

اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی

تاریخ دریافت: ۸۹/۹/۱۴

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۲/۱۰

ایمان ا. بیگدلی*، اسحق رحیمیان بوگر**

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی بود.

روش: در یک طرح شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون توأم با گروه کنترل، تعداد ۵۶ نفر از بیماران کرونری (۲۶ مرد و ۳۰ زن) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گماشته شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه جمعیت‌شناختی، مقیاس اضطراب - افسردگی بیمارستانی و مقیاس استرس زناشویی را تکمیل کردند. گروه‌های آزمایش طی ۲ ماه تحت درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی قرار گرفتند. بعد از دو ماه از همه گروه‌ها پس‌آزمون و نیز طی ۴ ماه بعد از آن پی‌گیری به عمل آمد. داده‌ها با آزمون تحلیل کواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی باعث کاهش معنادار در پس‌آزمون و نیز پی‌گیری ۴ ماهه افسردگی در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه نشده است، اما باعث کاهش معنادار در پس‌آزمون و پی‌گیری ۴ ماهه اضطراب و استرس زناشویی در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است.

نتیجه‌گیری: درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی در کاهش اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی طی یک دوره حداقل ۴ ماهه مؤثر است. با این وجود، درمان فعال‌سازی رفتاری و قراردادی گروهی طی یک دوره درمانی ۲ ماهه برای کاهش علائم افسردگی در بیماری قلبی ناکافی است. این موضوع طراحی مداخله مناسب و جامع برای بیماران قلبی دارای اضطراب، استرس زناشویی و در معرض خطر افسردگی و نیز نیاز برای برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت آنان را یادآور می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، استرس زناشویی، بیماری کرونر قلبی

bigdeli9@gmail.com

eshaghrhimian@yahoo.com

* نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

بیماری کرونر قلبی^۱ یکی از عوامل اصلی و پر هزینه مرگ در اغلب نقاط دنیا است، به طوری که تقریباً یک مورد از هر پنج مرگی که در دنیا رخ می‌دهد، به این عامل ربط دارد [۱]. عوامل متعددی نظیر حالات اضطرابی و افسردگی، استرس‌های اجتماعی، تعارض و رفتار خصمانه می‌تواند به انقباض نابهنجار کرونری، افزایش انسداد شریان کرونری، بی‌نظمی‌های بدخیم ضربان قلب و در نتیجه به ناتوانی قلب منجر شود [۲]. به علاوه استرس‌های روانی - اجتماعی حاد و مزمن و هیجانات منفی می‌تواند پیدایش و پیامد شاخص‌های متعدد کرونری را تحت تأثیر قرار دهد [۳]. چنین یافته‌هایی بر لزوم بررسی این متغیرها در سنجش و درمان بیماری کرونر قلبی تأکید می‌کنند. عوامل روانی - اجتماعی به طور مستقیم یا به واسطه عوامل خطر فیزیولوژیک، احتمال ابتلاء به بیماری قلبی را افزایش می‌دهند [۴، ۵]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استرس حاد و مزمن، از عمده‌ترین عوامل خطر بروز و سیر بیماری کرونر قلبی هستند [۶]. افسردگی، اضطراب و استرس از شایع‌ترین پیامد بیماری‌های حاد کرونری قلب است که این پیامدهای شایع به نوبه‌ی خود سیر این دسته از بیماری‌های قلبی را بدتر و وخیم‌تر می‌سازند [۷]. استرس زناشویی در واقع فرایند چند عاملی است که شامل محیط خانواده، تجارب شخصی، راهبردهای مقابله، و مجموعه‌ای از پاسخ عصبی - غددی، سیستم خودکار، قلبی - عروقی و سایر پاسخ‌های منظم فیزیولوژیک است [۶]. علائم شدید افسردگی، اضطراب و استرس حاد و مزمن طولانی مدت با سه برابر شدن خطر مرگ ناگهانی قلب همراه هستند [۷]. همچنین، استرس روان‌شناختی در خانواده عامل تسریع کننده ایسکمی میوکارد و آنژین در بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلبی تلقی شده است [۸، ۹]. شواهد فزاینده نشان می‌دهد که هیجانات منفی، استرس و اضطراب ممکن است بر سیستم قلبی - عروقی اثرات مزمن و حاد داشته باشند. افسردگی، اضطراب، خشم و استرس خانوادگی علاوه بر مسیرهای فیزیولوژیک، باعث بی‌توجهی به رفتارهای مثبت سلامت می‌گردند و بیماری کرونر قلبی را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۱۰، ۱۱]. افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال

