

# مقایسه تأثیر فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی همراه و بدون حمایت خانوادگی بر کاهش اضطراب در بیماران کرونری قلب

ضیاء قائم مقام فراهانی<sup>۱</sup>، اسحق رحیمیان بوگر<sup>۲</sup>، محمود نجفی<sup>۳</sup>،  
اکبر فروغ‌الدین عدل<sup>۴</sup>، سولماز دبیری<sup>۵</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف:** اضطراب در بیماران کرونری قلب از شایع‌ترین علایم روان‌پزشکی است که تداوم آن به پیامدهای نامطلوبی برای این بیماران منجر می‌شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی همراه و بدون حمایت خانوادگی بر کاهش اضطراب در بیماران کرونری قلب انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** در یک طرح نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و کنترل همراه با پیگیری از بین بیماران کرونری قلبی شهر تهران، تعداد ۵۹ نفر از مردان متأهل به صورت در دسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایشی و شاهد گمارده شدند. مشارکت‌کنندگان پرسش‌نامه اضطراب حالتی- صفتی (STAI)، پرسش‌نامه حمایت خانوادگی (FSQ) و پرسش‌نامه عوامل جمعیت‌شناختی را طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. گروه‌های آزمایش طی ۷ جلسه (هفته‌ای یک بار) تحت مداخلات درمانی و ۶ ماه پس از مداخله مورد پیگیری قرار گرفتند و گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

**یافته‌ها:** تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی، فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی همراه با حمایت خانوادگی با گروه شاهد در کاهش علایم اضطراب تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیرات مداخله فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی و حمایت خانوادگی در کاهش اضطراب بیماران کرونری، این نتایج برای متخصصان بالینی و سلامت‌تولیحات کاربردی دارد.

**واژه‌های کلیدی:** فعال‌سازی رفتاری، حمایت خانوادگی، اضطراب، بیماری کرونری قلب.

**نوع مقاله:** پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۹/۳

پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۳

## مقدمه

توان‌بخشی پیوسته و مداوم توسط تیم درمان، بیمار و خانواده می‌باشد (۱). هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم این بیماری در سال ۲۰۰۳ برابر با ۱۳۳/۲ میلیارد دلار برآورد شد (۱).

بیماری کرونری قلبی (CHD) (Coronary heart disease) از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن طبی معاصر است که نیازمند

Email: eshaghrahimian@yahoo.com

۱- استادیار، گروه علوم بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. (نویسنده مسؤول)

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۴- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

۵- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

حمایت خانوادگی (FS) در بیماران مزمن طبی نیز می‌تواند به عنوان یک عامل مؤثر در جلوگیری از گسترش علائم و افزایش طول مدت دوره بهبودی و پیش‌گیری از عود اختلال باشد (۱۸). بر اساس یافته André-Petersson و همکاران (به نقل از Barnes و همکاران) حمایت اجتماعی از جانب خویشاوندان، خانواده، دوستان و دریافت منابع مادی نظیر یک سرپناه مناسب برای زندگی می‌تواند عامل تسهیل‌کننده درمان و بهبود پیامدهای درمانی مرتبط باشد (۱۰). همچنین، برخورداری از حمایت اجتماعی مناسب در خانواده طول مدت بهبودی را افزایش و احتمال عود بیماری را کمتر می‌کند (۲۰، ۱۹). نکته مهم در مطالعه حاضر همراه کردن فعال‌سازی رفتاری با حمایت خانوادگی است که در مطالعات قبلی در کنار هم مورد توجه قرار نگرفته‌اند. همچنین، عدم بررسی این مداخلات برای اضطراب بیماران کرونری قلب در ایران و از طرفی اهمیت این مداخله برای برنامه‌های توان‌بخشی قلب بر ضرورت مطالعه می‌افزاید. بنابراین، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی با فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی همراه با حمایت خانوادگی در کاهش علائم اضطراب بیماران کرونری قلب (CHD) انجام گرفت.

#### مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه شاهد همراه با پیگیری بود که در آن فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی و حمایت خانوادگی متغیرهای مستقل پژوهش و اثربخشی درمان در کاهش اضطراب متغیر وابسته پژوهش بود. جامعه آماری مردان متأهل دچار بیماری قلبی - عروقی در شهر تهران بودند که توسط متخصصان معالج خود واجد تشخیص CHD بودند و طی زمستان ۱۳۸۹ به طور داوطلبانه به مراکز درمانی قلب و عروق شهر تهران مراجعه می‌کردند. داوطلبان شرکت در این پژوهش به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت گمارش تصادفی به سه گروه یعنی دو گروه آزمایشی - گروه آزمایش تحت فعال‌سازی

