

## Research Paper

# Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Health-Promoting Lifestyle (HPL) and Quality of Life (QoL) in HIV/AIDS Patients



Vahid Hemmati Sabet<sup>1</sup>, \*Saeedeh Alsadat Hoseini<sup>1</sup>, Karim Afsharinia<sup>1</sup>, Mokhtar Arefi<sup>1</sup>

1. Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.



**Citation:** Hemmati Sabet V, Hoseini SA, Afsharinia K, Arefi M. [Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on Health-Promoting Lifestyle (HPL) and Quality of Life (QoL) in HIV/AIDS Patients (Persian)]. Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS). 2021; 24(4):566-581. <https://doi.org/10.32598/JAMS.24.4.6376.1>

<https://doi.org/10.32598/JAMS.24.4.6376.1>



## ABSTRACT

### Article Info:

Received: 01 Dec 2020

Accepted: 21 Jun 2021

Available Online: 01 Oct 2021

### Key words:

Schema the Bbehavior Therapy, Health-promoting Lifestyle, Quality of Life, HIV

**Background and Aim** The main objective of the current study was to compare the effectiveness of schema therapy and dialectical behavior therapy (DBT) on health-promoting lifestyle (HPL) and quality of life (QoL) of HIV/AIDS patients.

**Methods & Materials** The current study was an experimental study based on a pre-test-post-test design with a control group, and based on the objectives, it can be considered an applied study. The statistical population of the study included all HIV patients monitored by behavioral disorders clinics of the Healthcare Organization Centers in Hamedan County in Iran in 2019-2020. Using simple random sampling method, 45 patients were randomly selected from Shohada Clinic in Hamedan as the sample of the study, followed by randomly assigning them to three 15-member groups, i.e., two intervention groups and a control group. In order to measure the research variables, the Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP) (1987) and the Short Form (36) Health Survey (SF-36, 2001) were utilized. The obtained data were analyzed using ANCOVA in SPSS v. 12.

**Ethical Considerations** The Ethics Committee of Hamedan University of Medical Sciences approved the study (Code: IR.UMSHA.REC.1398.1063). This study has been registered in the Iranian Registry of Clinical Trials (Code: IRCT20120215009014N348).

**Results** The results of ANCOVA indicate that schema therapy and DBT affect HPL and quality of life, and there was a significant difference between the two groups ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion** The results show that while both therapy methods affect the selected variables, schema therapy is more effective than DBT on HPL and Quality of Life (QoL).

## Extended Abstract

### 1. Introduction

**T**

he Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a highly challenging and overwhelming disease with numer-

ous consequences [1]. One of the crucial issues related to HIV patients, which has attracted very little attention, is a lifestyle [6]. When selecting a lifestyle for improving one's health and preventing diseases, the individual engages in behaviors, such as following suitable nutrition, considering good levels of sleep and activity, maintaining a good shape, refraining from smoking and drinking alcohol, and taking protective measures against various

### \* Corresponding Author:

Saeedeh Alsadat Hoseini, PhD.

Address: Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

Tel: +98 (912) 8456499

E-mail: saeedeh\_hosseini@iauksh.ac.ir

diseases [8]. Health-Related Quality of Life (HRQoL) is defined as the individual's satisfaction with all the aspects of their life [13]. Schema therapy is a novel integrated treatment method, which provides a regular plan for identifying and adjusting Early Maladaptive Schemas (EMS) formed in the individual's past. The primary basis for schema therapy is classic cognitive-behavioral therapy [17]. Dialectical Behavior Therapy (DBT) emphasizes structure by considering pathological symptoms inefficient problem solving [19]. The main objective of the current study was to compare the effectiveness of schema therapy and DBT on Health-Promoting Lifestyles (HPL) and Quality of Life (QoL) in HIV/AIDS patients.

## 2. Materials & Methods

This was an experimental study with pre-test-post-test and a control group design. Regarding the objectives, the current study is an applied research. The study's statistical population included all HIV patients monitored by behavioral disorders clinics of the Healthcare Organization of Hamedan Province of Iran in 2019-2020. Using the simple random sampling method, 45 patients were randomly selected from Shohada Clinic in Hamedan City, Iran, as the study sample, then randomly assigned them into three 15-member groups, i.e., two intervention groups and a control group. Then, 8 Schema Therapy (ST) sessions were administered for the first intervention group, and 8 DBT sessions were administered for the second intervention group. Data collection tools were: The Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP) was designed by Walker et al. in 1987. This questionnaire includes 52 items, measuring 6 components. These 6 aspects include nutrition, physical activity, health responsibility, stress management, interpersonal support, spiritual growth [27]. The Short Form (36) Health Survey (SF-36) includes 36 items, and 8 subscales were designed by Ware & Sherbourne 1992. The 8 subscales include physical functioning, physical role functioning, emotional role functioning, energy/fatigue, emotional wellbeing, social functioning, pain, and general health. Moreover, using two primary subscales, physical and mental health, are obtained [28].

## 3. Results

Multivariate Analysis of Variance (MANCOVA) was employed for data analysis. The collected data were analyzed in SPSS. Table 1 reports the Mean±SD scores of the subscales of HPL and QoL in the 3 surveyed groups. According to significant F-value calculated for comparison between mean values of two schema therapy and dialectical behavior therapy groups, Lametrix post hoc test was employed for variables, including HPL (nutri-

tion, physical activity, health responsibility, stress management, interpersonal relations, & spiritual growth) and quality of life QoL (physical health, mental health). According to Table 2, there was a significant post-test difference between experimental groups, i.e., affected by ST and DBT regarding values of HPL components; nutrition (2.722), physical activity (2.781), health responsibility (3.724), stress management (3.716), interpersonal relations (2.964), and spiritual growth (4.846) and QoL components; physical health (2.582) and mental health (2.989). According to the MANCOVA data (based on the odds of 0.99), the research hypothesis was confirmed; thus, ST and DBT provided a different effect on HPL, as well as the QoL in patients with HIV ( $P=0.001$ ,  $<P=0.01$  respectively).

## 4. Discussion & Conclusion

To explain the findings, in ST, by identifying EMSs through cognitive and experiential techniques and behavioral pattern-breaking, the individual's lifestyle and QoL can be improved. The maladaptive schemas of HIV patients often create problems with lifestyle and QoL; thus, modifying the schemas of these individuals can somewhat result in changes in the openness to experience. HIV patients may experience social isolation, failure, and dysfunctional schemas. These schemas can affect the individual due to effects and deficiencies that lead to a repetitive life and the inability to notice new experiences and events. Furthermore, concerning the superiority of ST, this therapeutic method focuses on cognitive, emotional, and behavioral themes; therefore, it can be helpful through techniques such as establishing relations between current problems and the schemas, evaluating the benefits and disadvantages of coping mechanisms, challenging schemas, imaginary dialogue, mental visualization, overcoming the barriers for changing behaviors, and creating significant life changes.

Moreover, the multidimensional nature of ST makes it more effective than DBT. The present study results revealed that ST, to identify underlying patterns of thought and challenge them, explicitly focusing on relation therapy, paying attention to the past and the present, attempting to break the patterns of maladaptive behaviors; applying experiential techniques, is a more comprehensive therapeutic method compared to DBT. Therefore, it was more effective in changing the HPL and QoL of individuals compared to DBT.

