The Effect of Mentalization-Based Therapy on the Amount of Health Promoting Behaviors in People with Coronary Heart Disease

Issa Mohammadi[1], Biyuk Tajeri[1*], Sheida Sodager[1], Maryam Bahrami Heidaji[2], Akbar Atadokht[3]

[1]Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
[2]Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
[3]Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran

Article Info:

Received: **24 Oct 2019** ***Revised:*** **17 Dec 2019** ***Accepted*****: 3 Feb 2020**

ABSTRACT

Introduction: Health promoting behaviors are vital for anyone, particularly for those with coronary heart disease. Accordingly, the present study has been aimed to survey the effectiveness of mentalization-based therapy on health promoting behaviors in patients with coronary heart disease. ***Materials and Methods:*** the study is an experimental one with pre-test and post-test design. The sample included 40 men with cardiac disease. They were chosen by purposive sampling and were coincidentally divided into the experimental and control groups. The mentalization therapy was run to the experimental group. The Walker and Hill (1997) health promotion questionnaire were used for data gathering. ***Results:*** Mentalization-based therapy exerted a significant effect on the enhancement of health promoting behaviors in the experimental group compared with controls. ***Conclusion:*** Mentalization-based therapy is an appropriate strategy to increase health promoting behaviors in patients with coronary heart disease and it can be used as an effective intervention method.

Key words:

1. Health
2. Coronary Disease
3. Patients

***Corresponding Author:** Biyuk Tajeri

E-mail: *btajeri@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.39]

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی

عیسی محمدی[۱]، بیوک تاجری[۱*]، شیدا سوداگر[۱]، مریم بهرامی هیدجی[۲]، اکبر عطادخت[۳]

[۱]گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

[۲]گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

[۳]گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

اطلاعات مقاله:

دریافت: ۲ آبان ۱۳۹۸ **اصلاحیه:** ۲۶ آذر ۱۳۹۸ **پذیرش:** ۱۴ بهمن ۱۳۹۸

چـــــکیده

مقدمه: رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت برای همهٔ افراد مخصوصاً برای افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی حائز اهمیت می‌باشند. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی انجام شد. ***مواد و روش‌ها:*** پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون -پس‌آزمون است. نمونه شامل ۴۰ مرد مبتلا به بیماری قلبی بود. آن‌ها به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای گروه آزمایش اجرا شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامهٔ ارتقاء سلامت والکر و هیل (۱۹۹۷) استفاده شد. ***یافته‌ها:*** درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به طور معنی‌داری در افزایش رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت در گروه آزمایش در مقایسه با کنترل‌ها مؤثر بوده است. ***نتیجه‌گیری:*** درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی راهبردی مناسب برای بهبود رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت در مبتلایان به بیماری کرونری قلبی است و می‌توان از آن به‌عنوان یک شیوهٔ مداخلهٔ مؤثر استفاده کرد.

کلید واژه‌ها:

۱. سلامت
۲. بیماری کرونری
۳. بیماران

* **نویسنده مسئول:** بیوک تاجری

آدرس الکترونیکی: *btajeri@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.39]

مقدمه

امروزه شیوع فراوانی بیماری کرونری قلبی[1] در میان جوامع مختلف غیر قابل انکار است و این بیماری‌ها تا حدی پیشرفت کرده‌اند که بیشترین آمار مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهند در آمریکا ۲۵ درصد جمعیت به بیماری‌های قلبی و عروقی مبتلا هستند. در اوایل قرن بیستم بیماری‌های قلبی عروقی مسئول کمتر از ۱۰ درصد کل مرگ و میر دنیا بود. در حالی که امروزه این رقم به ۳۰ درصد افزایش یافته و حدود ۸۰ درصد از این مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد. در سال ۲۰۰۱ بیماری‌های قلبی و عروقی اولین عامل مرگ و میر در جهان بوده است (۱). بر اساس گزارش وزارت بهداشت و درمان ایران اعلام کرده است که بیماری قلبی و عروقی کرونر، یکی از علل اصلی مرگ و ناتوانی افراد را به خود اختصاص داده است و در واقع اولین علت مرگ در کشور ایران با ۳۹/۰۳ درصد کل مرگ‌ها می‌باشد و این بیماری در نسل جوان، در حال رشد و افزایش است (۲). در کشورهای درحال توسعه طول عمر به دلیل کاهش بیماری‌های واگیر به‌سرعت درحال افزایش می‌باشد و مردم به دلیل تغییر در سبک زندگی به مدت زیادی در معرض بیماری قلبی قرار می‌گیرند. درحالی که این بیماری‌ها تا حدی قابل پیشگیری بوده و با استفاده از مداخلات و درمان‌های مؤثر می‌توان مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی را کاهش داد (۳).

بیماری قلبی و عروقی کرونر، نتیجهٔ انسداد رگ‌های خونرسان به قلب یعنی عروق کرونر است و با گذشت زمان، افزایش رسوب چربی می‌تواند تنگی و باریک شدن شریان‌ها را به دنبال داشته باشد و مانع خونرسانی کافی به بافت‌ها شود و می‌تواند خونرسانی به عضلهٔ قلب را کم و یا حتی قطع کند که این وضعیت سبب ایجاد درد قلبی[2] یا آنژین صدری[3] می‌شود در نتیجه این فرایند بر کیفیت زندگی بیماران اثر گذاشته و همواره توجه به این شاخص مهم جزء اهداف اساسی درمان و مراقبت به شمار می‌آید (۴). به نظر می‌رسد بیماران کرونری قلبی در زمینهٔ رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت[4] دارای مشکلات زیادی هستند؛ زیرا شیوع و بروز بیماری عروق کرونری قلب به طور جدی تحت تأثیر شیوهٔ زندگی ناسالم بوده و سبک زندگی مدرن می‌تواند به طور مستقیم منجر به اتخاذ شیوهٔ زندگی ناسالم شود (۵).