متغیرهای روان‌شناختی و اجتماعی نقش مهمی در بروز و پیامد این بیماری دارند (۳، ۲). اضطراب از شایع‌ترین عوامل روانی - اجتماعی همراه با بیماری کرونری قلبی است (۵، ۴). حالات اضطرابی با انقباض نابهنجار عروق کرونری، افزایش انسداد شریان کرونری، بی‌نظمی‌های بدخیم ضربان قلب و ناتوانی قلب همراه است (۷، ۶). اضطراب به خصوص در صورت تداوم بر سیر و پیامد بیماری‌های قلبی اثر دارد (۱۰ - ۸). از طرفی، اضطراب خطر انفارکتوس حاد میوکارد و در عین حال خطر مرگ ناگهانی قلب را بالا می‌برد (۱۱). چنین یافته‌هایی بر لزوم بررسی این متغیرها در سنجش و درمان بیماری کرونری قلبی (CHD) تأکید می‌کنند. مداخلات روانی - اجتماعی با رویکرد نظام‌مند در کاهش اضطراب مؤثر هستند و در نتیجه پیامدهای بیماری کرونری قلب را بهبود می‌بخشند (۱۴ - ۱۲). فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی (Group behavioral activation یا GBA) همراه با حمایت خانوادگی (Family support) از مداخله‌های روان‌شناختی سریع، کوتاه مدت و اثربخش برای حالات مزمن طبی است که مبتنی بر رویکرد درمان شبکه‌ای هستند. فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی به عنوان یک رویکرد نظام‌مند روشی بسیار ساختار یافته، مبتنی بر مدل رفتار درمانی شناختی، رویکرد تقویت انگیزش و رفتار درمانی است که تمرکز خاصی بر اضطراب همراه با بیماری دارد و آن را مورد مداخله قرار می‌دهد (۱۶، ۱۵). فلسفه فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی مبتنی بر پایه‌های شناختی و بدکارکردی رفتاری بیمارانی است که دارای نشانه‌های آسیب‌های روان‌شناختی هستند و طی آن در یک رویکرد روانی - آموزشی بیمار یاد می‌گیرد که در جهت بهبود به طور فعال، سبک زندگی خود را تغییر دهد (۱۷). کمک به بیمار در اولین وهله بهبودی، فعال کردن بیمار از نظر رفتاری و اجتماعی از طریق افزایش تعامل سازنده با افراد غیر بیمار و کاهش نشانه‌های بیمارگونه و آماده‌سازی بیمار برای درگیر کردن کامل وی با فرایند درمان در یک دوره طولانی مدت به منظور حفظ بهبودی از اهداف فعال‌سازی رفتاری است (۱۷).

در سوالات ۲۱، ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۳۰، ۳۲، ۳۴، ۳۶ و ۳۹ مقیاس وزنی ۴ و "تقریباً همیشه" مقیاس وزنی ۱ را می‌گیرد. اعتبار حاصل از بازآزمایی، ضرایب قابل قبولی در دامنه بین ۰/۷۳ و ۰/۸۶ برای صفت اضطراب و در مورد حالت اضطراب در دامنه‌ای از ۰/۵۱ برای مردان تا ۰/۳۶ برای زنان نشان داد (۱۰). همسانی درونی با Cronbach's alpha برای حالت اضطراب بین ۰/۸۸ و ۰/۹۳ و به همین ترتیب در صفت اضطراب در دامنه ۰/۹۲ تا ۰/۹۴ به دست آمده است (۱۰). روایی همزمان این آزمون در ضرایب همبستگی آن با مقیاس اضطراب آشکار و پرسش‌نامه مقیاس اضطراب در دامنه‌ای مطلوب بود (۱۰).

#### ۲) پرسش‌نامه حمایت خانوادگی FSQ

(Family support questionnaire): این ابزار دارای ۶ سؤال است که هر سؤال دو قسمت دارد (۲۱). در قسمت اول هر سؤال از آزمودنی خواسته می‌شود تا تعداد افراد خانواده (که در شرایط بحران و هنگام تقاضای کمک، خدمت ارایه می‌کنند)، را از ۱ نفر تا چند نفر مشخص کند. در قسمت دوم هر سؤال میزان رضایت فرد را در یک طیف ۶ گزینه‌ای لیکرتی (کاملاً رضایت دارم = ۶ تا کاملاً ناراضی‌ام = ۱) مورد سنجش قرار می‌دهد. حداکثر نمره‌ای که پاسخ دهنده در قسمت دوم پرسش‌نامه دریافت می‌کند، ۳۶ و حداقل نمره آن ۶ می‌باشد. در یک مطالعه، Sarason و همکاران پایایی این ابزار را روی ۷۵ نفر زن و ۸۱ نفر مرد از طریق آزمون مجدد برای قسمت اول سوالات ۰/۹۳ و برای قسمت دوم یعنی سوالات شش گزینه‌ای ۰/۹۲ به دست آورده است (۲۱). همچنین، Schemitt در یک جامعه بالینی از طریق همبستگی Cronbach's alpha ضریب همسانی درونی را برای قسمت اول سوالات ۰/۸۹ و برای قسمت دوم سوالات ۶ گزینه‌ای ۰/۹۲ به دست آورده است (۲۲).