**Table 1.** The Mean±SD scores of the research variables

Statistical Measures		Mean±SD	
Variables	Group	Pre-test	Post-test
Nutrition	ST	13.27±1.22	20.47±2.20
	DBT	12.33±1.29	16.73±1.28
	Control	12.60±1.45	12.93±1.33
Physical activity	ST	14.13±7.24	20.67±2.22
	DBT	13.40±0.986	16.87±0.99
	Control	13±1.60	13.67±1.54
Health responsibility	ST	38.47±3.42	50.53±1.99
	DBT	43.27±1.83	48.13±0.99
	Control	40.67±1.95	41.93±1.98
Stress management	ST	7.33±1.35	16.80±2.37
	DBT	7.13±1.41	12.60±1.12
	Control	8.60±1.45	9.40±1.55
Interpersonal relations	ST	13±1.36	19.93±1.98
	DBT	12.53±1.25	16.60±1.18
	Control	12.47±1.19	13±1.31
Spiritual growth	ST	20.047±1.85	28.53±2.26
	DBT	20.40±2.41	25.47±1.68
	Control	20.73±2.22	21.73±2.22
Physical health	ST	33.33±2.32	25.20±1.86
	DBT	31±1.51	27.20±1.26
	Control	31.27±1.03	30.33±1.11
Mental health	ST	71.07±1.71	62.27±2.99
	DBT	70.20±1.47	65±1.69
	Control	71.27±1.83	70.27±1.83

## Ethical Considerations

### Compliance with ethical guidelines

The Ethics Committee of Hamedan University of Medical Sciences approved the study (Code: IR.UMSHA.REC.1398.1063). This study has been reg-

istered in the Iranian Registry of Clinical Trials (Code: IRCT20120215009014N348).

### Funding

This study was extracted from the PhD. dissertation of the first author at Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah.

**Table 2.** The MANCOVA results per HPL and QoL for the ST and DBT groups

Source of Scattering	SS	df	MS	F	P	Mean Difference
Nutrition	23.842	1	23.842	12.433	0.000	2.722
Error	47.941	25	1.918			
Physical activity	24.891	1	24.891	16.159	0.000	2.781
Error	38.510	25	1.540			
Health responsibility	44.628	1	44.628	18.400	0.000	3.724
Error	60.635	25	2.425			
Stress management	44.430	1	44.430	20.527	0.000	3.716
Error	54.112	25	2.164			
Interpersonal relations	28.269	1	28.269	15.534	0.000	2.964
Error	45.495	25	1.820			
Spiritual growth	75.573	1	75.573	35.800	0.000	4.846
Error	52.774	25	2.111			
Physical health	21.457	1	21.457	17.538	0.000	-2.582
Error	30.587	25	1.223			
Mental health	28.745	1	28.745	13.038	0.000	-2.989
Error	55.116	25	2.205			

### Authors' contributions

All authors met the standard writing criteria based on the recommendations of the International Committee of Medical Journal Publishers.

### Conflicts of interest

The authors declared no conflicts of interest.

### Acknowledgements

The authors would like to wholeheartedly thank Hamed-an University of Medical Sciences and all the participants in the current study.

This Page Intentionally Left Blank

## مقاله پژوهشی

# مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به HIV

وحید همتی ثابت<sup>۱</sup>، سعیده السادات حسینی<sup>۱</sup>، کریم افشاری‌نیا<sup>۱</sup>، مختار عارفی<sup>۱</sup>

۱. گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به HIV بود.

**مواد و روش‌ها:** روش تحقیق، آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون و پس‌آزمون به همراه گروه کنترل و از نظر هدف، کاربردی بود. جامعه آماری، تمام بیماران مبتلا به HIV در سال ۹۸-۹۹ تحت نظر کلینیک‌های اختلالات رفتاری مراکز معاونت بهداشتی همدان بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از درمانگاه شهدای همدان تعداد ۴۵ نفر به صورت تصادفی گزینش و در سه گروه پانزده نفری متشکل از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. برای سنجش متغیرهای مورد مطالعه از پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت HPLP (۱۹۸۷) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-36 (۲۰۰۱) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۲ تحلیل شدند.

**ملاحظات اخلاقی:** کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان مطالعه را تایید کرد (کد: IR.UMSHA.REC.1398.1063). این مطالعه در دفتر ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران (کد: IRCT20120215009014N348) به ثبت رسیده است.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی اثرگذار است و بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود داشت ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان دادند که هرچند هر دو درمان در متغیرهای مورد نظر مؤثر است، اما طرح‌واره‌درمانی اثربخشی بیشتری بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی، نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیک دارد.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۱ آذر ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۳۱ خرداد ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۰

### کلیدواژه‌ها:

طرح‌واره‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیک، سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، کیفیت زندگی، ویروس نقص ایمنی انسان

### مقدمه

آلودگی به HIV باشد، به طوری که همه‌گیر بودن HIV، آن را به عنوان یک بحران عمومی مطرح کرده است [۴].

بیماران مبتلا HIV در بیشتر مواقع در زندگی خود با تردید و عدم اطمینان پیش می‌روند و این موضوع می‌تواند ابعاد مختلفی چون جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، معنوی و فعالیت‌های روزمره آنها را تحت تأثیر قرار دهد [۵].

یکی از مسائل مهمی که در بیماران مبتلا به HIV توجه کمتری به آن شده است سبک زندگی است. سبک زندگی سالم دربرگیرنده اعمالی است که موجب بالا رفتن رفاه و پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود [۶]. الگوی ارتقادهنده رفاه و سلامت، الگویی چندبُعدی هستند که در جهت افزایش خودشکوفایی و رضایتمندی عمل می‌کنند و اجزای حفظ‌کننده سلامت، احتمال مواجهه فرد با بیماری یا آسیب را کاهش می‌دهند [۷].

بیماری HIV نمونه‌ای از بیماری‌های سخت و طاقت‌فرسا است که با عواقب بسیاری مانند هزینه‌های مالی زیاد جهت مراقبت و درمان، مرگ‌ومیر، مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی مختلفی مثل افسردگی و موارد دیگر، بسیار مهم تلقی می‌شود [۱]. در جهان فراوانی این بیماران روز به روز افزایش می‌یابد که در این راستا، رفتارهای مخاطره‌آمیز اهمیت بسزایی دارند [۲].

تحقیقات نشان می‌دهند که حدود ۶۶ هزار بیمار مبتلا به HIV در سال ۲۰۱۶ در ایران وجود داشته و تخمین زده شده که حدود ۱۶ هزار نمونه جدید و حدود چهار هزار مرگ ناشی از بیماری HIV وجود دارد [۳]. شاید یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های نظام‌های سلامت و بهداشت روان در طول چند دهه گذشته بیماری HIV و

\* نویسنده مسئول:

دکتر سعیده السادات حسینی

نشانی: کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمانشاه، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۸۴۵۶۴۹۹ (۹۱۲) ۰۹۸

رایانامه: saeedeh\_hosseini@iaukh.ac.ir

قابل توجهی برخوردار بوده است [۱۶].