همراه در بسیاری از بیماری‌های طبی به خصوص بیماری کرونر قلبی مطرح است [۸]. از طرفی، اضطراب نیز در صورت عدم درمان باعث استمرار بیماری کرونر قلبی می‌گردد [۱۲، ۱۳]. درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی^۲ به اختلالات روان‌شناختی و روان‌پزشکی همراه با بیماری کرونر قلبی توجه دارد و شبکه حمایت خانوادگی بیمار را وارد درمان می‌نماید. از آنجا که بیماری کرونری قلب توأم با اختلالات روان‌شناختی و روان‌پزشکی همراه نظیر افسردگی است و بار اجتماعی - اقتصادی این بیماری بالا است، انتظار می‌رود که این شیوه درمانی در کنترل و بهبود این علائم و در نهایت فرجام بیماری مؤثر واقع گردد. مدل فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی عبارت است از بکارگیری روش روان درمانی ابتکاری چوارسکی^۳ [۱۴] به صورت گروه درمانی که برای اولین بار به منظور کاهش افسردگی در درمان نگهدارنده اعتیاد به کار رفت. این شیوه درمانی تمرکز خاصی روی اختلالات خلقی، اضطرابی و دیگر اختلالات همراه دارد و اغلب فعالیت‌های فرد اعم از مرتبط و نامرتب با بیماری کرونری قلبی، تغییر سبک زندگی و پیامدهای بیماری را مورد توجه قرار می‌دهد [۱۴]. درمان به سبک فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی روشی است که طی آن بیمار یاد می‌گیرد در جهت بهبود به طور فعال، سبک زندگی خود را تغییر دهد. چوارسکی معتقد است که ابتدایی‌ترین هدف درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی فراهم کردن مداخله روان‌شناختی سریع، کوتاه مدت و محدود برای بیمار است. با توجه به این هدف، این نوع درمان برای نیازهای خاص بیماران کرونر قلبی مناسب به نظر می‌رسد. اجزای هدف درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی عبارتند از:

- ۱) کمک به بیمار تا بتواند در اولین وهله بهبود یابد
- ۲) فعال کردن بیمار از نظر رفتاری و اجتماعی از طریق افزایش تعامل سازنده با افراد غیر بیمار و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، فشار روانی و کاهش روحیه
- ۳) آماده کردن بیمار برای درگیر کردن کامل وی با فرآیند درمان در یک دوره طولانی مدت به منظور حفظ بهبودی

2- Group Contracting and Behavioral Activation Therapy

3- Chawarski

1- Coronary Heart Disease

در روش درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی بیمار در هفته اول یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، در هفته دوم و سوم در هر هفته ۲ جلسه و در هفته چهارم و پنجم هر هفته یک جلسه روان درمانی دریافت می‌کند. بنابر این به طور کلی هر بیمار در طول درمان ۷ جلسه روان درمانی و یک جلسه درمان اختتامی دریافت می‌کند و در پایان هر جلسه یک قرارداد بین بیمار، درمانگر و مهمترین فرد حمایت کننده خانوادگی او به امضاء می‌رسد و تکالیف خارج از درمان بیمار برای هفته بعدی در پایان هر جلسه مشخص می‌شود. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی در بیماری کرونر قلبی است. بنابراین، مسأله پژوهش حاضر این است که آیا درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی اثر معناداری بر افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی و نیز بر عود این حالات در بیماران کرونر قلبی دارد؟

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر، شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون توأم با گروه مقایسه است. در این طرح، تمام مشارکت کنندگان داروی قلبی مصرف می‌کردند. منظور از داروی قلبی، هر گونه داروی تجویز شده توسط متخصص قلب و عروق برای کنترل علائم و یا درمان بیماری کرونر قلبی و یا عوارضی نظیر فشارخون بالا است که طی درمان دوز یا مقدار آن تغییر نکرده باشد. منظور از اثربخشی مداخله به وجود آمدن تغییرات معنادار به صورت کاهش علائم افسردگی، اضطراب و نیز کاهش استرس زناشویی بیماران کرونر قلبی می‌باشد.

آزمودنیها: جامعه آماری مردان و زنان متأهل دچار بیماری قلبی - عروقی در شهر تهران بودند که به مرکز قلب تهران مراجعه کرده‌اند و توسط متخصصان معالج خود تشخیص بیماری کرونر قلبی دارند. داوطلبان شرکت در این پژوهش به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه یعنی دو گروه آزمایشی و یک گروه مقایسه گماشته شدند. بنابراین، تعداد کل نمونه ۵۶ نفر بود که ۱۶ نفر در گروه آزمایشی مردان، ۲۰ نفر در گروه آزمایشی زنان و ۲۰ نفر جزء گروه کنترل بودند. افراد شرکت کننده در این پژوهش در دامنه سنی بین ۳۹ تا ۶۱ سال با میانگین سنی

۴۷/۲۰ سال قرار داشتند. به منظور کنترل اثر تحصیل روی متغیرهای وابسته، افرادی در این پژوهش شرکت کردند که تحصیلات آنها حداقل سوم راهنمایی بود. با توجه به اینکه در این پژوهش فقط بیماران متأهل شرکت کردند اثر احتمالی ناخواسته متغیر وضعیت تأهل کنترل شد. معیارهای ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از:

- ۱) تشخیص بیماری کرونر قلبی حداقل یک سال قبل از پژوهش و دارای دامنه سنی ۳۹ تا ۶۱ سال؛
 - ۲) توانمندی در فهم زبان فارسی؛
 - ۳) تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش؛
 - ۴) مراجعه به یکی از پزشکان مرکز قلب تهران و داشتن پرونده پزشکی نزد پزشک مربوطه.
- معیارهای خروج از پژوهش حاضر عبارتند از:
- ۱) ابتلا به بیماری‌های دیگر؛
 - ۲) تجربه کنونی عوارض حاد مرتبط با بیماری قلبی؛
 - ۳) تشخیص ابتلا به بیماری کرونر قلب طی یک سال گذشته؛
 - ۴) وجود عقب ماندگی ذهنی و یا تشخیص اختلالات روان شناختی قبل از تشخیص بیماری کرونر قلب و یا مبتلا شدن به یک بیماری روان شناختی شدید بعد از تشخیص این حالت.