#### ۳) پرسش‌نامه عوامل جمعیت شناختی: این ابزار

نیز توسط پژوهشگران به منظور بررسی عوامل جمعیت‌شناختی نظیر جنسیت، سن، وضعیت اقتصادی و

رفتاری به شیوه گروهی توأم با حمایت خانوادگی شامل ۱۸ نفر (۳۰/۵ درصد) و گروه آزمایش تحت فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی شامل ۲۰ نفر (۳۳/۹ درصد) - و یک گروه شاهد شامل ۲۱ نفر (۳۵/۶ درصد) گماشته شدند. گمارش تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی انجام گرفت. بیماران شرکت کننده در مطالعه دارای سابقه چند ساله مراقبت و پیگیری درمان برای عارضه قلبی خود بودند و هیچ کدام برای اولین بار مبتلا نشده بودند که در این زمینه همسان‌سازی لازم بر اساس دامنه سنی ابتلا انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از رضایت آگاهانه، عدم سوء مصرف مواد، عدم سایر بیماری‌های طی به جز بیماری کرونری قلبی، عدم دریافت داروهای اعصاب و روان، عدم دریافت هر گونه مداخله‌ای نظیر یوگا، آرمیدگی و نیز عدم مشارکت در برنامه ارتقای سلامت روان نظیر مدیریت خشم.

#### ابزار سنجش

#### ۱) پرسش‌نامه اضطراب حالتی - صفتی STAI

#### (State-trait anxiety inventory): این ابزار برای

سنجش سطح اضطراب مراجع در برنامه‌ریزی درمان و تعیین روش مداخله درمانی به وجود آمده است (۱۰). از ۴۰ گویه خودگزارشی این پرسش‌نامه، ۲۰ سؤال آن مقیاس حالت اضطراب و ۲۰ سؤال دیگر صفت اضطراب را می‌سنجد. در پژوهش‌های مختلف، استفاده از این مقیاس در درمان انواع اضطراب‌ها و تأثیر انواع خاص درمان‌ها مثبت ارزیابی شده است (۱۰). از دیگر مزایای این پرسش‌نامه این است که قابلیت استفاده به صورت فردی و گروهی دارد. روش نمره‌گذاری به این صورت است که در فرم سنجش حالت اضطراب عبارت "تقریباً هیچ وقت" در سوالات ۱، ۲، ۵، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ مقیاس وزنی ۴ و "تقریباً همیشه" مقیاس وزنی ۱ می‌گیرد و در بقیه سوالات عکس آن است. همچنین، در فرم صفت اضطراب عبارت "تقریباً هیچ وقت"

اجتماعی و سطح تحصیلات تهیه شد.

در این پژوهش آزمودنی‌ها در یک کاربندی با سه گروه قرار گرفتند. گروه شاهد ضمن دریافت دارو، پرسش‌نامه اضطراب را برای سنجش اثربخشی درمان تکمیل کردند. گروه دوم که افراد گروه آزمایشی الف می‌باشند، علاوه بر دارو، تحت درمان با روش فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی به مدت ۷ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. این گروه نیز پرسش‌نامه اضطراب را تکمیل نمودند. افراد گروه سوم که گروه آزمایشی ب می‌باشند، علاوه بر دریافت دارو و روش فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی و تکمیل پرسش‌نامه اضطراب به منظور سنجش اثر بخشی درمان، یکی از نزدیک‌ترین افراد خانواده آن‌ها که می‌تواند حمایت خانوادگی وی را تأمین کند، وارد جلسات گروهی مخصوص یکی از اعضای خانواده افراد بیمار شد. در این گروه تأکید بر آموزش و مشاوره روان‌شناختی در خصوص جنبه‌های مختلف بیماری کرونر قلبی و توان بخشی این بیماران و نقش حمایت خانوادگی در بهبود وضعیت آن‌ها بود. همچنین، مهم‌ترین مسأله شرکت فرد حمایت‌گر در قرارداد درمانی و امضای قرارداد به همراه بیمار و درمان‌گر بود. در این خصوص پژوهشگر قصد داشت تا از طریق مداخله عضو خانواده در درمان و اجرای جلسات روانی-آموزشی در رابطه با ابعاد اهمیت و نحوه حمایت خانوادگی برای عضو بیمار خانواده، موجب فعال شدن حمایت خانواده به نفع بیمار شود. پس از ۷ هفته، درمان اختتام یافت و ۶ ماه بعد از آن پیگیری انجام شد. در این مطالعه منظور از دارو، هر گونه داروی تجویز شده توسط متخصص قلب و عروق برای کنترل علائم و یا درمان بیماری کرونر قلبی و یا هر دارویی است که برای رفع علائم طبی همراه نظیر فشار خون بالا مصرف می‌شود که مقادیر آن، مدت زمان مصرف و نوع دارو طی دوره مداخله کنترل شد و از لحاظ این موارد تفاوت معنی‌داری بین سه گروه وجود نداشت. بیماران طی فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی، پس از شروع درمان دارویی و ویزیت پزشکی، 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 مداخله دریافت کردند. به طور کلی هر بیمار در طول درمان، ۷ جلسه مداخله دریافت کرد و در پایان هر جلسه یک قرارداد بین بیمار، درمان‌گر و مهم‌ترین فرد حمایت‌کننده خانوادگی او به امضاء رسید و تکالیف خارج از درمان بیمار برای هفته بعدی در پایان هر جلسه مشخص شد. ساختار و محتوای جلسات درمانی فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی (GBA) به شرح زیر بود. جلسه اول شامل آموزش قراردادهای رفتاری ساده، روش و جزیی به صورت کتبی و یا توافق کلامی و سعی در برقراری یک رابطه درمانی خوب با بیماران بود. جلسه دوم شامل آموزش فعال‌سازی رفتار، و تمرکز فعال‌سازی رفتار بر تعامل بین فرد و محیط بود. راه‌بردهای فعال‌سازی رفتار بر اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس‌پرتی دوره‌ای، آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای مبتنی بود. جلسه سوم شامل آموزش روانی در مورد فرایندهای شفاف‌بخش گروهی با چهار موضوع توصیه 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 بود. در جلسه چهارم بر جنبه‌های اضطرابی بیماری قلب و استفاده از تقویت مثبت کلامی از طریق بیان جملات مثبت و امیدبخش بر پیشرفت‌های کوچک بیمار تمرکز شد. طی جلسه پنجم بر جنبه‌های اضطراب‌بخش بیماری قلب و استفاده از استعاره در جریان آموزش روانی تمرکز شد. در جلسه ششم بر علائم عود اضطراب در بیماران، نحوه تشدید و چگونگی کنترل آن تمرکز شد. جلسه هفتم شامل 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 بود و در پایان نیز جمع‌بندی، خلاصه‌سازی درمان و ارائه راه‌کارهای پیگیرانه انجام گرفت.