طرح‌واره‌درمانی، درمانی جدید و یکپارچه است که برنامه‌ریزی منظمی برای شناسایی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که در گذشته فرد شکل گرفته‌اند، فراهم می‌کند؛ پایه اصلی طرح‌واره‌درمانی، درمان شناختی رفتاری کلاسیک است و از ترکیب تکنیک‌های مختلفی همچون تکنیک‌های شناختی، الگوشکنی رفتاری، تکنیک‌های بین‌فردی یا رابطه درمانی و تکنیک‌های تجربی برای سنجش و تعدیل طرح‌واره‌ها، همچنین از تکنیک‌های برانگیزاننده و مطرح ساختن پاسخ‌ها و سبک‌های مقابله‌ای استفاده می‌کند [۱۷].

می‌توان گفت طرح‌واره‌درمانی جنبه‌های مهمی را دربرمی‌گیرد. برای مثال، این شیوه درمانی زمان انتظار طولانی جهت آموزش را کاهش می‌دهد، درمانگر می‌تواند از زمان خود استفاده بهینه‌تر و مناسب‌تری داشته باشد و گروهی از منافع مختلف برای درمان‌جویان مثل حمایت، تجربه یکسان و الگوپذیری فراهم آورد [۱۸].

رفتاردرمانی دیالکتیک تأکید زیادی بر ساختار دارد. این درمان، علائم آسیب‌شناسانه را به شکل حل مسئله ناکارآمد در نظر می‌گیرد. در این روش، درمان شناختی رفتاری به خوبی بررسی شده است و تکنیک‌هایی را برای حل مشکلات زندگی مراجعان به روش‌های کارآمدتر مورد استفاده قرار می‌دهد [۱۹]. از سوی دیگر، با در نظر داشتن این موضوع که رفتاردرمانی دیالکتیک به عنوان ارائه‌دهنده چشم‌اندازی جدید به ماهیت، شخصیت و علل رفتارهای افراد، هنوز در ایران ناشناخته است، وجود پژوهشی که به بررسی این دیدگاه در درمان اختلالات روانی و جسمی در جمعیتی ایرانی بپردازد، به این دلیل که می‌تواند ارائه‌دهنده یک مدل نظری جدید از پویایی‌ها و قوانین رفتار باشد، از اهمیت زیادی برخوردار است [۲۰].

در پژوهشی نشان داده شد، طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر ابعاد سرشت و منش و تنظیم شناختی هیجان اثرگذار است و بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج این پژوهش نشان داد هرچند هر دو درمان در متغیرهای مورد نظر مؤثر است، اما طرح‌واره‌درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیک دارد [۲۱].

در یک پژوهش نتایج نشان داد که طرح‌واره‌درمانی باعث ارتقای میزان کیفیت زندگی و حالات روان‌شناختی مورد بررسی، در مقایسه با گروه کنترل شد [۲۲]. در پژوهش دیگری که با عنوان مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره‌درمانی روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به اضافه و کاهش وزن صورت گرفت، نتایج نشان داد که هر دو روش درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره‌درمانی روی افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به اضافه وزن و کاهش وزن در گروه آزمایشی تأثیرگذار بود،

فرد با انتخاب سبک زندگی برای ارتقای سلامت خود و پیشگیری از بیماری‌ها، فعالیت‌هایی، از جمله رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت، ورزش، حفظ وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و حفاظت در برابر بیماری‌ها را انجام می‌دهد. در مقابل، سبک زندگی ناسالم ریشه بسیاری از رفتارهای پرخطر از قبیل عادات غذایی ناسالم، عدم فعالیت جسمانی، مصرف تنباکو و الکل و انجام رفتارهای پرخطر جنسی است که باعث گسترش انواع بیماری‌ها و اختلالات مزمن می‌شود [۹، ۸]. سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت موضوعی است که از جانب افراد با هدف افزایش سلامت آگاهانه انجام می‌شود و شامل رفتارهایی مستمر، خود آغاز و نیازمند فعالیت‌های روزانه است [۱۰].

کیفیت زندگی یکی از موضوع‌های بسیار مهم در ارزیابی سلامت بیماران مبتلا به HIV و به‌بود آن، یکی از هدف‌های اصلی درمان این افراد است. ارزیابی کیفیت زندگی، در واقع بیانگر این موضوع است که بیماری و درمان چه تأثیری بر زندگی مبتلایان به HIV گذاشته‌اند [۱۱]. برای متخصصان و سیاست‌گذاران برنامه‌های سلامت این موضوع که کدام‌یک از حیثه‌های زندگی این افراد بیشتر تحت تأثیر بیماری قرار گرفته، از اهمیت زیادی برخوردار است. بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سال‌های اخیر، به‌ویژه در بیماری‌های مزمن اهمیت خاصی یافته است، اما با وجود این و علی‌رغم روند رو به رشد ابتلا به AIDS/HIV، مطالعات کمی در مورد کیفیت زندگی این بیماران در کشور انجام شده که مهم‌ترین دلایل آن، این است که اولاً در این گروه از افراد همیشه پیشگیری و درمان در اولویت اول بوده و ثانیاً این افراد اغلب انگ خورده و از اجتماع طرد شده‌اند؛ بنابراین کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند [۱۲].

رضایت فرد از تمام ابعاد زندگی تعریفی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است [۱۳]. بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به طور گسترده‌ای در بسیاری از تحقیقات بالینی در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. همچنین در جهت بررسی تأثیر یک بیماری مزمن روی بیمار و درمان آن، حائز اهمیت است و بیانگر این مسئله است که بسیاری از روش‌های درمانی بیماری‌های مزمن منجر به بهبود افراد نمی‌شوند و سودمندی درمان‌های موجود محدودیت‌هایی دارد [۱۴].

طرح‌واره‌ها، درون‌مایه‌ها و الگوهای عمیق و تعمیم‌یافته‌ای هستند که از الگوهای شناختی، خاطره‌ها، احساس‌های عاطفی و احساس‌های بدنی در دوران کودکی و نوجوانی تشکیل و در دوران زندگی بعدی فرد ادامه پیدا می‌کنند [۱۵]. یونگ معتقد است که چون طرح‌واره‌درمانی عمیق‌ترین سطح شناخت را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به همین دلیل این هدف را دنبال می‌کند که هسته مرکزی مشکل را شناسایی و اصلاح کند و این موضوع در درمان اختلال‌های روانی و جلوگیری از برگشت آنها از موفقیت



ابتلا به سایر بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی، تحت درمان دارویی برای HIV قرار داشتن و تحت روان‌درمانی قرار نداشتن بود (این اطلاعات بر اساس پرونده مراجعان بود). معیارهای خروج شامل داشتن اختلال روان‌پزشکی حاد یا مزمن (کسب اطلاعات از طریق شرح حال روان‌پزشکی و معاینه وضعیت روانی) و غیبت در بیش از دو جلسه درمانی بود.

ابزارهای سنجش پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت (HPLP) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) بودند. پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت (HPLP) را واکر و همکاران در سال ۱۹۸۷ طراحی کرده‌اند. این پرسش‌نامه شامل ۵۲ عبارت است که شش بُعد را اندازه‌گیری می‌کند. این شش بُعد عبارت‌اند از: تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس)، حمایت بین‌فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی) و رشد معنوی (داشتن حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن و تجربه خودآگاهی و رضایتمندی).