ابزار:

۱- مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی: این مقیاس یک ابزار خود گزارشی ۱۴ آیتمی است که برای غربال وجود و شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب در طی هفته‌ی گذشته در بیماران طراحی شده است. مدت زمان اجرای آن کمتر از پنج دقیقه است و جمعیت مورد بررسی آن از نوجوانان ۱۶ سال به بالا تا سالمند است [۱۵]. این ابزار یک زیرمقیاس افسردگی هفت جزئی و یک زیرمقیاس اضطرابی هفت قسمتی دارد، که در هر دوی آنها برای کاستن احتمالی تشخیص‌های مثبت - کاذب نشانه‌های جسمی را حذف کرده‌اند. خرده مقیاس افسردگی روی ارزیابی فقدان حالت خوشگامی متمرکز است. به طور خلاصه، این مقیاس برای ارزیابی اضطراب و افسردگی در بیماران سرپایی بیمارستان عمومی و برای برآورد شدت

نمره‌های مقیاس استرس زناشویی استکهلم- تهران برای نمونه دوم در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته ($n=36$) به منظور سنجش اعتبار باز آزمایی این مقیاس برای میانگین کل استرس زناشویی، $0/78$ به دست آمده است که در سطح ($P < 0/001$) معنی‌دار بود و نشانه اعتبار بازآزمایی خوبی برای این مقیاس است [۱۷]. برای سنجش همسانی درونی مقیاس استرس زناشویی استکهلم- تهران از ضریب آلفای کرونباخ نمره‌های آزمودنی‌های نمونه اول ($n=60$) استفاده شد و این ضریب برای مقیاس $0/91$ گزارش شده که نشانگر همسانی درونی بالای این آزمون است [۱۷]. اعتبار همزمان فرم فارسی پرسشنامه مقیاس استرس زناشویی استکهلم- تهران با استفاده همزمان از پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک- راست^۴ $0/55$ و مقیاس افسردگی بک^۵ بررسی شد و نتایج همبستگی پیرسون در این موارد نشان داد که بین نمره استرس زناشویی آزمودنی‌ها و نمره آنها در زمینه مشکلات زناشویی و افسردگی رابطه مثبت معنی‌دار ($0/53$ و $0/41$) وجود دارد. این همبستگی‌ها در سطح ($P < 0/001$) معنی‌دار بودند. طبق نتایج بشارت و همکاران [۱۷]، فرم فارسی مقیاس استرس زناشویی استکهلم- تهران از اعتبار کافی برخوردار است. فرم فارسی مقیاس استرس زناشویی استکهلم- تهران، پایایی و اعتبار لازم در نمونه‌های ایرانی را داراست. با استناد به یافته‌های فعلی فرم فارسی این مقیاس توسط بشارت و همکاران [۱۷] می‌توان از این ابزار ارزشمند در پژوهش‌های مربوط به استرس‌ها و مشکلات زناشویی زوجین استفاده نمود. طبق نظر اورث گومر و همکاران [۴] این ابزار در مورد سایر بیماری‌های پزشکی نیز قابل استفاده خواهد بود و می‌توان از این ابزار برای پژوهش‌های اکتشافی در مورد گروه‌های مختلف بیماران، بخصوص کسانی که بیشتر از مشکلات پزشکی خاص رنج می‌برند، استفاده کرد.

روند اجرای پژوهش: در این تحقیق آزمودنی‌ها در یک کاربندی با سه گروه قرار گرفتند. گروه اول، گروه آزمایش مردان، گروه دوم آزمایش زنان و گروه سوم گروه کنترل بود. گروه‌های آزمایشی علاوه بر دارو، تحت درمان با روش روان درمانی فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی به مدت ۸ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و نیز سیاهه

اختلال هیجان در بیماری‌های طبی کاربرد دارد. زیگموند^۱ و اسنایت^۲ [۱۶] پیشنهاد می‌کنند که این مقیاس نیز ممکن است برای گروه‌های دیگر معتبر باشد، ولی باید از طریق یک مصاحبه کوتاه تکمیل شود. نمره‌گذاری هر جزء آزمون روی یک مقیاس صفر تا سه است. بنابراین، نمرات زیرمقیاس‌های افسردگی و اضطراب در دامنه‌ی صفر تا ۲۱ قرار می‌گیرد. برای هر دو زیرمقیاس این پرسشنامه نمرات در دامنه‌ی صفر تا هفت عادی یا طبیعی، ۸ تا ۱۰ خفیف، ۱۱ تا ۱۴ متوسط و ۱۵ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته می‌شود. همسانی درونی برای خرده مقیاس اضطراب (آلفای کرونباخ = $0/89$) و برای خرده مقیاس افسردگی (آلفای کرونباخ = $0/85$) به دست آمد و اعتبار سازه آن با استفاده از مقیاس‌های مرتبط، رضایت بخش گزارش شده است [۱۵].

۲- مقیاس استرس زناشویی استکهلم- تهران: فرم اصلی این مقیاس، مقیاس استرس زناشویی استکهلم است که توسط اورث گومر^۳ و همکاران [۴] برای پژوهش درباره زنان مبتلا به بیماری قلبی ساخته شد. در عین حال می‌توان از آن برای پژوهش درباره مردان و سایر اختلالات در حوزه روان‌شناسی سلامت و طب رفتاری نیز استفاده نمود. مقیاس اصلی دارای ۱۷ سؤال است که به صورت صفر و یک نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره این مقیاس صفر (۰) و حداکثر نمره آن ۲۷ است. هر چه نمره فرد در این مقیاس بالاتر باشد، استرس موجود در روابط او و همسرش بیشتر خواهد بود. اورث گومر و همکاران [۴] همسانی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ = $0/77$) و اعتبار سازه آن را با استفاده از مقیاس‌های مرتبط، رضایت بخش توصیف کرده‌اند.