این مطالعه مبتنی بر رعایت موازین اخلاق پزشکی، اخذ رضایت آگاهانه بیماران به صورت کتبی، گمنام ماندن بیمار و

حفظ اسرار وی و نیز عدم تعارض منافع در پژوهش‌های بالینی انجام گرفته است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (Repeated measures analysis of variance) استفاده شد.

### یافته‌ها

دامنه سنی آزمودنی‌ها ۳۸ تا ۶۱ سال با میانگین سنی ۴۷/۶۹ سال بود. از لحاظ وضعیت اجتماعی-اقتصادی ۱۴ نفر (۲۳/۷ درصد) در سطح بالا، ۳۳ نفر (۵۵/۹ درصد) در سطح متوسط و ۱۲ نفر (۲۰/۳ درصد) در سطح پایین بودند. از تعداد کل شرکت کنندگان، ۱۱ نفر (۱۸/۶ درصد) دارای تحصیلات سوم راهنمایی و پایین‌تر، ۲۳ نفر (۳۹ درصد) دارای تحصیلات در سطح دیپلم متوسطه، ۱۸ نفر (۳۰/۵ درصد) دارای تحصیلات در سطح کارشناسی و ۷ نفر (۱۱/۹ درصد) دارای تحصیلات در سطح کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. به علاوه، دامنه سنی ابتلا شرکت کنندگان به بیماری کرونری قلبی ۵ تا ۱۲ سال با میانگین سنی ۸/۶۳ سال بود. در ابتدا، میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب به تفکیک گروه و زمان اندازه‌گیری ارایه شده است (جدول ۱).

قبل از بررسی تحلیلی نتایج، نتایج آزمون Levine جهت بررسی فرض‌های همگنی واریانس و نیز تحلیل واریانس یک‌طرفه جهت همگنی رگرسیون (همگنی شیب) برای متغیر اضطراب نشان داد که در آزمون Levine مفروضه همگنی واریانس‌ها با مقدار  $F = ۰/۴۱$  و  $P > ۰/۰۵$  معنی‌دار نشده است و از این رو فرض همگنی واریانس‌ها برای این متغیر محقق شده است. همچنین، نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه جهت بررسی فرض همگنی شیب‌های رگرسیون با مقدار  $F = ۲/۱۱$  و  $P > ۰/۰۵$  روابط معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. بنابراین، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برای این متغیر وجود دارد. با توجه به یافته‌های فوق به منظور اثربخشی فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی و فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی همراه با حمایت خانوادگی در کاهش

اضطراب از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته ۳ در ۳ استفاده شد (عامل گروه با سه سطح فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی، فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی همراه با حمایت خانوادگی و کنترل و عامل زمان با سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری). نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته به منظور بررسی تأثیر عامل گروه و عامل زمان بر نمرات اضطراب ارایه شده است (جدول ۲).

طبق یافته‌های جدول ۲ دو شیوه درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی و فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی همراه با حمایت خانوادگی بر کاهش نمرات اضطراب در پس‌آزمون معنی‌دار هستند [ $F(۲, ۵۶) = ۶/۵۴۵, P < ۰/۰۰۳$ ]. همچنین، تأثیر عامل زمان بر نمرات اضطراب در مرحله پیگیری معنی‌دار است [ $F(۲, ۱۱۲) = ۱۲۳/۱۶۰, P < ۰/۰۰۱$ ] و بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه، تفاوت وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین گروه و زمان نیز معنی‌دار است [ $F(۲, ۱۱۲) = ۳۴/۲۹۷, P < ۰/۰۰۱$ ]. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه‌گیری متفاوت است. به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه‌گیری بر نمرات اضطراب با ثابت نگهداشتن عامل زمان، میانگین اضطراب گروه‌ها در هر یک از مراحل اندازه‌گیری با استفاده از آزمون تعقیبی Bonferroni مورد مقایسه قرار گرفت (جدول ۳).