در بیماری‌های مزمن از جمله کرونری قلبی، عوامل اجتماعی و روانشناختی نقش حیاتی در مدیریت و سازگاری با این بیماری‌ها دارند. در این میان نقش رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت حائز اهیمت است. افراد با انتخاب رفتار و سبک زندگی برای ارتقاء سلامتی خود و پیشگیری از بیماری‌ها فعالیت‌هایی از قبیل ورزش و فعالیت، رژیم غذایی مناسب، خواب، استراحت، کنترل وزن بدن، عدم مصرف دخانیات و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها را انجام می‌دهند (۶). رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت شامل رفتارهایی نظیر تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در برابر سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی می‌باشد (۷). از نظر سازمان بهداشت جهانی، سلامت یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی کشورهاست (۸). از نظر سازمان بهداشت جهانی ارتقاء سلامت فرایند توانمندسازی مردم جهت پیشگیری از بیماری و بهبود سلامت آن‌هاست (۱۰، ۹). ارتقاء سلامت به معنی فرایند توانمندسازی مردم برای بهبود و افزایش تسلط بر سلامت خود است. رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت شامل انجام رفتارهایی است که منجر به توانمند ساختن افراد برای افزایش کنترل آن‌ها بر سلامت خود و در نهایت بهبود سلامت خود و جامعه خواهد شد (۱۱) و از این رو رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت یک اولویت بین‌المللی بوده و چالش اصلی ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی در طی چند دههٔ اخیر می‌باشد (۱۲).

برنامه‌های ارتقاء سلامت بر رفتارهای بهبودبخش مانند: ورزش مرتب، خوردن غذاهای مغذی، فائق آمدن بر تنش، پرهیز از دخانیات، الکل، موادمخدر، ایجاد روابط رضایت‌بخش با دوستان، زندگی در منطقه‌ای با هوای پاک و داشتن هدف در زندگی تأکید دارد به عبارت دیگر، رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت به علت داشتن توانایی بالقوه برای پیشگیری از ایجاد و پیشرفت بیماری مزمن، کاهش بیماریزایی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش بار مراقبت بهداشتی در جامعه از اهمیت خاصی برخوردار هستند (۱۳). در خصوص ارتباط سبک زندگی با عوامل خطر بیماری‌های قلبی -عروقی مطالعات کمی انجام شده است. در مطالعهٔ محمدی زیدی و همکارانش ۹۵/۵ درصد بیماران قلبی سبک زندگی (تغذیه، تحرک جسمی، مصرف سیگار و استرس) متوسطی داشتند (۱۴). در مطالعه‌ای که توسط قلی زاده با هدف توصیف سبک زندگی و وضعیت سلامت بیماران پیوند قلب انجام شد بیشترین میانگین نمرات مربوط به سازهٔ رشد معنوی و کمترین میانگین نمرات مربوط به سازهٔ فعالیت بدنی بود و زنان نسبت به مردان لیپوپروتئین با چگالی بالا (HDL)[5] عادات غذایی سالم‌تر و رشد معنوی بالاتری داشتند (۱۵). میزان اهمیت رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت می‌تواند تحت تأثیر مسائل روانشناختی بیماران کرونری قلبی باشد. در این زمینه تحقیقی نشان داد که دلبستگی و مسائل بین فردی نقش مهمی در بروز رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت و مدیریت موفق بیماری‌های قلبی ایفاء می‌کند (۱۶).

[1] Cardiac coronary disease
[2] Chest pain
[3] Angina pectoris
[4] Health promoting behaviors
[5] High density lipoprotein

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.39]

همچنین دلبستگی ناایمن و تجربیات ذهنی و هیجانات منفی با تیپ شخصیتی A ارتباط دارند که آن هم در بیماری قلبی نقش مهمی دارد (۱۷).

شناسایی و معرفی شیوه‌های درمانی زمینه‌ساز جهت افزایش رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت در بیماران مزمن از جمله بیماری کرونری قلبی مورد توجه پژوهشگران و روانشناسان می‌باشد. از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در افزایش رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی تأثیرگذار باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT)[6] است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نوع خاصی از روان‌درمانی روان‌پویشی است که بتمن و فوناگی[7] ابداع کرده‌اند (۱۸). این مدل درمانی مبتنی بر دو مفهوم اصلی نظریهٔ دلبستگی بالبی و ذهنی‌سازی است:. فرض اصلی این است که کمبود ظرفیت ذهنی‌سازی منجر به رشد مشکلات روانی می‌شود. ظرفیت ذهنی‌سازی توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین‌فردی در دوران کودکی به‌خصوص روابط دلبستگی به دست می‌آید و زیربنای رفتارهای آشکار است. ذهنی‌سازی، آگاهی از حالات و فعالیت ذهنی خود یا افراد دیگر می‌باشد به‌خصوص وقتی که آن برای تبیین رفتار به کار می‌رود. تردیدی نیست که حالات ذهنی بر رفتار تأثیر می‌گذارند. باورها، آرزوها، احساسات و افکار که خواه نسبت به آن‌ها آگاه باشیم یا نباشیم، همیشه بر آنچه که ما انجام می‌دهیم تأثیر می‌گذارند. این فعالیت ذهنی شامل توانایی فرد در تشخیص واقعیت درونی از بیرونی و فرایندهای هیجانی و ذهنی درونی از وقایع بین‌فردی است (۱۹). این درمان بر اساس چند اصل پایه‌ریزی شده است: ۱) آگاهی درمانگر از حالات اولیهٔ تفکر (حالات غیر ذهنی‌ساز[8]) که شامل حالت هم‌ارزی روانی[9]، حالت غایت شناختی[10] و حالت وانمودی[11] است؛ در حالت هم‌ارزی روانی، افکار و احساسات "بیش از حد واقعی[12]" می‌شوند تا جایی که برای افراد مورد توجه قرار دادن دیدگاه‌های جایگزین احتمالی بسیار دشوار است. در حالت غایت شناختی، حالات ذهن تنها در صورتی که پیامدهای آن‌ها به طور عینی قابل مشاهده باشد شناخته شده و باور می‌شود. در حالت وانمودی، افکار و احساسات از واقعیت جدا می‌شوند. به یک حد افراطی می‌رسند. ۲) درمانگر بایستی سطوح انگیختگی را با دقت کنترل کند، تا مطمئن شود که اضطراب نه خیلی کم و نه خیلی زیاد است چون که هر دو با ذهنی‌سازی تداخل دارند. ۳) درمانگر مطمئن باشد که ذهنی‌سازی شخصی او حفظ می‌شود. اگر ذهنی‌سازی درمانگر به خطر بیفتد، ارائهٔ درمان مؤثر امکان‌پذیر نخواهد بود (۱۸). کانون اصلی MBT، کمک به درمان‌جو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هوشیاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل دهد. هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت افراد برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کنند (۲۰، ۱۹). در تحقیقی آلن[13] و همکاران نشان دادند افرادی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند، فروپاشی در ذهنی‌سازی را تجربه می‌کنند (۲۱). این فروپاشی باعث ظهور مجدد حالاتی از افکار می‌شود که در رفتارهای سلامت مدار تأثیر منفی می‌گذارد. پالگی[14] و همکاران (در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی باعث کاهش علایم افسردگی و اضطراب و همچنین باعث افزایش مدیریت استرس و روابط بین‌فردی در جانبازان شد (۲۲).

