب مرگ کاسته شده است. به‌این‌ترتیب فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر کاهش اضطراب مرگ تائید می‌شود.

اگرچه مرگ یک رویداد گریزناپذیر است و داشتن اندازه‌ای مشخص از اضطراب مرگ می‌تواند در همه افراد یک امر طبیعی و وابسته به فرهنگ باشد، بااین‌حال احتمالاً ایجاد شرایطی بخصوص می‌تواند در میزان این اضطراب اثرگذار باشد. یکی از عوامل تأثیرگذار می‌تواند طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه باشد ۳۳ و ۳۲). به نظر می‌رسد نمرات بالا در حوزه‌های بریدگی و طرد و خودگردانی و عملکرد مختل می‌تواند پیش‌بینی کننده اضطراب مرگ در افراد باشد (۱۸). افراد با طرح‌واره‌های ناسازگار در حوزه بریدگی و طرد به دلیل کم‌توانی در برقراری روابط ایمن، ارضای نیاز به ثبات، امنیت، عشق و محبت، خود را در زندگی منزوی می‌دانند و ازاین‌روی برای مواجهه با مرگ بیشتر از سایرین دچار فشار روانی خواهند شد. همچنین افراد با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، به دنبال مشکلات در تعهد یا هدف‌گزینی و رسیدن به اهداف واقع‌بینانه و همچنین مشکلات در خودتنظیمی با احتمال بیشتری با پیامدهای روان‌شناختی نظیر افسردگی، استرس، خستگی و اضطراب مرگ روبرو خواهند شد (۳۴). یکی از اقشاری که متأثر از اضطراب مرگ، دچار مشکلات عدیده روان‌شناختی می‌شوند، بیماران مبتلابه بیماری‌های کشنده نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی می‌باشند. چنانچه بتوان به شیوه‌ای از میزان اضطراب این افراد کاست می‌توان به بهزیستی روانی و به‌تبع آن به بهزیستی جسمانی و امید به زندگی این افراد کمک کرد. در این مطالعه، طرح‌واره درمانی گروهی بر روی بیماران قلبی عروقی که اضطراب مرگ را تجربه کرده‌اند، اجرا شد.

هدف نهایی از طرح‌واره درمانی، بهبود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است، با توجه به یانگ، تعدیل ساختار و محتوای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌منظور جلوگیری از عود نشانه‌ها، ضروری است (۳۵). ازجمله عوامل تأثیرگذار در فرآیند تعدیل اضطراب مرگ می‌توان به راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی (۳۶) اشاره کرد. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که تکنیک‌های شناختی با محک زدن اعتبار طرح‌واره‌ها و استفاده از فن‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تأییدکننده طرح‌واره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره، تدوین کارت‌های آموزشی و غیره، آگاهی بیماران را افزایش داده و آنان را به این نتیجه می‌رساند که طرح‌واره‌های شکل‌گرفته پیرامون اضطراب مرگ غلط یا سخت اغراق‌آمیز است. همچنین به‌واسطه تکنیک‌های تجربی تغییرات در سطح هیجانی حاصل‌شده است. استفاده از تکنیک‌های تجربی، یکی از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.8.3]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.244]

ویژگی‌های کلیدی طرح‌واره درمانی است، سیستم‌های شناختی-عقلانی مبتنی بر زبان از سیستم‌های مرتبط با هیجان مستقل هستند. تکنیک‌های تجربی، بر تجربه و ابراز هیجان‌هایی تمرکز می‌کنند که مرتبط با موقعیت‌های گذشته هستند و به‌نوبه خود منجر به توسعه یا حفظ طرح‌واره و ذهنیت‌ها می‌شوند. این هیجان‌ها می‌توانند به‌نوبه خود بر ادراک رویدادهای آینده نیز اثرگذار باشند. به نظر می‌رسد با استفاده از راهبردهای تجربی، افراد توانسته‌اند بر بار عاطفی منفی ناشی از بیماری و اضطراب مرگِ تابع آن تا حدی فائق بیایند.

نتایج پژوهش حاضر با در نظر گرفتن اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر ماهیت اضطراب، با پژوهش قادری که با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) در دانشجویان صورت گرفته بود همسو بود. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پس‌آزمون در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و طرح‌واره درمانی موجب کاهش معنادار نمرات تمامی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌جز دو طرح‌واره رهاشدگی/بی‌ثباتی و اطاعت در افراد گروه آزمایش شده است. یافته‌ها همچنین نشان داد طرح‌واره درمانی علائم اختلال اضطراب اجتماعی را نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون به میزان معناداری کاهش می‌دهد (۳۷).

به‌طورکلی می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی گروهی، با در نظر گرفتن مشکلات مربوط به اضطراب مرگ در طرح‌ریزی درمان، دست‌کم در بیماران مبتلابه مشکلات قبلی و عروقی می‌تواند به‌طور تأثیرگذاری مفید واقع شود. از نتایج این پژوهش می‌توان در جهت کاهش اضطراب مرگ به‌منظور بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی این افراد بهره برد.