در مرحله پیش‌آزمون بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در مرحله پس‌آزمون میانگین اضطراب گروه فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی و گروه فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی همراه با حمایت خانوادگی به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که هر دو نوع درمان در کاهش اضطراب در پس‌آزمون مؤثر بوده‌اند. همچنین در مرحله پیگیری نیز میانگین گروه فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی و گروه فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی همراه با حمایت خانوادگی به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد است. می‌توان نتیجه گرفت که این دو

نوع درمان به طور معنی‌داری موجب کاهش اضطراب در مرحله پیگیری نیز می‌شوند (جدول ۳). در نمودار ۱ نحوه روند تغییر میانگین نمرات اضطراب در سه گروه طی سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ارایه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب به تفکیک گروه و زمان اندازه‌گیری

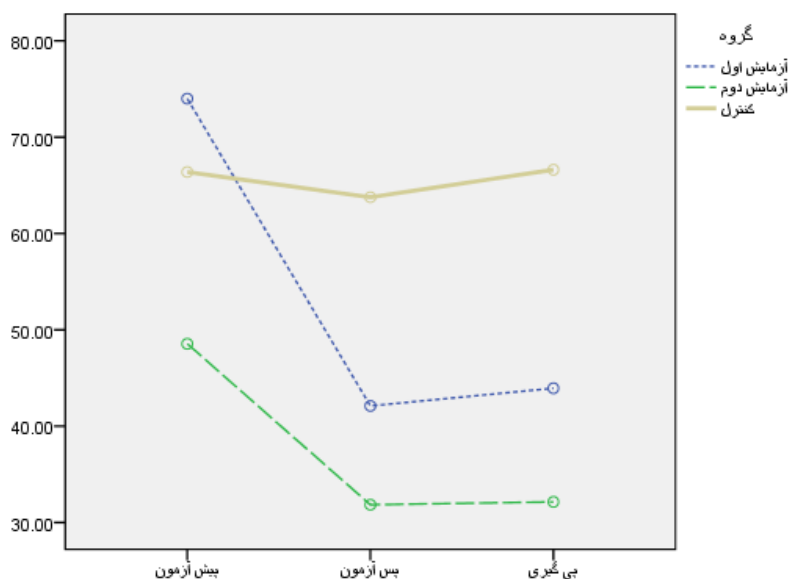
گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
همراه با حمایت خانوادگی GBA	۱۸	۷۴/۰۰	۳۱/۷۴۹	۴۲/۱۱	۲۱/۳۴۵	۴۳/۹۴
GBA	۲۰	۴۸/۵۵	۲۱/۷۱۲	۳۱/۸۵	۱۷/۱۹۰	۳۲/۱۵
کنترل	۲۱	۶۶/۳۸	۳۰/۹۱۸	۶۳/۷۶	۲۸/۸۶۳	۶۶/۶۱
کل	۵۹	۶۲/۶۶	۲۹/۸۸۴	۴۶/۳۳	۲۶/۵۶۰	۴۸/۰۱

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته به منظور تأثیر گروه و زمان اندازه‌گیری بر نمرات اضطراب

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	معنی‌داری	$\eta^2$	توان آماری
بین آزمودنی‌ها							
گروه	۲۴۲۹۵/۰۹۳	۲	۱۲۱۴۷/۵۴۷	۶/۵۴۵	۰/۰۰۳	۰/۱۸۹	۰/۸۹۴
خطا	۱۰۳۹۳۹/۲۳۵	۵۶	۱۸۵۶/۰۵۸				
درون آزمودنی‌ها							
زمان	۱۰۴۰۹/۰۶۱	۲	۵۲۰۴/۵۴۵	۱۲۳/۳۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸	۱
زمان و گروه	۵۷۸۷/۸۴۴	۴	۱۴۴۶/۶۸۷	۳۴/۲۹۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱	۱
خطا	۴۷۲۵/۲۵۲	۱۱۲	۴۲/۴۱۲				

جدول ۳. آزمون تعقیبی Bonferroni به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه‌گیری بر نمرات اضطراب

مرحله	گروه‌های مورد مقایسه	F	معنی‌داری
پیش‌آزمون	GBA همراه با حمایت خانوادگی با GBA به تنهایی	۲۵/۴۵۰	۰/۰۲۴
	GBA همراه با حمایت خانوادگی با گروه شاهد	۷/۶۱۹	۱/۰۰۰
	GBA با گروه شاهد	-۱۷/۸۳۱	۰/۱۴۸
پس‌آزمون	GBA همراه با حمایت خانوادگی با GBA به تنهایی	۱۰/۲۶۱	۰/۵۳۴
	GBA همراه با حمایت خانوادگی با گروه شاهد	-۲۱/۶۵۱	۰/۰۱۵
	GBA با گروه شاهد	-۰/۳۱/۹۱۲	۰/۰۰۰
پیگیری	GBA همراه با حمایت خانوادگی با GBA به تنهایی	۱۱/۷۹۴	۰/۴۲۹
	GBA همراه با حمایت خانوادگی با گروه شاهد	-۲۲/۶۷۵	۰/۰۱۶
	GBA با گروه شاهد	-۰/۳۴/۴۶۹	۰/۰۰۰



نمودار ۱. نحوه روند تغییر میانگین نمرات اضطراب در سه گروه طی سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