عبارات این پرسش‌نامه، روی یک مقیاس چهار درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند و هر یک از این گزینه‌ها یک، دو، سه و چهار امتیاز دارند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیر شاخه‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ بود. همه موارد، همبستگی مورد کل قابل قبولی داشتند (بیشتر از ۳۴ درصد). نتایج آزمون بازآزمون نشان‌دهنده ثبات برای پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و زیرشاخه‌های آن بود. تحلیل عاملی تأییدی مدل شش عاملی گویای برازش قابل قبولی بود [۲۷].

پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-36) ۳۶ سؤال دارد و از هشت زیرمقیاس تشکیل شده و هر زیرمقیاس متشکل از دو الی ده ماده است. هشت زیرمقیاس این پرسش‌نامه عبارت‌اند از: عملکرد جسمی (PF)، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی (RP)، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی / خستگی (EF)، بهزیستی هیجانی (EW)، کارکرد اجتماعی (SF)، درد (P) و سلامت عمومی (GH).

همچنین از ادغام زیرمقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. در این پرسش‌نامه نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و برعکس. در پژوهشی روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسش‌نامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در همان پژوهش برای این پرسش‌نامه بالای ۰/۷ برآورد شد [۲۸].

پس از هماهنگی‌های لازم با دانشگاه علوم پزشکی و معاونت بهداشتی شهرستان همدان از مرکز مورد نظر (درمانگاه شهدا) ۴۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در سه گروه پانزده نفری که شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بودند قرار گرفتند.

اما اثر طرح‌واره‌درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش وزن بیشتر بود. هر دو روش درمان شناختی رفتاری و طرح‌واره‌درمانی روی افزایش حس کنترل بر حوزه‌هایی از سبک زندگی که مربوط به وزن و کنترل وزن هستند، مؤثر هستند [۲۳].

نتایج پژوهشی نشان داد که می‌توان از طرح‌واره‌درمانی در جهت افزایش تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی افراد مبتلا به آسم بهره برد و از این راه به کاهش تنش برای بیماران مبتلا به آسم کمک کرد [۲۴]. یافته‌های پژوهشی که به اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر رفتارهای مخاطره‌آمیز، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به ایدز پرداخت، نشان داد که این درمان به کاهش علائم رفتارهای مخاطره‌آمیز و افسردگی، اضطراب و استرس منجر می‌شود [۲۵].

با توجه به نتایج یک پژوهش، به نظر می‌رسد رفتاردرمانی دیالکتیکی، با آموزه‌هایی مثل تغییر سبک زندگی، بهبود روابط بین‌فردی، راهبردهای تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان یک آزمایش روان‌شناختی مؤثر و مکمل در بیماران مبتلا به پرخوری به منظور ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها، مورد استفاده قرار گیرد [۲۶].

با عنایت به مباحث ذکرشده، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به HIV و پاسخ دادن به این سؤال است که آیا طرح‌واره‌درمانی و درمان رفتاری دیالکتیک بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به HIV اثربخش هستند؟ و آیا بین اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به HIV تفاوت وجود دارد؟

## مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر، یک طرح آزمایشی، به شیوه پیش‌آزمون و پس‌آزمون به همراه گروه کنترل و از نظر هدف، پژوهش کاربردی بود. جامعه آماری متشکل از تمامی بیماران مبتلا HIV در سال ۹۸-۹۹ بود که تحت نظر کلینیک‌های اختلالات رفتاری مراکز معاونت بهداشتی همدان قرار داشتند. روش نمونه‌گیری پژوهش، تصادفی ساده<sup>۱</sup> بود که افراد نمونه از درمانگاه شهدای همدان و به تعداد ۴۵ نفر به صورت تصادفی گزینش و در سه گروه پانزده نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل دامنه سنی بین بیست تا شصت سال، رضایت داوطلب برای حضور در پژوهش، دارای حداقل تحصیلات دیپلم، تأیید بیماری توسط پزشک، عدم

1. Simple Random Sampling



## جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی پروتکل طرح‌واره‌درمانی

جلسه	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، معرفی اعضا، بیان قواعد گروه (رازداری، احترام، گوش دادن و...)، بستن قرارداد درمانی، شناخت مشکل فعلی مراجع، سنجش مراجعین برای طرح‌واره‌درمانی با مرکزیت تاریخچه زندگی
دوم	آموزش طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی و طرح‌واره‌ها
سوم	(راهبردهای شناختی)؛ ارائه منطق تکنیک‌های شناختی، به کارگیری سبک درمانی رویاروسازی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره
چهارم	ارزیابی کردن مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای، برقراری گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره، مورد چالش قرار دادن طرح‌واره‌ها، آموزش تدوین کارت‌های آموزشی
پنجم	ارائه منطق تکنیک تجربی (جنگیدن با طرح‌واره‌ها در سطح عاطفی)؛ تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصویرسازی ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفت‌وگوی خیالی
ششم	ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، دادن روش‌هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت‌بندی و تعیین مشکل‌سازترین رفتار، افزایش انگیزه جهت تغییر رفتار
هفتم	تکنیک‌های رفتاری، تمرین رفتارهای سالم به وسیله تصویرسازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد کردن تغییرات برجسته در زندگی
هشتم	مرور جهت جمع‌بندی جلسات گذشته، جمع‌بندی کردن و نتیجه‌گیری نهایی، تشکر از گروه و اتمام جلسات



پژوهش، رازداری و آگاه شدن آزمودنی‌ها جهت خارج شدن از پژوهش بدون هیچ‌گونه محدودیتی است. در **جدول شماره ۲** هر دو پروتکل درمانی طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک با ذکر جلسات مطرح شده است.

## یافته‌ها

همان‌طور که در **جدول شماره ۳** مشاهده می‌شود، از تعداد پانزده نفر گروه آموزش طرح‌واره‌درمانی هشت نفر (۵۳/۳۳ درصد) دارای سن ۲۰-۴۰ سال و هفت نفر (۴۶/۶۷ درصد) دارای

هشت جلسه طرح‌واره‌درمانی گروهی برای گروه آزمایش یک و هشت جلسه رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی برای گروه آزمایش دو صورت گرفت که مدت زمان هر جلسه نود دقیقه بود (**جدول شماره ۱**).

جلسات برای هر آزمایش درمانی هفته‌ای دو جلسه با فاصله زمانی سه روز مورد اجرا قرار گرفت. همچنین با عنایت به حساسیت بالای این پژوهش، همه اصول اخلاقی رعایت شد که از جمله آن رضایتمندی داوطلبانه آزمودنی‌ها از شرکت در

## جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات آموزشی پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضا با قوانین گروه؛ آشنایی مراجع با ذهن آگاهی و مهارت‌های ارتقا دهنده آن؛ ارائه تبیین منطقی از فواید ذهن آگاهی؛ توضیح تکنیک‌های مفید جهت تمرکز ذهن؛ تبیین انواع ذهن برای مراجعان؛ آشنایی مراجعان با مهارت‌هایی که در این بخش آموزش داده می‌شوند و نیز دلیل اهمیت آنها؛ توضیح تمرکز بر مهارت‌های ذهن آگاهی بنیادین «یادگیری این موضوع که به جای کنترل شدن توسط ذهن‌تان، خودتان آن را کنترل کنید»
دوم	دادن سه نوع مهارت و تکنیک ارتقای ذهن آگاهی (مهارت چه چیزی در من تغییر کرد و مهارت تمرکز بر رایحه دلپذیر و خوردن کشمش‌ها و پاستیل‌ها باتوجه و آگاهی؛ بیان مهارت‌های چه و چگونه)
سوم	تبیین دلایل اهمیت اثرگذاری مهارت‌های بین‌فردی؛ آموزش اولویت‌ها و ملزوم‌ها و اهمیت ایجاد تعادل بین آنها؛ رشد تسلط و احترام به خود
چهارم	یاد دادن اثرگذاری خوداحترامی و بحث درباره آن؛ بحث در رابطه با عوامل محیطی که بر اثرگذاری بین‌فردی مؤثر هستند؛ کمک به افراد برای یافتن چندین جمله روحیه‌بخش برای خود.
پنجم	بیان ساختار مدل هیجانی؛ آموزش حضور ذهن در قبال حالت هیجانی زمان حاضر؛ آموزش تغییر هیجان‌ها با انجام عملی عکس حالت هیجانی؛ راهبردهای کاهش هیجانات منفی؛ راهبردهای افزایش اتفاقات مثبت
ششم	آموزش حضور ذهن در برابر حالت هیجانی زمان اکنون؛ آموزش عوض کردن هیجان‌ها با اجرای عمل متضاد حالت هیجانی
هفتم	تبیین علت آموزش مهارت‌های تحمل آشفستگی؛ ارائه مقدماتی بحث در رابطه با مهارت‌های تحمل و بقا در شرایط بحرانی
هشتم	آموزش راهبردهای تحمل شامل راه‌های پرت کردن حواس؛ ارزیابی نهایی مراجعان



جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه آموزش طرح‌واره‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه کنترل

متغیر	سطح	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
سن	۲۰-۴۰	۸	۵۳/۳۳	۵۳/۳۳
	۴۰-۶۰	۷	۴۶/۶۷	۱۰۰
	۲۰-۴۰	۹	۶۰	۶۰
	۴۰-۶۰	۶	۴۰	۱۰۰
	۲۰-۴۰	۹	۴۰	۶۰
	۴۰-۶۰	۶	۶۰	۱۰۰
تاهل	مجرد	۵	۳۳/۳۳	۳۳/۳۳
	متاهل	۱۰	۶۶/۶۷	۱۰۰
	مجرد	۵	۳۳/۳۳	۳۳/۳۳
	متاهل	۱۰	۶۶/۶۷	۱۰۰
	مجرد	۷	۴۶/۶۷	۴۶/۶۷
	متاهل	۸	۵۳/۳۳	۱۰۰
تحصیل	دیپلم	۸	۵۳/۳۳	۵۳/۳۳
	بالتر از دیپلم	۷	۴۶/۶۷	۱۰۰
	دیپلم	۷	۴۶/۶۷	۴۶/۶۷
	بالتر از دیپلم	۸	۵۳/۳۳	۱۰۰
	دیپلم	۱۰	۶۶/۶۷	۶۶/۶۷
	بالتر از دیپلم	۵	۳۳/۳۳	۱۰۰



نفر (۳۳/۳۳ درصد) دارای تحصیلات دیپلم به بالا بودند.

همان‌گونه که در **جدول شماره ۳** ذکر شده است، آزمودنی‌های بین ۲۰-۴۰ سال، افراد متأهل و افراد با دیپلم بیشترین فراوانی را در گروه‌ها داشتند.

در بخش آمار توصیفی از جدول میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (Manco-va) جهت بررسی فرضیه‌های تحقیق استفاده شد (**جدول شماره ۴**). به منظور مقایسه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و کیفیت زندگی نیز آزمون تعقیبی لامتریکس به کار گرفته شد. ابتدا پیش‌فرض‌ها، یعنی: وجود رابطه خطی، همگنی ماتریس واریانس کوواریانس، فاصله‌ای بودن داده‌ها، نرمالی توزیع (یکسانی واریانس)، تصادفی بودن داده‌ها و همبستگی بین داده‌های متغیرهای وابسته بررسی شد. در پایان تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS19 صورت گرفت.

با توجه به اینکه بررسی‌های انجام‌گرفته حاکی از رعایت شدن رابطه خطی و مفروضه‌های همگنی ماتریس / کوواریانس و مفروضه یکسانی واریانس‌ها و همگنی شیب خط رگرسیون بود،

سن ۴۰-۶۰ سال هستند؛ از تعداد پانزده نفر گروه رفتاردرمانی دیالکتیک، نه نفر (۶۰ درصد) دارای سن ۲۰-۴۰ سال و شش نفر (۴۰ درصد) دارای سن ۴۰-۶۰ سال هستند. از تعداد پانزده نفر گروه کنترل، نه نفر (۶۰ درصد) دارای سن ۲۰-۴۰ سال و شش نفر (۴۰ درصد) دارای سن ۴۰-۶۰ سال هستند.

بر اساس وضعیت تاهل، از تعداد پانزده نفر گروه آموزش طرح‌واره‌درمانی، ده نفر (۶۶/۶۷ درصد) متأهل و پنج نفر (۳۳/۳۳ درصد) مجردین را تشکیل دادند، از تعداد پانزده نفر گروه رفتاردرمانی دیالکتیک، ده نفر (۶۶/۶۷ درصد) متأهل و پنج نفر (۳۳/۳۳ درصد) مجردین را تشکیل دادند. از تعداد پانزده نفر گروه کنترل، هشت نفر (۵۳/۳۳ درصد) متأهل و هفت نفر (۴۶/۶۷ درصد) مجردین را تشکیل دادند.

بر اساس وضعیت تحصیلات، از تعداد پانزده نفر گروه آموزش طرح‌واره‌درمانی، هشت نفر (۵۳/۳۳ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و هفت نفر (۴۶/۶۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم به بالا بودند، از تعداد پانزده نفر گروه رفتاردرمانی دیالکتیک، هفت نفر (۴۶/۶۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و هشت نفر (۵۳/۳۳ درصد) دارای تحصیلات دیپلم به بالا بودند و از تعداد پانزده نفر گروه کنترل، ده نفر (۶۷/۶۶ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و پنج

