

تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر نشانه‌های افسردگی و اضطراب بیماران دچار سکتة قلبی

فرزانه شجاع‌الدینی^۱، *مجید کاظمی^۲، احمد علی پور^۳، محمد اورکی^۴

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران جنوب، تهران، ایران
۲. استادیار گروه داخلی و جراحی دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران.
۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسؤول: رفسنجان، خیابان جمهوری، دانشکده پرستاری و مامایی
پست الکترونیک: Dr.kazemi.n@rums.ac.ir

چکیده

مقدمه: اضطراب و افسردگی از عوامل زمینه‌ساز و پی‌آیند بیماری سکتة قلبی می‌باشد. برطرف شدن افسردگی و اضطراب این بیماران گام مهمی به منظور کاهش سکتة مجدد و ارتقای کیفیت زندگی می‌باشد

هدف: تعیین تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر اضطراب و افسردگی بیماران دچار سکتة قلبی

روش: این مطالعه تجربی، شامل ۳۰ بیمار بستری در بخش سی‌سی‌یو بود که به روش تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری شاهد و آزمون تقسیم شدند. گروه آزمون ده جلسه مداخله رفتاردرمانی شناختی به صورت انفرادی دریافت کردند و گروه شاهد تحت مداخله‌ای قرار نگرفت. برای هر دو گروه قبل و بعد از مداخله، پرسشنامه نشانه‌های اختلال روانی SCL-90 که افسردگی و اضطراب را نیز می‌سنجد، تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های مجذور کای، مان‌ویتنی، تی‌مستقل و تی‌زوج انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت کننده در این مطالعه $55/69 \pm 6/73$ سال بود که ۶۰٪ آنان را زنان تشکیل دادند. در مقایسه میانگین نمره افسردگی و اضطراب بین دو گروه قبل از درمان تفاوت دیده نشد؛ اما طبق آزمون آماری تی میانگین نمره افسردگی پس از مداخله در گروه شاهد $(1/2 \pm 0/38)$ بیشتر از گروه درمان $(0/7 \pm 0/33)$ بود ($p < 0/003$). همچنین میانگین نمره اضطراب در گروه شاهد پس از مداخله $(1/09 \pm 0/27)$ افزایش معنی داری نسبت به گروه آزمون $(0/63 \pm 0/27)$ داشته است ($p < 0/001$). گروه دریافت کننده رفتاردرمانی شناختی نشانه‌های اضطراب و افسردگی کمتری داشتند.

نتیجه‌گیری: مداخلات رفتاردرمانی شناختی به صورت انفرادی بر اضطراب و افسردگی بیماران سکتة قلبی موثر است.

کلیدواژه‌ها: رفتاردرمانی شناختی، اضطراب، افسردگی، سکتة قلبی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۸/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۰/۲۷

مقدمه

گزارش می‌کنند؛ بنابراین، روان‌درمانی و توان‌بخشی و حمایت اجتماعی از این بیماران نقش مهمی در کاهش تنش و بازگشت آن‌ها به فعالیت روزمره و عادی زندگی دارد (۹).

مطالعات نشان می‌دهد که افسردگی اثرات مستقیم بر سیستم قلبی عروقی می‌گذارد و با تغییراتی در آهنگ خودکار قلبی همراه است (۱۰). تقریباً ۲۵٪ بیماران دچار بیماری‌های ایسکمیک قلب افسردگی دارند. این افسردگی با افزایش مرگ‌ومیر همراه است (۱۱). آرتور (۲۰۰۶) نیز بیان می‌کند که بیماری عروق کرونر قلب با افسردگی، انزوای و حمایت اجتماعی ارتباط دارد و این ارتباط بین زنان و مردان متفاوت است (۱۲). رفتاردرمانی شناختی یکی از وسیع‌ترین اشکال قابل تحقیق در روان‌درمانی است (۱۰). رفتاردرمانی شناختی یک نگرش درمانی روان‌شناختی تثبیت شده است که در اختلالات و بیماری‌هایی نظیر افسردگی اساسی، اسکیزوفرنی، اضطراب، بی‌خوابی، سردرد، سرگیجه و بسیاری از بیماری‌های دیگر کاربرد دارد (۱۳).