فرم ایرانی این مقیاس توسط بشارت، شمسی پور و براتی [۱۷] ترجمه و اعتبار یابی شد. فرم ایرانی مقیاس استرس زناشویی استکهلم- تهران دارای ۱۶ گویه است. پنج گزینه‌ی «بسیار زیاد»، «زیاد»، «متوسط»، «کم» و «بسیار کم» به ترتیب برابر با ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ نمره‌ی هر آزمودنی را از ۲۴ (حداقل) تا ۱۲۰ (حداکثر) مشخص می‌نماید (دو مورد از سؤال‌های این مقیاس پنج قسمتی است و در کل جمع سؤال‌ها به ۲۴ می‌رسد). ضریب همبستگی بین

1- Zigmond
2- Snaith
3- Orth-Gomer

4- Golombok-Rust

جلسه پنجم) تمرکز بر جنبه‌های افسردگی بیماری قلب و استفاده از تمثیل در جریان آموزش روانی. در این روش فرآیندهایی چون تصمیم برای شروع درمان، حالت خلقی بیمار، بهبود سلسله مراتبی، عود افسردگی و حالات روانی به صورت گرافیک و تمثیل بیان شد.

جلسه ششم) تمرکز بر استرس زناشویی بیماران. نحوه تشدید و چگونگی کنترل آن.

جلسه هفتم) آموزش بیماران در خصوص اجزای پزشکی، روانی-اجتماعی بیماری، مهارت‌های مقابله، مهارت قاطعیت و درمان و نیز در خصوص دسترسی به پزشک، روان‌شناس و مددکار اجتماعی و نیز آموزش بازسازی شناختی.

جلسه هشتم) جمع‌بندی، خلاصه سازی درمان و ارائه راهکارهای پیگیرانه.

پژوهش با اخذ رضایت کتبی آگاهانه، محرمانه ماندن داده‌ها و با رعایت دیگر نکات مهم اخلاق پژوهشی انجام گرفت. در ابتدا فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون همگنی واریانس‌های لوین بررسی شد که این مفروضه برقرار بود. بعد از تأیید فرض همگنی واریانس‌ها، نمرات کلی پیش آزمون مقیاس‌های پژوهش به منظور وجود اختلاف معنادار قبل از مداخله برای دو گروه آزمایش و گروه کنترل با روش تحلیل واریانس یک راهه مورد بررسی قرار گرفت. در پایان از آزمون تحلیل کواریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت معنی‌داری نداشتند. دامنه سنی آزمودنیها بین ۳۹ تا ۶۱ سال با میانگین سنی ۴۸ سال بود. از کل آزمودنیها (۲۶ نفر) ۴۶/۴٪ مرد و ۵۳/۶٪ زن بودند. از لحاظ وضعیت اجتماعی-اقتصادی ۱۳ نفر (۲۳/۲٪) دارای طبقه اجتماعی اقتصادی بالا، ۳۲ نفر (۵۷/۱٪) دارای طبقه اجتماعی اقتصادی متوسط و ۱۱ نفر (۱۹/۶٪) دارای طبقه اجتماعی اقتصادی پایین بودند و نیز در سه گروه مقایسه، ۱۶ نفر (۲۸/۶٪) در گروه آزمایشی مردان، ۲۰ نفر (۳۵/۷٪) در گروه آزمایشی زنان و ۲۰ نفر (۳۵/۷٪) در گروه کنترل بودند. بررسی نتایج آزمون M باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است ($F=0/46$ & $P>0/05$).

اضطراب-افسردگی بیمارستانی و مقیاس استرس زناشویی را برای سنجش اثربخشی درمان به صورت مصاحبه تکمیل کردند. همچنین، گروه کنترل ضمن دریافت دارو سیاهه اضطراب-افسردگی بیمارستانی و مقیاس استرس زناشویی را برای سنجش اثربخشی درمان به صورت مصاحبه تکمیل کرد. بنابراین، دو گروه آزمایش به مدت ۲ ماه تحت درمان روان‌شناختی گروهی قرار گرفتند و در مورد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای اعمال نگردید. در پایان بعد از دو ماه از هر سه گروه مجدداً پس آزمون و نیز طی ۴ ماه بعد از آن پی‌گیری به عمل آمد. در گروه‌های آزمایشی، تأکید بر آموزش و مشاوره روانی در خصوص جنبه‌های مختلف بیماری کرونری قلبی و توانبخشی این بیماران در بهبود وضعیت آنها بود.

ساختار و محتوای جلسات درمانی فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی به شرح ذیل است:

جلسه اول) آموزش قراردادهای رفتاری و سعی در برقراری یک رابطه درمانی خوب با بیماران. قراردادهای رفتاری به شکل نوشته و یا توافق کلامی بین مشاور و بیمار مطرح می‌شد. قراردادهای ساده، روشن و جزئی بودند و درمانگر به بیمار در این خصوص پیشنهاد می‌داد و در رابطه با رسیدن به این اهداف با بیمار صحبت می‌کرد.