### بحث و نتیجه‌گیری

درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی و فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی همراه با حمایت خانوادگی هر دو در کاهش اضطراب اثربخش هستند. این یافته‌ها با نتایج دیگر مطالعات همسو است (۲۵-۲۳، ۱۸، ۱۶، ۱۴). یافته‌های این پژوهش‌ها به طور قابل توجهی حاکی از آن است که افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی بعد از برنامه‌های متعدد توان‌بخشی روانی یا جسمی عملکرد روانی اجتماعی و کیفیت زندگی آنان بهبود می‌یابد. این یافته‌ها را می‌توان این گونه تفسیر کرد که افراد دچار بیماری کرونری قلب دارای حالات اضطرابی هستند و با دریافت درمان در کنار حمایت اجتماعی در انواع گروه درمانی‌ها کاهش می‌یابد و عملکرد بهتری پیدا می‌کنند. از طرف دیگر نیز می‌توان استنباط کرد که بسیاری از بیماران کرونری قلب دارای مشکلاتی در زمینه ترس از پیامدهای بعدی بیماری هستند که این اضطراب‌های انتظاری با مداخلات روان‌شناختی قابل کنترل است.

از منظر دیگر، این مطالعه نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی همراه با حمایت خانوادگی در مقایسه با درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی در

کاهش اضطراب طی دو مرحله پیش‌آزمون و پیگیری اثربخشی بالاتری دارد. مطالعات دیگر به طور قابل توجهی حاکی از آن هستند که افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی که همراه یا بعد از برنامه‌های درمانی و توان‌بخشی از حمایت‌های اجتماعی در خانواده و اجتماع برخوردار بودند، اضطراب و آشفتگی‌های ذهنی آن‌ها با سرعت به سطوح طبیعی کاهش می‌یابد (۲۶، ۲۴، ۲۳، ۱۶، ۱۴، ۱۲). بنابراین، می‌توان گفت اثربخشی درمان در طولانی مدت بیانگر توانایی بیمار در اجرا و تمرین مهارت‌های رفتاری در بافتاری حمایت‌کننده است که این توانایی ماحصل دوره مناسب و کافی درمان روان‌شناختی به همراه محیط ایمن برای تداوم اثرات مثبت درمانی است. در مجموع نتایج کلی پژوهش بر اثربخشی استفاده همزمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی در کنار حمایت اجتماعی از جانب خانواده در کاهش اضطراب بیماران قلبی تأکید داشت و حاکی از آن بود که این درمان در کنار حمایت خانوادگی نیز می‌تواند از عود اضطراب در بیماران قلبی طی یک دروه حداقل ۴ ماهه پیش‌گیری نماید. در این زمینه حمایت خانواده اثر مهمی در تداوم اثرات مثبت درمان دارد. به علاوه، همان گونه که Koukouli و همکاران (۲۷) و

دارو مصرف می‌کردند و تفاوت گروه‌های آزمایش با شاهد در پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بوده است، به طور قطع اثربخشی درمان را می‌توان به عاملی خارج از درمان دارویی یعنی به مداخلات روان‌شناختی و حمایت اجتماعی نسبت داد. همچنین، متخصصین قلب برای بسیاری از بیماران CHD داروهای آرام‌بخش تجویز می‌کنند، عدم بررسی کامل این موضوع در این مطالعه به عنوان یک عامل مخدوشگر محدودیتی است که نیازمند بررسی در مطالعات آینده است. با توجه به این که نتایج پژوهش نشان داد که فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی و فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی همراه با حمایت اجتماعی به طور توأم در حد مطلوبی باعث کاهش اضطراب بیماران می‌گردد، پیشنهاد می‌شود که این نتایج مبنایی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی در بیماری‌های قلبی-عروقی قرار گیرند. همچنین، انجام مطالعه بر روی نمونه‌های بیشتری با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت نیز سودمند است.

با توجه به نتایج پژوهش، لزوم بهره‌گیری از مداخله‌های روان‌شناختی به دو دلیل ضروری به نظر می‌رسد. اول آن که عوامل روان‌شناختی به خصوص تجربه هیجان‌های منفی در تسریع و تداوم بیماری‌های قلبی نقش مؤثری دارند و پس از بروز بیماری و جراحی نیز بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر می‌گذارند، که حتی انگیزه بیماران را برای بهره‌گیری از دارودرمانی و تغییر سبک زندگی کاهش می‌دهند و از این رو مداخله در آن‌ها زندگی‌بخش خواهد بود. دوم این که، همراه ساختن مداخله‌های روان‌شناختی با درمان‌های طبی و برنامه‌های بازتوانی نتایج بهتری را در روند بهبود بیماری به ویژه کاهش آسفتگی هیجانی بیمار به بار خواهد آورد.

### سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی انجام گرفته است. بدین وسیله از کلیه حمایت‌های آن معاونت محترم تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

André-Petersson و همکاران (۱۹) معتقدند، برخورداری از حمایت خانوادگی به بهبود کیفیت زندگی بیمار منجر می‌شود و در نتیجه سطح اضطراب این بیماران به عنوان بعدی از ابعاد روان‌شناختی کیفیت زندگی کاهش می‌یابد.