اصطلاح رفتاردرمانی شناختی یا (Cognitive Behavior Therapy) CBT برای نخستین بار در ادبیات علمی در دهه ۱۹۷۰ به کار رفت و در مدت زمان کوتاهی، به یک روان‌درمانی پیشرو تبدیل شد. درمان شناختی- رفتاری متکی بر مدل‌های دربرگیرنده عوامل شناختی و رفتاری است. این درمان نتیجه سیر تکوینی رفتاردرمانی است که توسط پالوف پایه‌گذاری و به وسیله واتسون، ماورر، آیزنکوپپر توسعه یافت (۶).

مطالعات متعدد اثر روان‌درمانی بر اضطراب و افسردگی را مورد بررسی قرار دادند. در مطالعه‌ای تأثیر آرامش عضلانی و شناخت‌درمانی بر افسردگی و اضطراب بیماران پس از سکته قلبی اشاره شده است؛ که اعمال روش‌های درمانی بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی مؤثر است و روش آرامش عضلانی و شناخت‌درمانی علاوه بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی، نیاز به مصرف دارو را نیز کاهش می‌دهد (۹). شرفی (۱۳۷۲) نیز آرام‌سازی را بر اضطراب بیماران بعد از سکته قلبی مؤثر می‌داند (۱۴). یعقوبی نصرآبادی (۱۳۸۲) تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر کاهش افسردگی و اضطراب در مبتلایان به اختلالات خلقی را بررسی کرد و نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی بیماران بستری مؤثر بوده است (۱۵).

هر بیمار مایل به مصرف داروی ضدافسردگی روانی نمی‌باشد و مصرف دارو همراه با عوارض است. این عوارض می‌تواند برای بیماران قلبی خطرناک هم باشد؛ که این باعث افزایش مزیت استفاده از رفتاردرمانی شناختی نسبت به درمان دارویی در این بیماران می‌باشد (۱۶). پرستاران با پیشینه‌های مختلف و آموزش

بیماری‌های قلبی و عروقی شایع‌ترین اختلالات جدی در کشورهای توسعه‌یافته است. به طوری که در آمریکا سالانه ۱/۱ میلیون نفر این بیماری را تجربه می‌کنند و حدود ۳۰ درصد این افراد در اثر عوارض حاصل از این بیماری از بین می‌روند (۱). میزان شیوع به صورت پیشرونده با افزایش سن از ۵ درصد در سن ۲۰ سالگی به ۷۵ درصد در سن بالای ۷۵ سالگی افزایش می‌یابد (۲). این اختلالات با ۱۲ میلیون مرگ، علت اصلی مرگ در دنیاست که ۸۲ درصد از آن‌ها در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد و پیش‌بینی می‌گردد که این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۲۰ میلیون مرگ برسد. ایران نیز از این قاعده مستثنی نبوده و رتبه اول را در میزان مرگ و میر (۴۵/۳ درصد از کل میزان مرگ و میر) افراد بالای ۳۵ سال را داراست (۳). عوامل روان‌شناختی چندی در بروز اختلالات قلبی- عروقی شناسایی شده‌اند و هیجان‌های منفی به ویژه اضطراب و افسردگی نه تنها زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی- عروقی می‌باشد؛ بلکه بیماری قلبی نیز همین پاسخ‌ها را پدید می‌آورد (۴). اضطراب و افسردگی متعاقب سکنه قلبی شایع است (۵).

ارتباط بین قلب و روان پیوندی عمیق و دیرینه است. اکثر بیماری‌های قلبی آثار روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی به همراه دارند (۶). چنانچه نقش استرس در سبب‌شناسی و پایداری بیماری‌های قلبی را بپذیریم، بنابراین آموزش بیمار برای کنترل استرس و اضطراب می‌تواند به کاهش بیماری‌های قلبی کمک کند. اکنون که نظام مراقبت و درمان نوین به سوی حفظ و ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها تغییر مسیر داده است؛ پرستاران مسؤولیت بیشتری در قبال رفتارهای بهداشتی پیدا کرده‌اند؛ زیرا هدف حرفه پرستاری کمک به افراد برای دستیابی به حد مطلوب سلامتی است. پرستاران به دلیل حضور از طریق آموزش راه‌های مقابله با استرس در زمینه پیشگیری اولیه و ثانویه بیماری‌های عروق کرونر برای ارتقای سطح سلامت نقش مؤثری ایفا نمایند. این نقش‌ها در زمینه‌های آموزشی، مشاوره‌ای، رهبری و الگوبودن قابل اجراست (۷).