این پژوهش با حجم نمونه کوچک، پژوهشگران را در مسیر بررسی شرکت‌کنندگان ازلحاظ برخی ویژگی‌های جمعیت-شناختی و همین‌طور ارزیابی اعضای جامعه بیماران قلبی-عروقی ازلحاظ وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با مانع روبرو ساخت؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، ضمن اینکه اثر درمانی ذکرشده در سایر بیماران مبتلابه بیماری‌های مزمن و با خطر مرگ موردبررسی قرار می‌گیرد، یک ارزیابی اولیه به جهت شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از این افراد به عمل آید. این امر می‌تواند به تدقیق هرچه بهتر طرح درمان کمک کند. همچنین مشخص‌شده است که تفاوت‌های جنسیتی نیز می‌تواند در اضطراب مرگ دخیل باشد (۳۸ و ۳۲)، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهشگران چنانچه قصد مطالعه در این حوزه را داشته باشند، با در نظر گرفتن گروه‌های جنسیتی، این مسئله را نیز مدنظر قرار دهند.

تقدیر و تشکر

از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, Morphet J, Shimoinaba K. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. The open nursing journal. 2013;7:14.
2. MacLeod R, Crandall J, Wilson D, Austin P. Death anxiety among New Zealanders: The predictive role of gender and marital status. Mental Health, Religion & Culture. 2016 Apr 20;19(4):339-49.
3. McClatchey IS, King S. The impact of death education on fear of death and death anxiety among human services students. OMEGA-Journal of death and dying. 2015 Sep;71(4):343-61.
4. Naderi F, Roushani Kh. Relationship of spiritual intelligence and social intelligence with death anxiety in old women. J Women and Culture 2012; 2(6): 55-67. [In Persian].
5. Soleimani MA, Bahrami N, Zarabadi-Pour S, Motalebi SA, Parker A, Chan YH. Predictors of death anxiety among patients with heart disease. Death studies. 2018 Nov 3:1-8.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.8.3]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.244]

6. Soleimani MA, Lehto RH, Negarandeh R, Bahrami N, Chan YH. Death anxiety and quality of life in Iranian caregivers of patients with cancer. Cancer nursing. 2017 Jan 1;40(1):E1-0.

7. Mehmet EG, Rukiye D, Alaettin U. An Evaluation of Depression and Death Anxiety Level in Hospitalized Patients. Scholars Journal of Applied Medical Sciences. 2014; 2(5C): 1663-1668.

8. Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. Circulation. 1994 Nov;90(5):2225-9.

9. Kubzansky LD, Kawachi I, Weiss ST, Sparrow D. Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. Annals of Behavioral Medicine. 1998 Jun 1;20(2):47-58.

10. Emdin CA, Odutayo A, Wong CX, Tran J, Hsiao AJ, Hunn BH. Meta-analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease. The American journal of cardiology. 2016 Aug 15;118(4):511-9.

11. Batelaan NM, Seldenrijk A, Bot M, Van Balkom AJ, Penninx BW. Anxiety and new onset of cardiovascular disease: critical review and meta-analysis. The British journal of psychiatry. 2016 Mar;208(3):223-31.

12. Malani PN. Harrison's principles of internal medicine. JAMA. 2012 Nov 7;308(17):1813-4.

13. Lee SY, Park MC, Choi SC, Nah YH, Abbey SE, Rodin G. Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. Journal of Psychosomatic Research. 2000 Jul 1;49(1):93-9.

14. Barkun A, Leontiadis G. Systematic review of the symptom burden, quality of life impairment and costs associated with peptic ulcer disease. The American journal of medicine. 2010 Apr 1;123(4):358-66.

15. Branco JC, Rodrigues AM, Gouveia N, Eusébio M, Ramiro S, Machado PM, da Costa LP, Mourão AF, Silva I, Laires P, Sepriano A. Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt–a national health survey. RMD open. 2016 Jan 1;2(1):e000166.

16. Heydari E, Khalili F, Khodapanahi MK. Relationships between Religious Orientation, Death Anxiety and Sensation Seeking. Journal of Psychology. 2009; 13: 325-341. [In Persian].

17. Leahy RL. Emotional schema therapy: distinctive features. Routledge; 2018 Oct 4.

18. Jafari F, Kakawand A, Hakami M. The Relationship between Early Maladaptive Schemas and Death Anxiety and Referential Thinking. European Online Journal of Natural and Social Sciences: Proceedings. 2016 Mar 27;4(1 (s)):pp-2162.

19. Hawke LD, Provencher MD. Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. Journal of cognitive psychotherapy. 2011 Jan 1;25(4):257-76.

20. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2017 Sep;90(3):456-79.

21. Hammen C. Stress and depression. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2005 Apr 27;1:293-319.

22. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2014 Jun 1;45(2):242-51.

23. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research. 1975 Nov 1;12(3):189-98.