طبق تبیینی دیگر در مورد این یافته‌ها، Rahe و همکاران اضطراب را به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل بازدارنده درمان بیماران قلبی به شمار ذکر کردند (۲۸). زیرا موجب اختلال در رفتار خودمراقبتی بیمار شده، انگیزه بیمار را برای ادامه درمان کاهش می‌دهد، زمینه تأخیر در روند بهبودی بیمار را پدید می‌آورد و احتمال عود بیماری را دوباره افزایش می‌دهد. بنابراین، مداخله در سطوح اضطراب مهم و رفع آن برای پیشرفت بیمار به سوی بهبودی اثربخش خواهد بود. بیشتر بیماران کرونری قلب که پس از جراحی زنده می‌مانند، به اندازه کافی بهبودی یافته، پس از چند هفته یا چند ماه زندگی عادی خود را از سر می‌گیرند. با وجود این آن‌ها همچنان به عنوان افراد در معرض خطر به شمار می‌روند. از این رو برای به دست آوردن بهبودی کامل و پرهیز از عود بیماری، باید طی چنین شیوه‌های درمانی، سبک زندگی ویژه‌ای از جمله اتخاذ راه‌بردهای مقابله‌ای سالم با هیجان‌های منفی نظیر اضطراب را در پیش گیرند و خود را با تغییرات این سبک ویژه سازگار کنند (۳۰، ۲۹).

این پژوهش واجد محدودیت‌های روش‌شناختی بوده است. محدود بودن جامعه پژوهش به بیماران کرونری قلب در شهر تهران، مطالعات مشابه اندک در داخل کشور، طرح مطالعه مقطعی با ابزارهای خودگزارشی از مهم‌ترین این محدودیت‌ها بودند و امید می‌رود که در مطالعات آینده رفع گردند. با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که برنامه تشخیصی و درمانی اضطراب در بیماران کرونری قلبی تنظیم و مورد استفاده قرار گیرد. نکته مهم دیگر این است که بیماران شرکت کننده در این طرح تحت درمان دارویی قرار داشتند و از این رو عدم بررسی تأثیرات دارویی یک محدودیت بوده است، پیشنهاد می‌شود که طی بررسی‌های آینده مطالعه شود. اما از آن جا که همه گروه‌ها



## References

1. Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Haase N, et al. Heart disease and stroke statistics-2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2008; 117(4): 25-146.
2. Albus C. Psychological and social factors in coronary heart disease. *Ann Med* 2010; 42(7): 487-94.
3. Aschbacher K, Mills PJ, Känel RV, Hong S, Mausbach BT, Roepke SK, et al. Effects of depressive and anxious symptoms on norepinephrine and platelet P-selectin responses to acute psychological stress among elderly caregivers. *Brain Behav Immun* 2008; 22(4):493-502.
4. Cohen BE, Panguluri 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. *Psychiatry Res* 2010; 175(1-2): 133-7.
5. Yu DS, Thompson DR, Yu CM, Pedersen SS, Denollet J. Validating the Type D personality construct in Chinese patients with coronary heart disease. *J Psychosom Res* 2010; 69 (2):111-8.
6. Menezes AR, Lavie CJ, Milani RV, O'Keefe J, Lavie TJ. Psychological risk factors and cardiovascular disease: is it all in your head? *Postgrad Med* 2011; 123(5): 165-76.
7. Janszky I, Ahnve S, Lundberg I, Hemmingsson T. Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56(1): 31-7.
8. Low CA, Thurston RC, Matthews KA. Psychosocial factors in the development of heart disease in women: current research and future directions. *Psychosom Med* 2010 ; 72(9): 842-54.
9. McKenzie LH, Simpson J, Stewart M. A systematic review of pre-operative predictors of post-operative depression and anxiety in individuals who have undergone coronary artery bypass graft surgery. *Psychol Health Med* 2010; 15(1): 74-93.
10. Barnes LB, Harp D, Jung WS. Reliability Generalization of Scores on the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Educ Psychol Meas* 2002; 62(4): 603-618.
11. Bankier B, Barajas J, Martinez-Rumayor A, Januzzi JL. Association between anxiety and C-reactive protein levels in stable coronary heart disease patients. *Psychosomatics* 2009; 50(4): 347-53.
12. Albus C, Beutel ME, Deter HC, Fritzsche K, Hellmich M, Jordan J. A Stepwise Psychotherapy Intervention for Reducing Risk in Coronary Artery Disease (SPIRR-CAD)- Rationale and design of a multicenter, randomized trial in depressed patients with CAD. *J Psychosom Res* 2011; 71(4): 215-22.
13. Olivo EL, Dodson-Lavelle B, Wren A, Fang Y, Oz MC. Feasibility and effectiveness of a brief meditation-based stress management intervention for patients diagnosed with or at risk for coronary heart disease: a pilot study. *Psychol Health Med* 2009; 14(5): 513-23.
14. Manzoni GM, Villa V, Compare A, Castelnovo G, Nibbio F, Titon AM. et al. Short-term effects of a multi-disciplinary cardiac rehabilitation programme on psychological well-being, exercise capacity and weight in a sample of obese in-patients with coronary heart disease: a practice-level study. *Psychol Health Med* 2011; 16(2): 178-89.
15. Janeway D. An integrated approach to the diagnosis and treatment of anxiety within the practice of cardiology. *Cardiol Rev* 2009; 17(1): 36-43.
16. Porter JF, Spates CR, & Smitham S. Behavioral Activation Group Therapy in public mental health settings: A pilot investigation. *Prof Psychol: Res Pract* 2004; 35: 297-301.
17. Hunnicutt-Ferguson K, Hoxha D, Gollan J. Exploring sudden gains in behavioral activation therapy for major depressive disorder. *Behav Res Ther* 2012; 50(3): 223-30.
18. Lache B, Meyer T, Herrmann-Lingen C. Social support predicts hemodynamic recovery from mental stress in patients with implanted defibrillators. *J Psychosom Res* 2007; 63(5): 515-23.
19. André-Petersson L, Engström G, Hedblad B, Janzon L, Rosvall M. Social support at work and the risk of myocardial infarction and stroke in women and men. *Soc Sci Med* 2007; 64(4): 830-41.
20. Ireland SE, Arthur HM, Gunn EA, Oczkowski W. Stroke prevention care delivery: predictors of risk factor management outcomes. *Int J Nurs Stud* 2011 ;48(2): 156-64.
21. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, & Sarason BR. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1983; 44: 127-139.
22. Schemitt MM. Effect of social support on substance abuse disorders [Ph.D Thesis]. University of Texas; 2005.
23. Bigdeli E, Rahimian boogar I. Effectiveness of group contracting and behavioral activation therapy on depression, anxiety and marital stress reduction in coronary heart disease. *J Clin Psychol* 2010; 4(8): 19-28. [In Persian].