مطالعات نشان داده‌اند که اضطراب و استرس بیماران باعث پاسخ‌های قلبی نامطلوب می‌گردد و به صورت یک سیکل معیوب، موجب افزایش ضربان قلب و افزایش فشارخون و درد قفسه سینه و شکایات شایع دیگر می‌شود. همچنین ثابت شده است که افسردگی یک پیش‌بین قوی برای تکرار سکته قلبی است (۶). اضطراب پس از سکته قلبی یک مشکل روان‌شناختی شایع است که این میزان به ۵۰ درصد افراد دچار آنفارتکتوس میوکارد می‌رسد (۸). بیماران بعد از سکته، درجاتی از اضطراب را

تقسیم افراد به دو گروه آزمون و شاهد به روش تصادفی ساده از طریق تخصیص کد انجام شد؛ به این صورت که کدهای فرد به گروه آزمون و کدهای زوج به گروه شاهد اختصاص یافت. شرایط ورود به مطالعه نیز شامل متأهل بودن، تشخیص سکته قلبی، محدوده سنی ۴۰ تا ۶۵ سال، نداشتن سابقه بیماری روانی، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. در شروع ورود به مطالعه، برای هر فرد در دو گروه، چک لیست دموگرافیک و پرسشنامه نشانه‌های اختلال روانی تکمیل می‌شد و پس از توزیع تصادفی، برای گروه آزمون ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای مداخله رفتاردرمانی شناختی توسط محقق (آشنا به رفتاردرمانی شناختی) اجرا شد (شرح جلسات درمانی به ترتیب در جدول ۱). جلسات مداخله تک‌نفری بود؛ به این صورت که برای افراد گروه مداخله، زمان بندی جلسات به صورت انفرادی (یک روز در هفته به مدت ۱۰ هفته) صورت می‌گرفت. این مداخله در کلاسی در مجاور بخش سی‌سی‌یو انجام می‌شد. در گروه شاهد هیچ مداخله رفتاردرمانی شناختی صورت نمی‌گرفت؛ ولی درمان و مراقبت معمول را دریافت می‌نمودند. در نهایت، از هر دو گروه، یک بار دیگر پرسشنامه نشانه‌های اختلال روانی تکمیل گردید.

جمع‌آوری داده‌ها به وسیله پرسشنامه نشانه‌های اختلال روانی (SCL-90-R) صورت گرفت. این آزمون برای ارزشیابی علائم روانی که شامل ۹۰ پرسش می‌باشد؛ اولین بار برای نشان دادن جنبه‌های روان شناختی بیماران جسمی استفاده شده است. هر یک از پرسش‌های آزمون از یک طیف ۵ درجه‌ای میزان ناراحتی که از نمره صفر (هیچ) تا چهار (به شدت) می‌باشد، تشکیل شده است. نمرات به دست آمده بینانگر ۹ بعد از نشانه‌های بیماری است که ۲ بعد آن مربوط به افسردگی و اضطراب (۲۲ پرسش) است. طبق دستورالعمل ابزار، نمرات کل تقسیم بر تعداد پرسش‌های هر بعد شد که حداقل نمره کل صفر و حداکثر ۴ بود. مدت زمان لازم برای اجرای این تست حدود ۱۲ تا ۱۵ دقیقه است. این آزمون حالات فرد را از یک هفته قبل تا زمان حال مورد ارزشیابی قرار می‌دهد.

این پرسشنامه در گروه‌های زیادی از جمله بیماران سرطانی، ناتوانی‌های جنسی و مبتلایان به بیماری‌های قلبی و بیماری‌های شدید جسمی به عنوان یک ابزار سرنیدی و تشخیصی بکار رفته است (۱۹). روایی این ابزار در جمعیت ایرانی با ضریب آلفای کرونباخ مربوط به اضطراب ۰/۷۸ و افسردگی ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۰). نتایج پژوهش دیگران نیز حاکی از روایی هم‌زمان و اعتبار به روش بازآزمایی مناسب این ابزار در جمعیت ایرانی است (۲۱ و ۲۲). همچنین حساسیت این ابزار ۹۰ درصد گزارش شده است (۱۹).