در مجموع ویژگی‌های روانشناختی بیماران کرونری قلبی و شیوع بالا (۱) در این بیماران دلایل مستدلی هستند که بایستی درمان‌های مؤثر برای بهبود این بیماران به کار برد و به طور گسترده‌ای در دسترس باشند. از سوی دیگر تاکنون تحقیقی وجود ندارد که در آن از MBT برای افزایش رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت استفاده شده باشد لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، از نوع آزمایشی به صورت پیش‌آزمون -پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را کلیهٔ مردان مبتلا به بیماری کرونری قلبی بستری شده در بیمارستان امام خمینی اردبیل در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونهٔ پژوهش شامل ۴۰ مرد مبتلا به بیماری کرونری قلبی بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند، با توجه به تمایل افراد برای شرکت در پژوهش، در وهلهٔ اول و دارا بودن ملاک‌های ورود از میان جامعهٔ آماری انتخاب شدند. در تحقیقات آزمایشی، حداقل حجم نمونه در هر زیرگروه بایستی ۱۵ نفر باشد (۲۳)؛ با توجه به حجم پایین جامعهٔ آماری، ملاک‌های ورود و دسترسی مشکل به افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی حداقل حجم نمونه انتخاب شد. از نمونهٔ فوق به طور تصادفی ۲۰ نفر به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در گروه آزمایشی و ۲۰ نفر در گروه کنترل (بدون مداخله) گماشته شدند. طی مراحل درمان در گروه آزمایشی ۲ نفر قبل از خاتمهٔ پژوهش مداخله درمانی را ترک کردند. در گروه کنترل نیز ۱ نفر در پس‌آزمون شرکت نکرد. در نهایت، ۳۷ نفر تا پایان مداخله و ارزیابی باقی ماندند.

[6] Mentalization based therapy
[7] Bateman, Fonagy
[8] Nonmentalizing modes
[9] Psychic equivalence mode
[10] Teleological mode
[11] Pretend mode
[12] Too real
[13] Allen
[14] Palgi

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.39]

ملاک‌های ورود عبارت بودند از:۱- مبتلا به بیماری جسمی غیر از بیماری کرونری قلب نباشد. ۲- مبتلا به اختلالات روانی بالینی نباشد (این معیار از طریق پرونده‌های پزشکی بیماران بررسی شد). ۳- دارای جنسیت مذکر باشد. ۴- از نظر سنی بین ۳۰ تا ۶۵ سال باشد. ۵- نداشتن جراحی قلبی پیش از مداخله. ملاک‌های خروج عبارتند از: ۱- تمایل نداشتن برای ادامه درمان. ۲- داشتن غیبت بیش از دو جلسه در طی مداخله درمانی. ۳) حضور نامنظم در جلسات درمانی. ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامهٔ ارتقاء سلامت

این پرسشنامه یک ارزیابی چندبعدی از رفتارهای ارتقاء سلامت فراهم می‌کند که توسط والکر و هیل[15] در سال ۱۹۹۷ ساخته شد (۲۴). به این ترتیب که فراوانی به کارگیری رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامتی را در شش بعد (مسئولیت‌پذیری سلامتی ۹ سؤال، فعالیت فیزیکی ۸ سؤال، تغذیه ۹ سؤال، رشد معنوی ۹ سؤال، مدیریت استرس ۸ سؤال، روابط بین‌فردی ۹ سؤال) اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه حاوی ۵۲ سؤال است و در مقابل هر سؤال چهار پاسخ وجود دارد که به صورت هرگز (یک)، گاهی اوقات (دو)، معمولاً (سه) و همیشه (چهار) نمره‌دهی می‌شود. محدودهٔ نمرهٔ کل رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامتی بین ۲۰۸-۵۲ است و برای هر بعد نمرهٔ جداگانه قابل محاسبه می‌باشد. پایایی نسخهٔ فارسی این پرسشنامه در ایران توسط تیموری و همکاران با استفاده از روش ارزیابی همسانی درونی آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ به دست آمده است (۲۵). در این تحقیق روایی این پرسشنامه با استفاده از دیدگاه صاحب‌نظران مرتبط در این زمینه بررسی و مورد تأیید قرار گرفت و هچنین پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۳ به دست آمد.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

مداخله‌ای است که بتمن و فوناگی در سال۲۰۱۶ تدوینکرده‌اند. این پروتکل در پروژه‌های متعددی در مورد اختلالات روانی (۱۹) و بیماری جسمانی مانند سرطان و چاقی مورد استفاده قرار گرفته است و اثربخشی آن تأیید شده است (۳۰). این پروتکل به صورت آموزشی اجرا شد که جلسات آن در جدول ۱ ارائه شده است.

روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که هماهنگی‌های لازم با ریاست بیمارستان امام خمینی اردبیل و همچنین مسئولین بخش قلب بیمارستان صورت گرفت. ابتدا ۴۵ نفر که مایل به شرکت در پژوهش بودند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند (علت انتخاب ۴۵ نفر بدین دلیل بود که از تعداد شرکت‌کنندگان بخاطر ریزش اطمینان حاصل شود تا با توجه به ریزش، نمونهٔ مورد نظر (۲۰ نفر آزمایش و ۲۰ نفر کنترل) به دست بیاید). قبل از ارائهٔ پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به صورت انفرادی نمونهٔ مورد نظر با دریافت توضیحات

جدول ۱- محتوای جلسات MBT به تفکیک جلسات برگرفته از پروتکل درمانی بتمن و فوناگی.

جلسات	محتوی جلسات
اول	ذهنی‌سازی چیست؟
دوم	بیان اهداف جلسه (شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب/ مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران/ مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری/ حساسیت بین‌فردی)
سوم	چرا ما هیجان داریم و هیجانات اصلی کدامند؟
چهارم	ذهنی‌سازی هیجانات، تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران
پنجم	دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی
ششم	دلبستگی و ذهنی‌سازی
هفتم	بیماری کرونری قلبی چیست؟
هشتم	درمان و آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی
نهم	جنبهٔ دلبستگی درمان و آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی
دهم	ارائهٔ آموزش در مورد اضطراب و ترس
یازدهم	ارائهٔ رویکرد آموزشی در مورد افسردگی
دوازدهم	خلاصه و نتیجه‌گیری

[15] Walker and Hill

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.39]

لازم در خصوص اهداف و کم و کیف پژوهش، در جریان پژوهش قرار گرفت و ارتباط لازم با آن‌ها برقرار شد. پس از کسب رضایت‌نامهٔ کتبی از بیماران برای شرکت در مداخله، پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد تا به تکمیل آن‌ها اقدام کنند. سپس شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. به شرکت‌کنندگان گروه آزمایش توضیح داده شد که حدود دو روز بعد جهت آموزش و مداخله با هر کدام تماس حاصل خواهد شد و پس از تماس و دعوت آن‌ها به جلسهٔ مداخله ابتدا ۲۳ نفر از گروه آزمایش در جلسه شرکت کردند و در مرحلهٔ بعدی، گروه آزمایش آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی را به مدت ۱۲ جلسهٔ ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمود که تا آخر جلسه تعداد شرکت‌کنندگان به ۱۸ نفر رسید. با فاصلهٔ دو هفته پس از اتمام مداخلات، اقدام به جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون شد که در این مرحله ۱۹ نفر از گروه کنترل قادر به همکاری شدند. در ضمن اطمینان‌دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده ساختن افراد نمونهٔ تحقیق از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی این پژوهش بود. داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس و در نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمایش ۱/۳۶±۵۳/۴۴ سال و در گروه کنترل ۱/۳۱±۵۶/۹۴ سال بود. در گروه آزمایش ۱۷ نفر متأهل و ۱ نفر مطلقه و در گروه کنترل ۱۲ نفر متأهل، ۴ نفر مجرد و ۳ نفر مطلقه بودند. در گروه آزمایش ۴ نفر بی‌سواد، ۳ نفر تحصیلات ابتدایی، ۶ نفر تحصیلات دیپلم، ۵ نفر لیسانس و بالاتر از لیسانس و در گروه کنترل ۹ نفر تحصیلات ابتدایی، ۷ نفر تحصیلات دیپلم، ۳ نفر لیسانس و تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند. در گروه آزمایش ۲ نفر دارای وضعیت اقتصادی خوب، ۱۰ نفر متوسط و ۶ نفر دارای وضعیت اقتصادی ضعیف بودند و در گروه کنترل ۲ نفر دارای وضعیت اقتصادی خوب، ۱۲ نفر متوسط و ۵ نفر دارای وضعیت اقتصادی ضعیف بودند. همچنین در گروه آزمایش ۱۳ نفر سیگار مصرف می‌کردند و ۵ نفر سیگار مصرف نمی‌کردند و در گروه کنترل ۱۵ نفر سیگار مصرف می‌کردند و ۴ نفر سیگار مصرف نمی‌کردند. ۱۶ نفر در گروه آزمایش دارای فشار خون بالایی بودند و ۲ نفر فشار خون متعادلی داشتند و در گروه کنترل ۱۷ نفر فشار خون داشتند و ۲ نفر فشار خون نداشتند. در گروه آزمایش ۸ نفر اضطراب بالایی داشتند و ۱۰ نفر از این بیماران اضطراب نداشتند و در گروه کنترل ۳ نفر اضطراب بالایی داشتند و ۱۶ نفر دچار اضطراب بالایی نبودند.

نتایج جدول ۲ میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل را در رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت و مؤلفه‌های آن نشان می‌دهد. همانطورکه ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون در تمام مؤلفه‌های رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت افزایش نشان می‌دهد که دلالت بر بهبود رفتار ارتقاءدهندهٔ سلامت در افراد دارد ولی در گروه کنترل تغییر چندانی نکرده است.

قبل از استفاده از تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون رفتارهای ارتقاء سلامت و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل.