جلسه دوم) آموزش فعال سازی رفتار. تمرکز فعال سازی رفتار بر تعامل بین فرد و محیط بود. فعال سازی رفتاری نیازمند تغییر در رفتارهای آشکار بود تا اثرات مثبت بیشتری به وجود آورد. راهبردهای فعال سازی رفتار بر اصول خاموشی، شکل دهی، حذف، مرور ذهنی، حواسپرتی دوره‌ای، آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای مبتنی بود.

جلسه سوم) آموزش روانی در مورد فرآیندهای شفا بخش گروهی با چهار موضوع توصیه‌هایی در زمینه کلی بیماری، انتخاب روش درمانی مناسب وضعیت فرد، موضوعات انگیزشی و آموزش در خصوص تعامل با افراد دیگر و استفاده از تجربیات دیگران.

جلسه چهارم) جلسه تمرکز بر جنبه‌های اضطرابی بیماری قلبی و استفاده از تقویت مثبت کلامی از طریق بیان جملات مثبت و امید بخش بر پیشرفت‌های کوچک بیمار تمرکز شد.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار آزمودنیها در متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین (انحراف معیار)
افسردگی	آزمایش مردان	۱۶	۲/۸۷ (۴/۲۴)
	آزمایش زنان	۲۰	۳/۲۰ (۳/۸۴)
	گروه کنترل	۲۰	۰/۶۵ (۴/۱۲)
	کل	۵۶	۲/۱۶ (۴/۱۶)
اضطراب	آزمایش مردان	۱۶	۳/۸۱ (۲/۴۲)
	آزمایش زنان	۲۰	۴/۰۵ (۲/۴۸)
	گروه کنترل	۲۰	۰/۳۰ (۱/۱۷)
	کل	۵۶	۲/۶۴ (۲/۷۰)
استرس زناشویی	آزمایش مردان	۱۶	۴/۰۰ (۲/۸۷)
	آزمایش زنان	۲۰	۴/۹۰ (۳/۴۳)
	گروه کنترل	۲۰	۰/۵۵ (۱/۷۶)
	کل	۵۶	۳/۰۸ (۳/۳۴)
پی گیری افسردگی	آزمایش مردان	۱۶	۲/۹۳ (۴/۲۳)
	آزمایش زنان	۲۰	۳/۴۰ (۳/۵۸)
	گروه کنترل	۲۰	۱/۳۰ (۳/۵۸)
	کل	۵۶	۲/۵۱ (۳/۸۲)
پی گیری اضطراب	آزمایش مردان	۱۶	۳/۵۰ (۲/۵۰)
	آزمایش زنان	۲۰	۴/۳۰ (۲/۴۳)
	گروه کنترل	۲۰	۰/۴۵ (۱/۳۵)
	کل	۵۶	۲/۶۹ (۲/۷۰)
پی گیری استرس زناشویی	آزمایش مردان	۱۶	۴/۳۷ (۳/۲۲)
	آزمایش زنان	۲۰	۵/۰۰ (۳/۵۰)
	گروه کنترل	۲۰	۰/۵۵ (۱/۹۸)
	کل	۵۶	۳/۲۳ (۳/۵۴)

معنادار شدن تفاوت کلی در سه گروه، آزمون مقایسه‌های تعقیبی با استفاده از آزمون بونفرونی نشان داد که در پس آزمون اضطراب، بین گروه آزمایش مردان و کنترل ($I-J=3/71$) و بین گروه آزمایش زنان و کنترل ($I-J=3/6$) تفاوت معناداری وجود داشت ($P<0/05$). در پس آزمون استرس زناشویی، بین گروه آزمایش مردان و کنترل ($I-J=3/50$) و بین گروه آزمایش زنان و کنترل ($I-J=4/59$) تفاوت معناداری وجود داشت ($P<0/05$). در پی گیری اضطراب، بین گروه آزمایش مردان و کنترل ($I-J=3/20$) و بین گروه آزمایش زنان و کنترل ($I-J=3/71$) تفاوت معناداری وجود داشت ($P<0/05$) و در پی گیری استرس زناشویی، بین گروه آزمایش مردان و

میانگین دو گروه آزمایشی با گروه کنترل در متغیرهای اضطراب و استرس زناشویی در پس آزمون و پی گیری تفاوت برجسته‌ای دارد، ولی در پس آزمون و پی گیری متغیر افسردگی تفاوت چندان بارز نیست (جدول ۱). همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در اضطراب پس آزمون، درمان تأثیر گذار بوده است ($F=26/23$ & $P<0/001$). از آنجایی که این تأثیر گذاری در پیگیری نیز معنادار است حکایت از آن می‌کند که تأثیر درمان در کاهش اضطراب باقی مانده است ($F=24/99$ & $P<0/001$). در استرس زناشویی نیز درمان تأثیر گذار بوده است ($F=25/36$ & $P<0/001$) و این تأثیر گذاری در پیگیری نیز وجود داشته است ($F=25/53$ & $P<0/001$). به دنبال

کنترل (I-J=۳/۸۹) و بین گروه آزمایش زنان و کنترل (I-J=۴/۶۸) تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵).