24. Templer, DI. The construction and validation of a death anxiety scale. The Journal of General Psychology 1970; 82, 165-17.

25. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2009 Jun 1;40(2):317-28.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.8.3]

[DOI: 10.52547/rbs.17.2.244]

26. Athilingam P. Validation of an instrument to measure cognitive functions in patients with heart failure. Rochester, NY: University of Rochester School of Nursing 2008.
27. Lopez MN, Charter RA, Mostafavi B, Nibut LP, Smith WE. Psychometric properties of the Folstein Mini-Mental
28. State Examination. Assessment 2005; 12(2): 137-44.
29. Foroughan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Ghaemmagham farahany Z, Rahgozar M. Validation of mini-mental state examination (MMSE) in the elderly population of Tehran. Advances in Cognitive Science 2008; 10(2): 29-37. [In Persian].
30. Masoudzadeh A, Setareh J, Mohammadpour R, Modanloo kordi M. A survey of death anxiety among personnel of a hospital in Sari. J Mazandaran Univ Med Sci. 2008; 18 (67):84-90. [In Persian].
31. Rajabi Gh, Bohrani M. Factorial analysis of death anxiety scale. Psychol J 2001; 4: 331-44. [In Persian].
32. Ghorbani E, Sadatmand S, Sepehrian Azar F, Asadnia S, Feyzipour H. Surveying the relationship between hope, death, anxiety with mental health on students of Urmia University. Urmia Medical Journal. 2013 Oct 15;24(8):607-16. [In Persian].
33. Seligman ME, Schulman P, Tryon AM. Group prevention of depression and anxiety symptoms. Behavior research and therapy. 2007 Jun 1;45(6):1111-26.
34. Hashemi Razini H, Baheshmat Juybari S, Ramshini M. Relationship Between Coping Strategies and Locus of Control With the Anxiety of Death in Old People. Iranian Journal of Ageing. 2017 Sep 15;12(2):232-41. [In Persian].
35. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. New York: Guilford. 2003;254.
36. Slepecky M, Kotianova A, Vyskocilova J, Prasko J. Integration of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Personality Disorders. European Psychiatry. 2015 Mar 28;30:143.
37. Ghaderi F, Kalantari M, Mehrabi H. Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduce of social anxiety disorder symptoms. Clinical Psychology Studies. 2016 Autumn; 6(24): 1-28. [In Persian].
38. Depaola SJ, Griffin M, Young JR, Neimeyer RA. Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: The Role of gender and ethnicity. Death studies. 2003 May 1;27(4):335-54.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.8.3]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.244]

The Effectiveness of Group Schema Therapy on Reducing Death Anxiety Syndrome in Cardiovascular Patients

Zohreh Azizi[1], **Ahmad Alipour**[2], **Mahnaz Aliakbari Dehkordi**[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Anxiety can lead to heart disease in a 10-year interval, and heart disease, in turn, leads to anxiety; death anxiety. The purpose of this study was to determine the effectiveness of group schema therapy on reducing the death anxiety in cardiovascular patients.

Methods and Materials: The statistical population included all patients with cardiovascular disease referred to Tehran heart center. The sampling method was of convenience and the research design was semi-experimental with the experimental and control groups including pre-test and post-test. Initially, the data from the Templer death anxiety scale were collected from 113 individuals and after a primary evaluation 30 individuals (18 women and 12 men) from the participants who had the highest marks in the test were involved in the research and assigned randomly to two experimental and control groups. It was previously considered that the participants did not suffer from a nervous condition disturbing consciousness, such as head injury and dementia. Then, the members of the experimental group were intervened for 12 sessions of 90 minutes by group schema therapy and after that, they were evaluated again in terms of the degree of death anxiety. Data were analyzed by SPSS version 23.

Findings: The results showed that after the implementation of the schema therapy, the death anxiety level of the experimental group significantly decreased ($p< 0.05$, $F= 147.4$). Therefore, the hypothesis of the research on the effectiveness of group schema therapy on reducing death anxiety is confirmed.

Conclusions: This finding may contribute to the current research vacuum regarding death anxiety in cardiovascular patients as well as to clinical applications in the face of this phenomenon.

Keywords: Death anxiety, cardiovascular disease, Group Schema Therapy.

Citation: Azizi A, Alipour A, Aliakbari Dehkordi M. **The Effectiveness of Group Schema Therapy on Reducing Death Anxiety Syndrome in Cardiovascular Patients.** J Res Behav Sci 2019; 17(2): 244-252.

Received: 2018.05.12 Accepted: 2019.06.11

1- PhD candidate, Department of Psychology, Payame-Noor University, Tehran, Iran.
2- Professor, Department of Psychology, Payame-Noor University, Tehran, Iran.
3- Professor, Department of Psychology, Payame-Noor University, Tehran, Iran.
Corresponding Author: Zohreh Azizi Email: zazizi@ut.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.8.3]

[DOI: 10.52547/rbs.17.2.244]