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

میانگین ± انحراف معیار		شاخص‌های آماری	
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	گروه	متغیر
۲۰/۴۷±۲/۲۰	۱۳/۲۷±۱/۲۲	طرح‌واره‌درمانی	تغذیه
۱۶/۷۳±۱/۲۸	۱۲/۳۳±۱/۲۹	رفتاردرمانی دیالکتیک	
۱۲/۹۳±۱/۳۳	۱۲/۶۰±۱/۴۵	کنترل	
۲۰/۶۷±۲/۲۲	۱۴/۱۳±۷/۲۴	طرح‌واره‌درمانی	ورزش
۱۶/۸۷±۰/۹۹	۱۳/۴۰±۰/۹۸۶	رفتاردرمانی دیالکتیک	
۱۳/۶۷±۱/۵۴	۱۳±۱/۶۰	کنترل	
۵۰/۵۳±۱/۹۹	۳۸/۴۷±۳/۴۲	طرح‌واره‌درمانی	مسئولیت‌پذیری درمورد سلامت
۴۸/۱۳±۰/۹۹	۴۳/۲۷±۱/۸۳	رفتاردرمانی دیالکتیک	
۴۱/۹۳±۱/۹۸	۴۰/۶۷±۱/۹۵	کنترل	
۱۶/۸۰±۲/۳۷	۷/۳۳±۱/۳۵	طرح‌واره‌درمانی	مدیریت استرس
۱۲/۶۰±۱/۱۲	۷/۱۳±۱/۴۱	رفتاردرمانی دیالکتیک	
۹/۴۰±۱/۵۵	۸/۶۰±۱/۴۵	کنترل	
۱۹/۹۳±۱/۹۸	۱۳±۱/۳۶	طرح‌واره‌درمانی	روابط بین‌فردی
۱۶/۶۰±۱/۱۸	۱۲/۵۳±۱/۲۵	رفتاردرمانی دیالکتیک	
۱۳±۱/۳۱	۱۲/۴۷±۱/۱۹	کنترل	
۲۸/۵۳±۲/۲۶	۲۰/۰۴۷±۱/۸۵	طرح‌واره‌درمانی	رشد معنوی
۲۵/۴۷±۱/۶۸	۲۰/۴۰±۲/۴۱	رفتاردرمانی دیالکتیک	
۲۱/۷۳±۲/۲۲	۲۰/۷۳±۲/۲۲	کنترل	
۲۵/۲۰±۱/۸۶	۳۳/۳۳±۲/۳۲	طرح‌واره‌درمانی	سلامت جسمی
۳۷/۲۰±۱/۲۶	۳۱±۱/۵۱	رفتاردرمانی دیالکتیک	
۳۰/۳۳±۱/۱۱	۳۱/۲۷±۱/۰۳	کنترل	
۶۲/۲۷±۲/۹۹	۷۱/۰۷±۱/۷۱	طرح‌واره‌درمانی	سلامت روانی
۶۵±۱/۶۹	۷۰/۲۰±۱/۴۷	رفتاردرمانی دیالکتیک	
۷۰/۲۷±۱/۸۳	۷۱/۲۷±۱/۸۳	کنترل	



ارتقا دهنده سلامت (به ترتیب تغذیه، ورزش، ۲/۷۲۲؛ ورزش، ۲/۷۸۱؛ مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، ۳/۷۲۴؛ مدیریت استرس، ۳/۷۱۶؛ روابط بین‌فردی، ۲/۹۶۴ و رشد معنوی، ۴/۸۴۶) و مؤلفه‌های کیفیت زندگی (به ترتیب سلامت جسمی، ۲/۵۸۲- سلامت روانی، ۲/۹۸۹-) وجود دارد (P=۰/۰۰۱ < P=۰/۰۱).

پژوهشگر مجاز است تا از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده کند.

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد بین گروه آزمایش که تحت تأثیر طرح‌واره درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفته‌اند، در پس‌آزمون تفاوت معناداری در میزان مؤلفه‌های سبک زندگی

جدول ۵. تحلیل حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر اساس سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی گروه طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک

منبع پراش	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
تغذیه	۲۳/۸۴۲	۱	۲۳/۸۴۲	۱۲/۴۳۳	۰/۰۰۰	۲/۷۲۲
خطا	۴۷/۹۴۱	۲۵	۱/۹۱۸			
ورزش	۲۴/۸۹۱	۱	۲۴/۸۹۱	۱۶/۱۵۹	۰/۰۰۰	۲/۷۸۱
خطا	۳۸/۵۱۰	۲۵	۱/۵۴۰			
مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت	۴۴/۶۲۸	۱	۴۴/۶۲۸	۱۸/۴۰۰	۰/۰۰۰	۳/۷۳۴
خطا	۶۰/۶۳۵	۲۵	۲/۴۲۵			
مدیریت استرس	۴۴/۴۳۰	۱	۴۴/۴۳۰	۲۰/۵۲۷	۰/۰۰۰	۳/۷۱۶
خطا	۵۴/۱۱۲	۲۵	۲/۱۶۴			
روابط بین فردی	۲۸/۲۶۹	۱	۲۸/۲۶۹	۱۵/۵۳۴	۰/۰۰۰	۲/۹۶۴
خطا	۴۵/۴۹۵	۲۵	۱/۸۲۰			
رشد معنوی	۷۵/۵۷۳	۱	۷۵/۵۷۳	۳۵/۸۰۰	۰/۰۰۰	۴/۸۴۶
خطا	۵۲/۷۷۴	۲۵	۲/۱۱۱			
سلامت جسمی	۲۱/۴۵۷	۱	۲۱/۴۵۷	۱۷/۵۳۸	۰/۰۰۰	-۲/۵۸۲
خطا	۳۰/۵۸۷	۲۵	۱/۲۲۳			
سلامت روانی	۲۸/۷۴۵	۱	۲۸/۷۴۵	۱۳/۰۳۸	۰/۰۰۰	-۲/۹۸۹
خطا	۵۵/۱۱۶	۲۵	۲/۲۰۵			



و همکاران [۲۱]، بلیر و همکاران [۲۵]، محمدی‌زاده و همکاران [۳۰] و عاشوری و همکاران [۳۱] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت؛ در طرحواره‌درمانی با شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه و به چالش کشیدن این طرحواره‌های ناسازگار از طریق تکنیک‌های شناختی، تجربی و الگوشکنی رفتار می‌توان سبک زندگی فرد و کیفیت زندگی وی را بهبود بخشید. با توجه به اینکه طرحواره‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به ایدز اغلب مشکلاتی در سبک زندگی و کیفیت زندگی ایجاد می‌کنند، تغییر طرحواره‌های این افراد به نحوی می‌تواند تغییر در قالب گشودگی به تجربه را نیز سبب شود.

بیماران مبتلا به ایدز شاید طرحواره‌های انزوای اجتماعی، شکست و نقص را تجربه کنند؛ هریک از این طرحواره‌ها به جهت تأثیرات و کاستی‌هایی که منجر به زندگی تکراری و عدم پرداختن به کارها و اتفاقات جدید می‌شود، بر شخص اثرگذار است. تکنیک‌های شناختی تأکید ویژه‌ای بر باورهای مرکزی نادرست و تحریف‌های شناختی دارد که با استفاده از تکنیک‌های مختلفی، از جمله تکنیک مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای و

با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل اطلاعات بر اساس آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره با ۰/۹۹ احتمال می‌توان گفت که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به HIV متفاوت است، تأیید می‌شود.

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به HIV انجام شد. طبق مقایسه تفاوت میانگین‌های دو گروه طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک در میزان مؤلفه تغذیه (۲/۷۲۲)، ورزش (۲/۷۸۱)، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت (۳/۷۲۴)، مدیریت استرس (۳/۷۱۶) روابط بین فردی (۲/۹۶۴)، رشد معنوی (۴/۸۴۶)، سلامت جسمی (-۲/۵۸۲) و سلامت روانی (-۲/۹۸۹) در پس آزمون، طرحواره‌درمانی نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیک از اثربخشی بیشتری بر آزمودنی‌ها برخوردار بود.

این نتایج با پژوهش‌های کروگر و همکاران [۲۹]، همی‌ثابت

وخیم‌تر کند و در مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت و رشد معنوی عملکرد بهتری داشته باشند.