24. Whalley B, Rees K, Davies P, Bennett P, Ebrahim S, Liu Z, et al. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 Aug 10; (8): CD002902.
25. Kaiam Nikooei Z, Yosefi AR, Manshaei GR. The effect of cognitive- behavioural educations on improvement of quality of life in cardiac patients. *Iranian. J Educ Med Sci* 2010; 26: 148-153.
26. Prior PL, Hachinski V, Unsworth K, Chan R, Mytka S, O'Callaghan C, et al. Comprehensive cardiac rehabilitation for secondary prevention after transient ischemic attack or mild stroke: I: feasibility and risk factors. *Stroke* 2011; 42(11): 3207-13.
27. Koukouli S, Vlachonikolis IG, Philalithis A. (2002). Sociodemographic factors and self-reported functional status: The significance of social support. *BMC Health Serv Res* 2002; 2(1): 20.
28. Rahe R, Word HW, Hayes V. Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: Three to four years follow-up of a controlled trial. *J Psychosom Med* 2003; 6: 349-358.
29. Kolman L, Shin NM, Krishnan SM, Schwartz S, Gracik T, Jackson EA, et al. Psychological distress in cardiac rehabilitation participants. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2011; 31(2): 81-6.
30. Haffey TA. How to avoid a heart attack: putting it all together. *J Am Osteopath Assoc* 2009; 109(5): 14-20.



## The comparison of group behavioral activation with and without familial support effectiveness on anxiety reduction in coronary heart disease

Ziaeh Ghaem-magham Farahani<sup>1</sup>, Isaac Rahimian Boogar<sup>2</sup>, Mahmood Najafi<sup>3</sup>, Akbar Foroeddin Adl<sup>4</sup>, Solmaz Dabiri<sup>5</sup>

### Abstract

**Aim and Background:** Anxiety is the most prevalent psychiatric symptom in patients with coronary heart disease. Untreated anxiety will result in adverse outcomes for these patients. This research aimed to compare the effectiveness of group behavioral activation with and without familial support on anxiety reduction in patients with coronary heart disease.

**Methods and Materials:** In a semi-experimental pretest-posttest design with a control group and follow-up, 59 married men with coronary heart disease were selected with convenient sampling. They were randomly assigned into two experimental groups and one control group. The participants completed the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Family Support Questionnaire (FSQ), and a demographic questionnaire in pretest phase, posttest phase, and follow-up phase. Treatments groups received therapeutic intervention in 7 sessions (once weekly) while the control group did not receive any intervention. All groups were followed for 6 months.

**Findings:** The results of repeated measures analysis of variance showed statistically significant differences between the therapeutic effectiveness of group behavioral activation therapy, group behavioral activation therapy with familial support, and the control group in anxiety reduction ( $P < 0.001$ ).

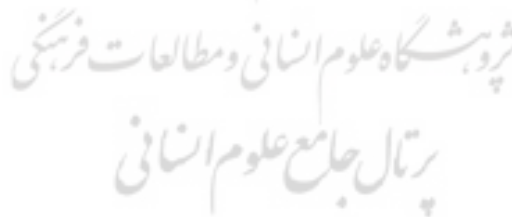
**Conclusions:** The effectiveness of group behavioral activation and social support on anxiety in patients with coronary heart disease would be valuable for clinicians and health professionals.

**Keywords:** Behavioral activation, Familial support, Anxiety, Coronary heart disease.

**Type of article:** Original

Received: 24.11.2011

Accepted: 22.04.2012



1. Assistant Professor, Department of Clinical Sciences, Welfare Sciences and Rehabilitation University, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran. (Corresponding Author)  
Email: eshaghrahimian@yahoo.com
3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.
4. M.A in Psychology, Welfare Sciences and Rehabilitation University, Tehran, Iran.
5. PhD Student, Department of Educational Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.