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
			انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین
تغذیه	آزمایش	۱۸	۲۱/۷۲± ۲/۵۸	۳۰/۷۷± ۳/۰۲
	کنترل	۱۹	۲۱/۳۱ ۳±/۱۸	۲۳/۸۹ ±۳/۱۰
ورزش	آزمایش	۱۸	۱۴/۰۰ ±۳/۹۲	۳۳/۲۷ ±۳/۷۵
	کنترل	۱۹	۱۵/۹۴ ±۵/۰۷	۳۰/۰۰ ±۱/۲۹
مسئولیت‌پذیری	آزمایش	۱۸	۱۴/۶۶ ±۱/۹۷	۱۹/۶۱ ±۲/۸۱
	کنترل	۱۹	۱۴/۶۸ ±۲/۵۸	۱۵/۴۷ ±۱/۵۴
مدیریت استرس	آزمایش	۱۸	۱۰/۶۶ ±۱/۹۰	۱۹/۳۳ ۱±/۶۸
	کنترل	۱۹	۱۰/۰۰ ±۲/۴۰	۱۵/۱۵ ±۱/۳۸
حمایت بین‌فردی	آزمایش	۱۸	۱۱/۱۹± ۲/۵۶	۳۳/۲۵± ۲/۳۰
	کنترل	۱۹	۱۵/۴۲ ±۲/۸۱	۲۰/۷۳ ±۳/۹۹
خودشکوفایی	آزمایش	۱۸	۱۱/۴۴ ±۲/۱۴	۲۳/۸۳ ±۱/۹۴
	کنترل	۱۹	۱۰/۳۶ ±۲/۷۳	۱۷/۸۹ ±۲/۲۹
کل	آزمایش	۱۸	۹۱/۶۱ ±۵/۶۰	۱۵۲/۱۶ ±۶/۰۳
	کنترل	۱۹	۸۷/۷۳ ±۴/۳۸	۱۲۳/۱۵ ±۷/۴۹

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.39]

توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف -اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که توزیع نمرات متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون -پس‌آزمون نرمال می‌باشد و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند ($P<۰/۰۵$). به‌منظور بررسی برابری ماتریس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج نشان‌دهندهٔ همگنی ماتریس واریانس -کوواریانس در متغیرهای پژوهش است. برای بررسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن نشان داد که تمام مفروضه‌های آزمون برقرار است و هیچ کدام از مؤلفه‌های رفتارهای ارتقاء سلامت معنی‌دار نیست لذا بر اساس نتایج آزمون لوین و عدم معنی‌داری آن برای متغیر رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است ($P<۰/۰۵$).

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش، ذهنی‌سازی بر رفتارهای ارتقاء سلامت باعث تفاوت معنی‌داری در بین دو گروه آزمایش و کنترل شده است ($P<۰/۰۱$) و میزان اتای سهمی برای گروه ۰/۸۰۷ می‌باشد به عبارت دیگر ۸۰ درصد تغییرات ناشی از اعمال درمان بوده است. بنابراین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر رفتارهای ارتقاء سلامت بیماران مبتلا به کرونری قلبی اثر بخش بود.

نتایج آزمون‌های چهارگانهٔ تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که گروه آزمایش و کنترل از لحاظ مؤلفه‌های رفتارهای ارتقاء سلامت تفاوت معنی‌داری دارند ($P<۰/۰۱$).

در این تحلیل تمام مؤلفه‌های رفتار ارتقاءدهندهٔ سلامت (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری، مدیریت استرس، حمایت بین‌فردی، خودشکوفایی) در پیش‌آزمون به‌عنوان همپراش در نظر گرفته شدند که در سطح ۰/۰۵ معنی‌داری بودند. بنابراین در ادامه همانطور که جدول ۵ نشان می‌دهد، اثر گروه بر تمام مؤلفه‌های رفتار ارتقاءدهندهٔ سلامت (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری، مدیریت استرس، حمایت بین‌فردی، خودشکوفایی) معنی‌دار است ($P<۰/۰۵$)؛ مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه (آزمایش، کنترل) نشان می‌دهد که نمرهٔ گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون در تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری، مدیریت استرس، حمایت بین‌فردی، خودشکوفایی بالاتر است (جدول ۱). بررسی اتای سهمی هر کدام از مؤلفه‌های رفتار ارتقاءدهندهٔ سلامت نشان داد که این مقدار اثرگذاری درمان برای تغذیه ۰/۴۵، ورزش ۰/۲۶، مسئولیت‌پذیری ۰/۴۲، مدیریت

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسهٔ رفتار ارتقاء سلامت در دو گروه آزمایش و کنترل.

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اتا
پیش‌آزمون	۱۳۸/۴۹۳	۱	۱۳۸/۴۹۳	۲/۹۶۰	۰/۰۴۸	۰/۳۷۱
گروه	۶۶۶۹/۹۹۸	۱	۶۶۶۹/۹۹۸	۱۴۲/۵۸۱	۰/۰۰۰	۰/۸۰۷
خطا	۱۵۹۰/۵۳۴	۳۴	۴۶/۷۸۰	-	-	-

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت کلی گروه‌ها در پس‌آزمون نمرات مؤلفه‌های ارتقاء سلامت.

نام آزمون	مقدار	F	درجهٔ آزادی فرضیه	درجهٔ آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اتا
اثر پیلایی	۰/۷۸۰	۱۴/۱۸۸	۶	۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۸۰
لامبدا ویلکز	۰/۲۲۰	۱۴/۱۸۸	۶	۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۸۰
اثر هتلینگ	۳/۵۴۷	۱۴/۱۸۸	۶	۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۸۰
بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۳/۵۴۷	۱۴/۱۸۸	۶	۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۸۰

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مؤلفه‌های رفتار ارتقاءدهندهٔ سلامت.