همچنین در رابطه با برتری طرح‌واره‌درمانی، با توجه به اینکه این درمان درون‌مایه‌های شناختی، هیجانات و رفتارها را مدنظر قرار می‌دهد، با تکنیک‌هایی چون برقراری ارتباط بین مشکلات فعلی و طرح‌واره‌ها، ارزیابی کردن مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای، به چالش کشیدن طرح‌واره‌ها، گفت‌وگوی خیالی، تصویرسازی ذهنی و غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد کردن تغییرات برجسته در زندگی می‌تواند کمک‌کننده باشد و چند جنبه بودن طرح‌واره‌درمانی توانسته است آن را نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیک اثربخش‌تر کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، انجام مطالعه محدود به یکی از مراکز درمانی در شهر همدان است که تعمیم نتایج را دچار مشکل می‌سازد. همچنین استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده و محدودیت زمان در گردآوری داده‌ها می‌تواند منجر به کاهش دقت نمونه‌گیری و در نتیجه کاهش توان تعمیم نتایج شود.

بنابراین پیشنهاد می‌شود اثربخشی طرح‌واره‌درمانی و رفتاردرمانی دیالکتیک بیماران مبتلا به HIV روی گروه وسیع‌تری از این دسته بیماران در دوره‌های درمانی طولانی‌تر انجام شود. همچنین اثربخشی درمان‌های مذکور در مورد دیگر مؤلفه‌ها به طور جداگانه و همراه با هم بررسی شود.

### نتیجه‌گیری

در واقع می‌توان گفت طرح‌واره‌درمانی با هدف شناخت الگوهای زیربنایی تفکر و چالش با آنها، تأکید ویژه بر رابطه درمانی، توجه به زمان گذشته و حال، به‌کارگیری الگوشکنی رفتارهای ناکارآمد و با بهره‌گیری از تکنیک‌های تجربی، درمانی جامع‌تر نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیک است و توانسته است سهم بیشتری در تغییر افراد در متغیرهای سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت و کیفیت زندگی نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیک داشته باشد.

### ملاحظات اخلاقی

#### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20120215009014N348 تأیید شده است. همچنین این مطالعه دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره ثبتی IR.UMSHA.REC.1398.1063 است.

#### حامی مالی

این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری نویسنده اول در گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد کرمانشاه،

برقراری گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره و در نهایت تدوین کارت‌های آموزشی این هدف محقق می‌شود که تا جلسه چهارم گروه آزمایش یک، تکنیک‌های شناختی در کنار ارتباط درمانی مناسب و رویاروسازی همدلانه اجرا شد.

گروه دوم، تکنیک‌های تجربی در طرح‌واره‌درمانی است که جلسه پنجم گروه آزمایش یک را به خود اختصاص داد. تکنیک‌های تجربی تأکید زیادی بر هیجانات افراد دارند و درمانگر با استفاده از بازوالدینی حد و مرزدار و از طریق ایجاد فضایی امن و بر عهده گرفتن نقش والد به اندازه کافی خوب، سعی در بازنگری و بازنویسی خاطرات تلخ افراد می‌کند. در نهایت آخرین مرحله در طرح‌واره‌درمانی استفاده از الگوشکنی رفتارهای ناکارآمد است که برخلاف رفتاردرمانی شناختی، تغییر رفتار از رفتارهای دردمسازتر شروع می‌شود.

در گروه آزمایش دو از چهار دسته مهارت استفاده شد. در ابتدا مهارت‌های ذهن‌آگاهی آموزش داده شدند. افزایش خودآگاهی به مراجعان کمک می‌کند که از افکار، تکانه‌ها و هیجانات خود آگاه شوند و رفته‌رفته بیاموزند که آنها را مؤثرتر مدیریت کنند. مراجعان با ذهن‌آگاهی آموختند که افکار، تکانه‌ها و هیجاناتی را تحمل کنند که در برابرشان ناتوان هستند و آن دسته از تجربه‌های درونی را درک کنند که نباید بر اساس آنها عمل کنند، اما می‌توانند آنها را بپذیرند و به تدریج برطرف کنند و این دسته از مهارت‌ها در رابطه با متغیرهایی همچون تغذیه، ورزش و مدیریت استرس به خوبی کارآمد بود.

دومین دسته از مهارت‌ها در رفتاردرمانی دیالکتیک، مهارت‌های کارایی بین‌فردی بود که هدف از این مهارت‌ها، کمک به کاهش آشفتگی‌های بین‌فردی است که اغلب در زندگی بیماران مبتلا HIV به چشم می‌خورد. به بیماران آموزش داده شد تا بتوانند به جواب این سؤالات دست پیدا کنند و در متغیرهایی همچون روابط بین‌فردی و سلامت روانی رشد قابل توجهی داشته باشند: آیا در روابط بین‌فردی هدف خاصی دارند؟ آیا می‌خواهند احترام به خود را حفظ کنند یا بهبود بخشند؟ و در نهایت با مهارت‌آموزی که در این زمینه انجام شد به اهداف خود رسیدند.

دسته سوم، مهارت‌های تنظیم هیجان است که هدف آن کاهش تغییرپذیری خلق است. در این دسته از مهارت‌ها مراجعان از ارتباط بین افکار، احساسات و رفتارهای خود آگاه شده و با تغییر یکی از آنها توانستند تأثیر بر دیگری را به وضوح مشاهده کنند و در متغیرهایی همچون مدیریت استرس و سلامت جسمانی کارآمدتر عمل کنند.

دسته چهارم، مهارت‌های تحمل پریشانی‌ها است و هدف آن این است که به مراجعین کمک کند در مقابل بحران‌ها ایستادگی کنند، بدون اینکه درگیر رفتارهای مشکل‌آفرینی چون مبادرت به خودکشی، خودآسیب‌رسانی، سوء مصرف مواد و... شده و شرایط را

دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه است.

### مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهادات کمیته بین‌المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا بودند.

### تعارض منافع

در این مقاله برای نویسندگان تضاد منافی وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

از بیماران مبتلا به HIV شهر همدان و دانشگاه علوم پزشکی همدان که در این پژوهش همکاری کردند، قدردانی به عمل می‌آید.