جدول ۲) تحلیل کواریانس در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی

متغیرهای وابسته	منع تغییرات	مجموع مجزورها	درجه آزادی	میانگین مجزورها	F	سطح معناداری
پس آزمون افسردگی	پیش آزمون	۳۱/۰۸۹	۱	۳۱/۰۹	۱/۹۲۰	۰/۰۵۱
	عضویت گروهی	۹۲/۸۸۶	۲	۴۹/۴۴	۲/۱۰۳	۰/۰۹۴
	خطا	۳۸۱/۴۶۱	۵۲	۷/۳۴		
	کل	۵۹۹۲/۰۰۰	۵۶			
پی گیری افسردگی	پیش آزمون	۳۸/۶۰۲	۱	۳۳/۶۰	۲/۷۷۶	۰/۰۱۷
	عضویت گروهی	۵۴/۵۹۶	۲	۱۷/۳۰	۱/۶۵۲	۰/۱۹۶
	خطا	۲۹۱/۵۸۵	۵۲	۵/۶۱		
	کل	۵۴۷۶/۰۰۰	۵۶			
پس آزمون اضطراب	پیش آزمون	۲۹۸/۱۶۱	۱	۲۹۸/۱۶	۹۷/۰۶۱	۰/۰۰۱
	عضویت گروهی	۱۶۱/۱۷۸	۲	۸۰/۵۹	۲۶/۲۳۴	۰/۰۰۱
	خطا	۱۵۹/۷۳۹	۵۲	۳/۰۷		
	کل	۵۹۸۵/۰۰۰	۵۶			
پی گیری اضطراب	پیش آزمون	۲۷۳/۲۹۸	۱	۲۷۳/۳۰	۹۰/۹۳۰	۰/۰۰۱
	عضویت گروهی	۱۴۹/۷۳۳	۲	۷۴/۸۷	۲۴/۹۰۹	۰/۰۰۱
	خطا	۱۵۶/۲۹۰	۵۲	۳/۰۱		
	کل	۵۸۸۴/۰۰۰	۵۶			
پس آزمون استرس زناشویی	پیش آزمون	۴۰۳/۶۸۸	۱	۴۰۳/۶۹	۹۰/۷۷۰	۰/۰۰۱
	عضویت گروهی	۲۲۵/۵۷۳	۲	۱۱۲/۷۹	۲۵/۳۶۰	۰/۰۰۱
	خطا	۲۳۱/۲۶۲	۵۲	۴/۴۵		
	کل	۷۲۷۶/۰۰۰	۵۶			
پی گیری استرس زناشویی	پیش آزمون	۳۵۲/۳۴۰	۱	۳۵۲/۳۴	۷۲/۵۷۲	۰/۰۰۱
	عضویت گروهی	۲۴۷/۹۰۳	۲	۱۲۳/۹۵	۲۵/۵۳۱	۰/۰۰۱
	خطا	۲۵۲/۴۶۰	۵۲	۴/۸۵		
	کل	۷۰۹۸/۰۰۰	۵۶			

بحث

بر اساس یافته‌ها، بین میانگین گروه‌های آزمایشی و کنترل در پس آزمون افسردگی تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود ندارد و استفاده از روش فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی باعث کاهش معنادار افسردگی در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه نشده است. در این زمینه پژوهش‌های قبلی [۵، ۱۸، ۱۹] به چنین یافته‌هایی دست یافته بودند. در تبیین این یافته می‌توان

گفت که بیماران قلبی دارای اختلالات افسردگی در واقع به دلایل متعددی نظیر طول مدت کوتاه درمان، عدم انرژی و خلق افسرده در اغلب اوقات روز به درمان‌های روانی-اجتماعی خالص یا توأم با دارو درمانی کمتر پاسخ می‌دهند. به خصوص این که اغلب بیماران قلبی مشکلات زیادی در زمینه خلق دارند که معمولاً نیازمند درمان متناسب شده فردی است. علاوه بر این دو عامل، افسردگی در مشکلات قلبی به عنوان یک عامل خطر جدایی ناپذیر مطرح است

شیخ الاسلامی [۲۰] نیز به چنین یافته‌هایی دست یافته بودند. می‌توان گفت اثربخشی درمان در طولانی مدت بیانگر توانایی بیمار در اجرا و تمرین مهارت‌های رفتاری است که این توانایی ماحصل دوره مناسب و کافی درمان روان‌شناختی است. از طرف دیگر نیز می‌توان استنباط نمود که بسیاری از بیماران قلبی دارای مشکلاتی در زمینه ترس از پیامدهای بعدی بیماری بودند که این اضطراب‌های انتظاری به خوبی با درمان‌های روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون کنترل شده و هم‌اکنون نیز حل شده باقی مانده‌اند. همچنین، به باور تایلر^۲ [۲۳] مداخلات روان‌شناختی جزء لاینفک برنامه‌های توانبخشی این بیماران است. بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در مقیاس پس‌آزمون استرس زناشویی تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود داشت و درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی باعث کاهش معنادار استرس زناشویی در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است. این یافته‌ها با یافته پژوهش‌های قبلی [۲۴، ۲۵] همسو است. یافته‌های این پژوهش‌ها به طور قابل توجهی حاکی از آن است که افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی که دارای اختلافات و ناسازگاری‌های خانوادگی می‌باشند به کمک مداخلات روان‌شناختی کیفیت زندگی بهتری را به دست می‌آورند. در این زمینه نیز می‌توان به تبیین‌های مربوط به کاهش اضطراب اشاره نمود و نیز اینکه می‌توان گفت مسائل خاص این بیماران نظیر بار خانوادگی این بیماری مزمن در ازدیاد اثربخشی درمان نقش دارد و تمایل بیماران به کاهش این مسائل و به خصوص ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامت می‌تواند سبب افزایش اثربخشی درمان‌ها گردد. می‌توان نیز استنباط نمود که بسیاری از بیماران دارای استرس زناشویی هستند که با عادی سازی استرس در جریان گروه درمانی، یاد می‌گیرند استرس خود را بهتر مدیریت نمایند. به علاوه، بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در کاهش استرس زناشویی در پی‌گیری نیز تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری وجود داشت و استفاده از درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی باعث کاهش معنادار استرس زناشویی در پی‌گیری ۴ ماهه در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است.