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اتا
گروه	تغذیه	۲۳۰/۲۳۸	۱	۲۳۰/۲۳۸	۲۳/۷۳۵	۰/۰۰۰	۰/۴۵۰
	ورزش	۷۷/۸۰۷	۱	۷۷/۸۰۷	۹/۹۳۹	۰/۰۰۴	۰/۲۵۵
	مسئولیت‌پذیری	۹۵/۰۶۶	۱	۹۵/۰۶۶	۲۱/۸۱۳	۰/۰۰۰	۰/۴۲۹
	مدیریت استرس	۶۴/۸۰۴	۱	۶۴/۸۰۴	۲۹/۱۴۵	۰/۰۰۰	۰/۵۰۱
	حمایت بین‌فردی	۲۲/۳۳۲	۱	۲۲/۳۳۲	۴/۱۱۴	۰/۰۴۸	۰/۱۲۴
	خودشکوفایی	۶۵/۴۹۲	۱	۶۵/۴۹۲	۷/۰۶۴	۰/۰۱۳	۰/۱۹۶
خطا	تغذیه	۲۸۱/۳۰۸	۲۹	۹/۷۰۰	-	-	-
	ورزش	۲۲۷/۰۳۰	۲۹	۷/۸۲۹			
	مسئولیت‌پذیری	۱۲۶/۳۹۲	۲۹	۴/۳۵۸			
	مدیریت استرس	۶۴/۴۸۱	۲۹	۲/۲۲۳			
	حمایت بین‌فردی	۱۵۷/۴۰۳	۲۹	۵/۴۲۸			
	خودشکوفایی	۲۶۸/۸۴۹	۲۹	۹/۲۷۱			

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.39]

استرس ۰/۵۰، حمایت بین‌فردی ۰/۱۲و خودشکوفایی ۰/۲۰ است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی بود که با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد و نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت در بین افراد مبتلا به کرونری قلبی تأثیرگذار بود. در این زمینه با بررسی‌های انجام گرفته شده چه در داخل کشور و چه در خارج از کشور، هیچ تحقیق مشابهی یافت نشد تا هم‌خوانی نتایج این مطالعه مورد بررسی قرار گیرد اما به صورت غیر مستقیم می‌توان به تحقیقاتی اشاره کرد که تا اندازه‌ای همسو با برخی از مؤلفه‌های این تحقیق می‌باشد. در این زمینه هایدن[16] و همکاران به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با افزایش تمرکز سبب کاهش استرس بین‌فردی افراد می‌شود (۲۶).

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که درمان ذهنی‌سازی منجر به تغییر رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت در این بیماران شده است در تبیین این یافته می‌توان گفت هنگامی که فردی دچار استرس می‌شود، طبیعی است که ذهنی‌سازی خودکار به کار برده شود. این تا حدی یک پاسخ جنگ و گریز طبیعی به استرس است که مزیت تکاملی دارد و به فرد اجازه می‌دهد فوراً و بدون تفکر به خطر فیزیکی پاسخ دهد. با این حال، در شرایط استرس بین‌فردی و اجتماعی که در رفتارهای سلامت‌مدار تأثیر خواهد گذاشت، عمل‌کردن به شیوهٔ شناختی و متفکرانه، به وضوح مهم است و ناتوانی در به کار بردن مهارت‌های ذهنی‌سازی کنترل‌شده و آگاهانه می‌تواند به مشکلات واقعی منجر شود. حالت غیر ذهنی‌سازی که ممکن است ارتباط نزدیکی با بدتنظیمی هیجانی داشته باشد سبب می‌شود هیجانات بیش از حد واقعی احساس شوند و این باعث می‌شود که تجربهٔ رویدادهای درونی (افکار و احساسات) عینی‌تر به نظر برسند، وقتی که از لحاظ اهمیت و ارزش مانند یک حادثهٔ فیزیکی باشند؛ این ممکن است همان چیزی باشد که تأثیر انگیختگی هیجانی را بیش از حد می‌کند (۱۹) و چنین حالتی خصومت و تکانشگری را افزایش می‌دهد و این دو حالت در بروز بیماری کرونری قلبی نقش مهمی دارند (۳). MBT از طریق روش‌های همدلانه، شفاف‌سازی عاطفهٔ کنونی و تمرکز عاطفی باعث درک بهتر موقعیت‌های اجتماعی می‌شود و در چنین مواردی احتمال دارد افراد رفتارهای سلامت‌مدار انجام دهند (۱۹) و این رفتارها می‌توانند در کنترل خصومت و تکانشگری مؤثر باشند که از فاکتورهای اصلی بیماری کرونری قلبی هستند. ذهنی‌سازی توانایی درک اعمال خود و دیگران از لحاظ افکار، احساسات، آرزوها و خواسته‌ها می‌باشد؛ آن یک توانایی کاملاً انسانی است که اساس تعاملات روزمره می‌باشد. بدون ذهنی‌سازی، حس قوی از خود، تعامل اجتماعی سازنده، تقابل در روابط و احساس امنیت شخصی نمی‌تواند وجود داشته باشد. ذهنی‌سازی در روان‌درمانی یک فرایندی از توجه مشترک است که در آن حالات ذهنی بیمار مورد بررسی قرار می‌گیرد. درمانگر بایستی اطمینان دهد که نگرانی اصلی او حالات ذهنی بیمار است نه رفتار بیمار. علاقهٔ اصلی درمانگر آن چیزی است که در حال‌حاضر در ذهن بیمار اتفاق می‌افتد، حتی اگر بر رویدادی در گذشته معطوف باشد؛ کنجکاوی او در مورد آن چیزی است که بیمار در حین صحبت کردن در مورد وقایع تجربه می‌کند. در واقع، درمانگر از علاقه به خود وقایع، به تجربهٔ بیمار از وقایع در آن زمان، انعکاس او از حوادث، احساسات فعلی او هنگام صحبت کردن در مورد حوادث تغییر می‌کند (۱۹).