## References

- [1] Cane TPC. Facilitating and supporting HIV+ parenthood: Lessons for developing the advocate role of voluntary HIV support services workers. *Sex Reprod Healthc.* 2017; 16:186-91. [DOI:10.1016/j.srhc.2018.04.001] [PMID]
- [2] King B, Winchester MS. HIV as social and ecological experience. *Soc Sci Med.* 2018; 208:64-71. [DOI:10.1016/j.socscimed.2018.04.015] [PMID]
- [3] Global AIDS update. Geneva: UNAIDS; 2016. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Global-AIDS-update-2016>
- [4] Trobst KK, Herbst JH, Masters HL, Costa PT. Personality pathways to unsafe sex: Personality, condom use, and HIV risk behaviors. *J Res Personal.* 2002; 36(2):117-33. [DOI:10.1006/jrpe.2001.2334]
- [5] Mishel MH. Theories of uncertainty in illness. In: Smith M, Liehr P, editors. *Middle range theory for nursing.* 3th ed. New York: Springer; 2013. <http://connect.springerpub.com/content/book/978-0-8261-9552-4>
- [6] Uphold CR, Holmes W, Reid K, Findley K, Parada JP. Healthy lifestyles and health-related quality of life among men living with HIV infection. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2007; 18(6):54-66. [DOI:10.1016/j.jana.2007.03.010] [PMID]
- [7] Whitehead D. Health promotion and health education: Advancing the concepts. *J Adv Nurs.* 2004; 47(3):311-20. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x] [PMID]
- [8] Igra V, Irwin CE. Theories of adolescent risk-taking behavior. In: DiClemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, editors. *Handbook of adolescent health risk behavior.* Boston, MA: Springer; 1996. [DOI:10.1007/978-1-4899-0203-0\_3]
- [9] Rew L, Carver T, Li CC. Early and risky sexual behavior in a sample of rural adolescents. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 2011; 34(4):189-204. [DOI:10.3109/01460862.2011.619861] [PMID]
- [10] Cheng YR. Investigation and countermeasures on the health-promoting lifestyle of the disabled elderly in a rural area. *Chin Nurs Res.* 2015; 2(4):107-9. [DOI:10.1016/j.cnre.2015.09.007]
- [11] Vahdat K, Hadavand F, Rabeian P, Farhangpour L. [Study of quality of life in patients living with HIV in Bushehr province (Persian)]. *Iran South Med J.* 2012; 15(2):119-26. <http://ismj.bpums.ac.ir/article-1-322-en.pdf>
- [12] Nikoo Seresht Z, Rimaz S, Asadi Iari M, Nedjat S, Merghati khoie E, Motevallian SA, et al. [The relationship between quality of life and social capital amongst people living with HIV/AIDS attending the Imam Khomeini Hospital Consultation Center for clients with risky behaviors in Tehran- 2011 (Persian)]. *J Sch Public Health Inst Public Health Res.* 2014; 11(3):17-28. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5055-en.html>
- [13] Oyama Y, Fukahori H. A literature review of factors related to hospital nurses' health-related quality of life. *J Nurs Manag.* 2015; 23(5):661-73. [DOI:10.1111/jonm.12194] [PMID]
- [14] Abbasi A, Asaiesh H, Hosseini SA, Qorbani M, Abdollahi AA, Rouhi G, et al. [The relationship between functional performance in patients with heart failure and quality of life (QOL) (Persian)]. *Iran South Med J.* 2010; 13(1):31-40. [http://ismj.bpums.ac.ir/files/site1/user\\_files\\_047d40/lalerokh-A-10-3-180-decfad5.pdf](http://ismj.bpums.ac.ir/files/site1/user_files_047d40/lalerokh-A-10-3-180-decfad5.pdf)
- [15] Lobbstaël J, van Vreeswijk M, Spinhoven P, Schouten E, Arntz A. Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behav Cogn Psychother.* 2010; 38(4):437-58. [DOI:10.1017/S1352465810000226] [PMID]
- [16] Young J, Klosko J, Weishaar M. *Schema therapy: A practitioner's guide.* New York, NY: Guilford Press; 2003. [https://books.google.com/books?id=vScjGGgJEZgC&source=gbs\\_book\\_other\\_versions](https://books.google.com/books?id=vScjGGgJEZgC&source=gbs_book_other_versions)
- [17] Videler AC, van Royen RJ, van Alphen SP. Schema therapy with older adults: Call for evidence. *Int Psychogeriatr.* 2012; 24(7):1186-7. [DOI:10.1017/S1041610211002638] [PMID]
- [18] Skewes SA, Samson RA, Simpson SG, van Vreeswijk M. Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: A pilot study. *Front Psychol.* 2014; 5:1592. [DOI:10.3389/fpsyg.2014.01592] [PMID] [PMCID]
- [19] Teimory S, Ghafariyan G, Yazdanpanah F. [The effectiveness of dialectical behavioral therapy on marital satisfaction in couples conflict (Persian)]. *Res Clin Psychol Couns.* 2018; 8(2):101-15. [DOI:10.22067/IJAPV8I2.66503]
- [20] Norizadeh B, Hajjalizadeh K. [The effectiveness of dialectical behavioral therapy on reducing anxiety and improving social functioning of patients with diabetes (Persian)]. *Iran J Diabetes Metab.* 2018; 17(3):130-8. <http://ijdd.tums.ac.ir/article-1-5599-en.html>
- [21] Hemmati Sabet V, Hoseini S A, Afsharinia K, Arefi M. Comparison of the effectiveness of schema therapy and dialectical behavior therapy on temperament and character dimensions and cognitive emotion regulation strategies in patients with HIV. *Iran Evol Educ Psychol J.* 2021; 3(2):138-47. [DOI:10.52547/ieepj.3.2.138]
- [22] Mohammad Nezhady B, Rabiei M. [The effect of schema therapy on quality of life and psychological well-being in divorced women (Persian)]. *J Police Med.* 2015; 4(3):179-90. [DOI:10.30505/4.3.179]
- [23] Moradhaseli M, Shams Esfandabad H, Kakavand A. [A comparison of the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on the self-efficacy and lifestyle related to weight loss (Persian)]. *J Res Psychol Health.* 2016; 9(4):74-89. [https://rph.khu.ac.ir/browse.php?a\\_id=2619&sid=1&slc\\_lang=en&ftxt=1](https://rph.khu.ac.ir/browse.php?a_id=2619&sid=1&slc_lang=en&ftxt=1)
- [24] Abbasi F, Moradi Manesh F, Naderi F, Bakhtiyarpour S. [The effectiveness of schema therapy on cognitive emotion regulation and quality of life in asthmatic individuals (Persian)]. *Med J Mashhad Univ Med Sci.* 2020; 63(2):2446-54. [DOI:10.22038/mjms.2020.16987]
- [25] Belir S, Ansari Shahidi M, Mohammadi S. [Efficacy of dialectical behavior therapy on risky behaviors, depression, anxiety and stress in patients with Aids (Persian)]. *Health Res J.* 2018; 3(3):155-62. [DOI:10.29252/hrjbaq.3.3.155]
- [26] Rahmani M, Omid A. [The effectiveness of dialectical behavior therapy on quality of life among women with overweight and binge eating disorder: A clinical trial (Persian)]. *J Rafsanjan Univ Med Sci.* 2019; 18(2):133-46. <http://journal.rums.ac.ir/article-1-4122-en.html>
- [27] Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. [Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2012; 21(1):102-13. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-955-en.html>
- [28] Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res.* 2005; 14(3):875-82. [DOI:10.1007/s11136-004-1014-5] [PMID]
- [29] Kröger C, Harbeck S, Armbrust M, & Kliem S. Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline

personality disorder in an inpatient setting. Behav Res Ther. 2013; 51(8):411-6. [DOI:10.1016/j.brat.2013.04.008] [PMID]

- [30] Mohamadizadeh L, Makvandi B, Pasha R, Bakhtiar Pour S, Hafezi F. [Comparison of the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) on impulsive behavior in patients with borderline personality disorder (Persian)]. J Guilan Univ Med Sci. 2018; 27(106):44-53. <http://journal.gums.ac.ir/article-1-1663-en.html>
- [31] Ashouri A, Pasha R, Ahadi H, Hafezi F, Makvandi B. [Comparison the effectiveness of logo therapy and dialectical behavior therapy on general health and quality of life in patients with multiple sclerosis (Persian)]. Iran J Rehabil Res Nurs. 2018; 5(1):27-35. <http://ijrn.ir/article-1-373-en.html>