که در کاهش بهبود درمانی این بیماران بعد از یک برنامه درمان گروهی سهیم است. بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در کاهش افسردگی در پی‌گیری نیز تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود نداشت و استفاده از روش فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی باعث کاهش معنادار افسردگی در پی‌گیری ۴ ماهه در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه نشده است. این یافته‌ها با یافته پژوهش‌های قبلی [۱۸، ۱۹، ۲۰] همسو است. به طور کلی این یافته‌ها را می‌توان اینگونه تفسیر نمود که بیماران قلبی دچار اختلالات افسردگی در برابر درمان‌ها و مداخلات کوتاه مدت مقاوم هستند و به احتمال زیاد تداوم درمان روان‌شناختی به مدت بیشتری اثر ماندگارتری بر جای بگذارد. بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در پس‌آزمون اضطراب تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری وجود داشت و استفاده از روش فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی باعث کاهش معنادار اضطراب در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است. در پژوهش‌های قبلی [۱۴، ۲۰، ۲۱، ۲۲] نیز چنین یافته‌ای تکرار شده بود. یافته‌های این پژوهش‌ها به طور قابل توجهی حاکی از آن است که عملکرد روانی اجتماعی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی بعد از برنامه‌های متعدد توانبخشی روانی یا جسمی بهبود داده می‌شود. این یافته‌ها را می‌توان اینگونه تفسیر نمود که افراد دچار اختلالات قلبی دارای حالات اضطرابی هستند که با دریافت حمایت در انواع گروه درمانی‌ها کاهش می‌یابد و عملکرد بهتری پیدا می‌کنند. از طرف دیگر نیز می‌توان استنباط نمود که بسیاری از بیماران قلبی دارای مشکلاتی در زمینه ترس از پیامدهای بعدی بیماری هستند که این اضطراب‌های انتظاری با درمان‌های روان‌شناختی قابل کنترل است و این موضوع می‌تواند تبیین‌کننده یافته‌های پژوهش حاضر باشد. همچنین، بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در کاهش اضطراب در پی‌گیری ۴ ماهه تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود داشت و استفاده از فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی باعث کاهش معنادار اضطراب در پی‌گیری ۴ ماهه در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است. بیلینگز و همکاران [۲۱]، چاوارسکی [۱۴]، لوین^۱ [۲۲] و

2- Taylor

1- Lewin

کنترل دقیق و کامل استرس، نگرانی و دوز دارویی و ناراحتی بیماران و استفاده از روش سنجش پرسشنامه‌ای از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، پژوهشگران در رفع این محدودیت‌ها در پژوهش‌های خود اهتمام ورزند. همچنین، پیشنهاد می‌شود نتایج به دست آمده به عنوان مبنایی برای جهت گیری صحیح و بهبود خدمات درمانی در کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار داده شوند و یافته‌های این پژوهش در ترکیب با یافته‌های پژوهش‌های مشابه در ایران تهیه یک برنامه تشخیصی و درمانی اختلالات روان‌شناختی در میان بیماران کرونر قلبی مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت شورای پژوهش دانشگاه سمنان انجام گرفته است که بدینوسیله از حمایت‌های آنان تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از مسئولین درمانگاه قلب تهران، پزشکان، پرستاران و سایر بیماران عزیز که به ما در این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- American Heart Association. Heart disease and stroke statistics 2004 update. Dallas, TX: American Heart Association; 2003. p. 2-7.
- 2- Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease. *J the Americ Coll Cardio*. 2009; (53): 936-946.
- 3- Sirois BC, Burg MM. Negative emotion and coronary heart disease. *Behav Modific*. 2003; (27): 83-102.
- 4- Orth-Gomer K, Wamala SP, Horsten M, Gustafso KS, Schneiderman N, Mittleman M. Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. The Stockholm female coronary risk study. *J Americ Medi Assoc*. 2000; 284(23): 3008-3014.
- 5- Cohen BE, Pangeluri P, Na B, Whooley MA. Psychological risk factors and the metabolic syndrome in patients with coronary heart disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Psychia Re*. 2010; (175): 133-137.
- 6- Holmes SD, Krantz DS, Rogers H, Gottdiener J, Contrada RJ. Mental Stress and Coronary Artery Disease: A Multidisciplinary Guide. *Prog Cardiovas Dis*. 2006; 49(2): 106-122.
- 7- DiGiacomo M, Davidson P.M, Vanderpluym A, Snell R, Dip G, Worrall-Carter L. Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: Implications for secondary prevention, *Austral Criti Care*. 2007; (20): 69-76.
- 8- Molloy GJ, Stamatakis E, Randall G, Hamer M. Marital status, gender and cardiovascular mortality:

بیرن^۱ و همکاران [۲۴]، ویلیامز^۲ و همکاران [۲۵] و مولی^۳ و همکاران [۸] نیز نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی دارای اثرات دیرپایی در بهبود حالات قلبی-عروقی است. یافته‌های این پژوهش‌ها به طور قابل توجهی حاکی از آن است که برنامه‌های کاهش استرس خانوادگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی در صورت کامل بودن این برنامه‌ها می‌تواند به بهبود نسبتاً پایداری در روابط خانوادگی منجر شود. همچنین می‌توان این یافته را اینگونه تبیین کرد که افزایش خود مدیریتی بیماری نظیر تقویت خود مدیریتی استرس هدف اغلب مداخلات روانی-اجتماعی در زمینه بیماری‌های مزمن است که با دست یابی به این هدف اثر مداخلات ماندگارتر می‌شود. نتایج نهایی پژوهش بر اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی در کاهش اضطراب و استرس زناشویی بیماران کرونر قلبی تأکید داشت و حاکی از آن بود که این درمان می‌تواند از عود اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونر قلبی طی یک دروه حداقل ۴ ماهه پیشگیری نماید. اما مسأله مهم‌تر این بود که درمان در زمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی طی یک دوره درمانی ۲ ماهه برای کاهش و پیشگیری از عود علائم افسردگی در بیماری کرونر قلبی ناکافی است. این موضوع، طراحی یک مداخله مناسب برای بیماران کرونر قلبی در معرض خطر افسردگی را یادآور می‌سازد که در واقع نیاز برای برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت را برجسته می‌سازد. با توجه به آمار نسبتاً بالای افسردگی در بیماری‌های قلبی، ضروری است برنامه‌های جامع تدارک و به مرحله اجرا برسد. به طور کلی، درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر کاهش افسردگی تأثیر چندانی ندارد، اما اضطراب و استرس زناشویی را در بیماران کرونر قلبی کاهش می‌دهد. اگرچه این روش درمانی باعث کاهش این متغیرهای روان‌شناختی و اجتماعی طی یک دوره پی‌گیری ۴ ماهه می‌شود، اما تداوم اثر آن در طولانی مدت نیازمند بررسی و ملاحظات بیشتری است. انتخاب جامعه محدود پژوهشی، محدودیت و نیز عدم دست یابی مناسب به تحقیقات مرتبط، محدودیت زمانی دوره درمان و نیز دوره پی‌گیری، بعلاوه، عدم امکان

- 1- Byrne
- 2- Williams
- 3- Molloy

- 253). Washington, DC: American Psychological Association; 1998. p. 36-92.
- 22- Lewin B. The psychological and behavioral management of angina. *J Psychosom Resea.* 1997; (43): 453-462.
- 23- Taylor CB. Depression, heart rate related variables and cardiovascular disease. *Internat J Psychophysio.* 2010; (78): 80-88.
- 24- Byrne M, Walsh J, Murphy A.W. Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behavior. *J Psychosom Resea.* 2005; (58): 403-415.
- 25- Williams JE, Nieto FJ, Sanford CP, Tyrolet HA. Effects of an angry temperament on coronary heart disease risk: The atherosclerosis risk in communities study. *Americ J Epidemi.* 2001; (154): 230-235.
- Behavioural, psychological distress and metabolic explanations. *Soci Scie Medic.* 2009; (69): 223-228.
- 9- Gullette EC, Blumenthal JA, Babyak M, Jiang W, Waugh RA, Frid DJ, O'Connor CM, Morris JJ, Krantz DS. Effects of mental stress on myocardial ischemia during daily life. *J Americ Medic Associa.* 1997; (277): 1521-1526.
- 10- Smith TW, Ruiz JM. Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. *J Consult Clinic Psych.* 2002; (70): 548-568.
- 11- Spielberger CD. Professional manual for the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2). Lutz, FL: Psych Assess Resou. 1999. p. 12-46.
- 12- Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease: A review and meta-analysis. *American J Prevent Medic.* 2002; (23): 51-61.
- 13- Roest AM, Martens EJ, Jonge PD, Denollet J. Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease. *J Americ Colle Cardio.* 2010; 56(1): 38-46.
- 14- Chawarski M. Manual of Contracting and Behavioral Activation Therapy. Unpublished Cited; 2002. p. 24-78.
- ۱۵- کاویانی حسین، صیفوریان حسین، شریفی وناد، ابراهیم خانی نرگس. پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS): بیماران افسرده و اضطرابی ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی تهران.* ۱۳۸۸؛ ۶۷(۵): ۳۸۵-۳۷۹.
- 16- Zigmond A. S, Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; (67): 361-370.
- ۱۷- بشارت محمدعلی، شمسی پور حمید، براتی نازنین. پایایی و اعتبار مقیاس استرس زناشویی استکهلم- تهران (STMSS). *مجله علوم روان شناختی.* ۱۳۸۵؛ ۱۹: ۲۲۵-۲۱۷.
- 18- Dusseldorp E, Van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Heal Psych.* 1999; (18): 506-519.
- 19- Schneiderman N, Antoni MH, Saab PG, Ironson G. Health psych ology: Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Ann Revi Psych.* 2001; (52): 555-580.
- ۲۰- شیخ الاسلامی. بررسی تأثیر گروه درمانی بر میزان افسردگی مبتلایان به سکنه قلبی در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان.* ۱۳۸۳؛ ۱۱(۲).
- 21- Billings JH, Scherwitz LW, Sullivan R, Sparler S, Ornish DM. The lifestyle heart trial: Comprehensive treatment and group support therapy. In R: Allan and S. Scheidt (Eds.), *Heart & mind: The practice of cardiac psychology* (pp. 233-