فرایند توجه مشترک و توانایی درک احساسات یکی از مهم‌ترین مهارت‌هایی است که در روابط بین‌فردی نقش اساسی دارد. همچنین درک احساسات و احساس دلبستگی به‌عنوان مؤلفه‌های اصلی ذهنی‌سازی در پیشبرد رفتارهای سلامت‌مدار و تقویت روابط اجتماعی حائز اهمیت هستند. روابط اجتماعی چه به صورت کمی و چه به صورت کیفی اثرات مثبت و مهمی بر سبک زندگی سالم، سلامت روانی و جسمانی دارد. دارا بودن روابط اجتماعی رسمی و غیر رسمی به تقویت رفتارهای ارتقاءبخش سلامت می‌انجامد (۲۷). ارتقاء سلامت بر بالا بردن سلامت و پیشگیری از بیماری تأکید دارد و مخصوصاً تأکید اصلی ارتقای سلامت از زمان شکل‌گیری آن بر پیشگیری از بیماری‌های جسمانی مانند بیماری کرونری قلبی بوده است. ارتقای سلامت بر این اصل استوار است که رفتارها و شرایط زندگی بر سلامت تأثیرگذار بوده و تغییرات مناسب باعث بهبود سلامتی می‌شود. به طور سنتی برنامه‌های آموزش سلامت بر اصلاح رفتارهای مرتبط با سلامتی از قبیل سیگار کشیدن، ورزش کردن، تغذیه، حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مدیریت استرس و خودشکوفایی بوده است. حدود ۵۰ درصد از مرگ‌های زودرس در کشورهای غربی ناشی از رفتارها و سبک‌های زندگی افراد است (۷).

به طور متوسط سیگاری‌ها پنج سال و کسانی که فاقد تحرک و فعالیت هستند حدود دو تا سه سال کمتر عمر می‌کنند. همچنین رژیم غذایی در بروز کرونری قلبی نقش دارد؛ افزایش سطح کلسترول خون که می‌تواند ناشی از تغذیهٔ نامناسب باشد، ممکن است به علت نقص ایجاد شده در متابولیزه کردن کلسترول بر اثر فشار روانی باشد که باعث بیماری کرونری قلبی می‌شود. طول عمر کسانی که در تمام دوران بزرگسالی خود فعالیت بدنی دارند از افراد بدون تحرک بیشتر است (۲۸). فعالیت بدنی و ورزش منظم عامل محافظت‌کننده در برابر بیماری کرونری قلب است. فشار روانی و استرس

[16] Hayden

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.39]

نیز به‌عنوان میانجی‌های روانی -اجتماعی سلامت در بروز بیماری کرونری قلبی نقش مهمی دارد (۲۹). با این وجود با به کار بردن مداخلات روانشناختی مثل ذهنی‌سازی می‌توان با شرایط آسیب‌زا مقابله کرد و تمرکز افراد را به سمت رفتارهای بهداشتی سوق داد و همچنین با گسترش روابط اجتماعی توانایی مقابلهٔ آنان را نسبت به عوامل غیر بهداشتی و عوامل استرس‌زا افزایش داد. در این خصوص بتمن و فوناگی نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر افزایش توانایی بیمار برای فکر کردن و تنظیم حالات ذهنی و تمرکز منحصر به فرد است (۱۹). سطوح بالای ذهنی‌سازی با تاب‌آوری در برابر شرایط استرس‌زا و توانایی بهره‌گیری از یک مقابلهٔ مناسب در برابر ناملایمات مرتبط می‌باشد (۳۰). در تحقیقی آلن و همکاران نشان دادند افرادی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند، فروپاشی در ذهنی‌سازی را تجربه می‌کنند (۲۱). این فروپاشی باعث ظهور مجدد حالاتی از افکار می‌شود که در رفتارهای سلامت‌مدار تأثیر منفی می‌گذارد. پالگی و همکاران نیز نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی باعث کاهش علایم افسردگی و اضطراب و همچنین باعث افزایش مدیریت استرس و روابط بین‌فردی در بین جانبازان می‌شود (۲۲). به این ترتیب بیمار از طریق درمان ذهنی‌سازی قادر می‌شود تعامل اجتماعی سازنده و احساس قوی بودن را تجربه کند و همچنین فرد را قادر می‌سازد تا حس امنیت شخصی داشته باشد؛ در نتیجه این عوامل باعث می‌شود که سبک زندگی نامناسب خود را در فعالیت‌های عادی و روزانه تغییر و با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقاء سلامتی خود و پیشگیری از بیماری‌ها اقدامات و فعالیت‌هایی از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب، استراحت، فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، مدیریت استرس، مسئولیت‌پذیری در برابر سلامت، عدم مصرف دخانیات، روابط بین‌فردی و رشد معنوی و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها را انجام دهند. بدین ترتیب رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامت در این بیماران بهبود می‌یابد.

در مجموع می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌عنوان یک رویکرد درمانی جدید راهبردی مناسب در بهبود رفتارهای ارتقاءدهندهٔ سلامتی افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی است و می‌توان از آن به‌عنوان یک شیوهٔ مداخله‌ای مؤثر در درمان بیماری کرونری قلبی استفاده کرد. این یافته‌ها دارای تلویحات کاربردی در زمینهٔ ارتقای رفتارهای سلامتی افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی می‌باشند.

پژوهش حاضر همراه با محدودیت‌هایی بود؛ از جمله اینکه پژوهش حاضر روی افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی بیمارستان امام خمینی اردبیل انجام شد که تعمیم نتایج به سایر شهرستان‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این پژوهش روی افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی در شهرهای دیگر انجام شود و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین نمونهٔ مورد مطالعه فقط بر روی مردان مبتلا به بیماری کرونری قلبی انجام شد که به علت عدم دسترسی راحت به زنان مبتلا به این بیماری مخصوصاً برای مداخلات درمانی امکان مقایسهٔ این گروه‌ها وجود نداشت. عدم مقایسهٔ این روش درمانی با سایر رویکردهای درمانی محدودیت دیگر این پژوهش می‌باشد. همچنین عدم کنترل دقیق متغیرهای روانشناختی مانند اضطراب از محدودیت دیگر این تحقیق می‌باشد لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی این متغیرها به صورت دقیق کنترل شوند. پیشنهاد می‌شود که در کنار درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی روش درمانی دیگری هم برای بیماری کرونری قلبی استفاده شود و این دو روش با هم مقایسه شوند تا اثربخشی هر کدام مشخص شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای نویسندهٔ مسئول می‌باشد که با هزینهٔ شخصی انجام شده است. از مسئولین محترم بیمارستان امام خمینی اردبیل و نیز از کلیهٔ بیماران محترمی که در این پژوهش شرکت نموده و با همکاری صادقانهٔ خود زمینه را برای نتیجه‌گیری دقیق مهیا نمودند، قدردانی می‌شود.

منابع

1. Musunuru K, Kathiresan S. Genetics of common, complex coronary artery disease. Cel. 2019; 177(1): 132-45.

2. Yousefi ZR, Ulamai R, Ulamai S. Providing a fuzzy expert system for modeling the diagnosis of coronary heart disease. Journal of Industrial Management Studies. 2019; 16(5): 27-52.

3. Yamout B, Issa Z, Herlopian A, El Bejjani M, Khalifa A, Ghadieh AS, et al. Predictors of quality of life among multiple sclerosis patients: a comprehensive analysis. Eur J Neurol. 2013; 20(5): 756-64.

4. Khayam Nekouei Z, Yousefy A, Manshaee Q. The effect of cognitive-behavioral therapy on the improvement of cardiac patients' life quality. Iranian Journal of Medical Education. 2010; 10(2): 148-53.

5. Eshah NF. Lifestyle and health promoting behaviours in Jordanian subjects without prior history of coronary heart disease. Int J Nurs Pract. 2011; 17(1): 27-35.

6. Nejat K, Abedi H. Evaluation of health promotion activities in nurses. J Nov Appl Sci. 2015; 4(6): 715-20.

7. Michie S, Yardley L, West R, Patrick K, Greaves F.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.39]

Developing and evaluating digital interventions to promote behavior change in health and health care: recommendations resulting from an international workshop. Journal of Medical Internet Research. 2017; 19(6): 23-36.

8. Amini Khooei N, Sheykhiani M, Fakouri Z. Coping skills with mental health of womens teachers. Woman and Society. 2011; 2(2): 103-27.

9. Edelman CL, Mandle, CL. Health Promotion throughout the Life Span. 6th ed. USA: Mosby. 2006.

10. World Health Organization. http://www.who.int / topics/health promotion/ en. 2015.

11. Baheiraei A, Mirghafourvand M. Health promotion: from concepts to practice. Tehran: Noore- Danesh; 2011.

12. Myers RE. Promoting healthy behaviors: how do we get the message across? Int J Nurs Stud. 2010; 47(4): 500-12.

13. Mo PK, Winnie WSM. The influence of health promoting practices on the quality of life of community adults in Hong Kong. Social Indicators Research. 2010; 95(3): 503-17.

14. Mohamadi Zeidi A, Pakpor Haji Agha A, Mohammadi Zaidi B. Validity and reliability of the Persian version of health promoting lifestyle questionnaire. Mazandaran University of Medical Sciences.2011; 21(1): 103-13.

15. Gholizadeh M. Effectiveness of stress reduction education based on self-awareness on health status, negative emotions and symptoms of coronary heart disease. MSc Thesis, University of Tabriz. 2018.

16. Sochos A, Biskanaki F, Tassoulas E. Attachment style and interpersonal difficulties in immigrants with coronary heart disease. North American Journal of Psychology. 2006; 8(1): 145-62.

17. Huis emj, Veld E, Vingerhoets AJJM, Denollet J. Attachment style and self-esteem: The mediating role of Type D personality. Personality and Individual Differences. 2011; 50(7): 1099-103.

18. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization- based treatment. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.

19. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders. 1th ed. United Kingdom: Oxford University Press; 2016.

20. Oliveira CD, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Mentalization based treatment and borderline personality disorder. L'Encéphale. 2017; 43(4): 340-45.

21. Bateman AW, Fonagy P Handbook of mentalizing in mental health practice. (pp. 419-444). Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2012; p. 419-444.

22. Palgi SH, Palgi Y, Ben-Ezra M, Shrira A. I will fear no evil, for I am with me: Mentalization-oriented intervention with PTSD patients. A case study. J Contemp Psychother. 2014; 44(3): 173-82.

23. Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. 1th ed. Tehran: Roshd Press. 2011.

24. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, Lincoln. 1997.

25. Taymoori P, Moeini B, Lubans D, Bharami M. Development and psychometric testing of the adolescent healthy lifestyle questionnaire. J Edu Health Promot. 2012; 1(20): 1-7.

26. Hayden MC, Müllauer PK, Gaugeler R, Senft B, Andreas S. Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. J Clin Psychol. 2018; 74: 2276-86.

27. Ball K, Jeffery RW, Abbott G, McNaughton SA, Crawford D. Is healthy behavior contagious: associations of social norms with physical activity and healthy eating? Int J Behav Nutr Phys Act. 2010; 7(86): 1-9.

28. Schwarzer R, Scholz U, Lippke S, Sniehotta FF, Ziegelmann JP. Self-regulatory processes in health behavior change. In Progress in Psychological Science Around the World.Proceedings of the 28th International Congress of Psychology. Routledge. 2019.

29. Abdolkarimy M, Zareipour M, Mahmoodi H, Dashti S, Faryabi R, Movahed E. Health promoting behaviors and their relationship with self-efficacy of health workers. IJN. 2017; 30(105): 68-79.

30. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry. 2010; 9(1): 11-5.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.39]