می‌توانند رفتاردرمانی شناختی را به شایستگی ارایه دهند (۱۷). حال، با توجه به این که اضطراب و افسردگی از عوامل زمینه‌ساز و پی‌آیند بیماری سکته قلبی می‌باشد و استفاده از دارو برای برطرف شدن افسردگی و اضطراب در این بیماران می‌تواند همراه با عوارضی باشد؛ بنابراین، یافتن راهکاری برای کاهش اضطراب و افسردگی بدون استفاده از دارو در بیماران سکته قلبی، گام مهمی به منظور کاهش سکته مجدد و زندگی بدون اضطراب و افسردگی می‌باشد.

بنابراین، پژوهشگران بر آن شدند تا تأثیر یک روش روان‌درمانی که به نام رفتاردرمانی شناختی نامیده می‌شود را بر اضطراب و افسردگی بیماران دچار سکته قلبی ارزیابی نمایند. این شیوه درمانی تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است؛ به همین سبب، نام آن را رفتاردرمانی شناختی نامیده‌اند. در این نوع شیوه درمانی، به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتار ناکارآمد خود را تغییر دهد. برای این کار، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود. در جنبه‌هایی از درمان، به طور عمده تأکید بر جنبه رفتاری و در جنبه‌های دیگر شناختی است.

در مطالعات اندکی، رفتاردرمانی برای درمان اضطراب و افسردگی به صورت هم‌زمان و در ۱۰ جلسه انجام شده است. در بیشتر مطالعات، از شناخت‌درمانی یا ریلکسیشن یا هر دو، به منظور درمان یکی از این دو اختلال (اضطراب و افسردگی) استفاده شده است؛ و یا اگر هر دو اختلال به صورت توأم ارزیابی گردیده، فقط از شناخت‌درمانی یا ریلکسیشن استفاده شده است. بنابراین، پژوهشگر خواستار انجام یک روش درمانی جامع بر روی هر دو اختلال به مدت ۱۰ جلسه شد.

روش‌ها

این مطالعه تجربی بر روی جامعه بیماران دچار سکته قلبی بستری در بخش سی‌سی‌یو که به صورت داوطلبانه و با رضایت آگاهانه شرکت داشتند در سال ۱۳۹۰ انجام گردید. جامعه آماری شامل تمام بیماران با تشخیص سکته قلبی بستری در بخش سی‌سی‌یو بیمارستان علی‌ابن‌ابیطالب شهر رفسنجان بود. تعداد افراد این مطالعه ۳۰ نفر بود. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت پی‌درپی بود و افرادی که دارای ویژگی‌های ورود به مطالعه بودند؛ به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. زمانی که حجم نمونه به ۱۵ نفر به ازای هر گروه رسید، اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده گردید؛ و پس از آن، از ورود افراد بیشتر به مطالعه اجتناب شد و چنین استنتاج گردید که روش مشاوره مورد نظر در این مطالعه، مؤثر بوده است و اضافه نمودن افراد، ارزشی بیش از نتیجه بدست آمده نخواهد داشت (۱۸).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و برای بررسی همگنی دو گروه از

آزمون‌های آماری مجذورکای، مان‌ویتنی و همچنین برای مقایسه درون گروهی و بین گروهی از آزمون‌های تی‌زوج و تی‌مستقل با سطح اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد.

جدول ۱: شیوه اجرای رفتاردرمانگری شناختی در گروه آزمون

جلسه	توضیحات
جلسه اول	معارفه، برقراری ارتباط اولیه، مفهوم‌سازی مجدد مسأله و ارزیابی اولیه از لحاظ وضعیت روان‌شناختی
جلسه دوم	اطلاع‌رسانی در باره اثربخشی رفتاردرمانگری شناختی، ارائه توضیحاتی در باره تنیدگی، اضطراب و افسردگی، سپس آموزش تنفس شکمی و تنفس آهسته و تنفس عمیق به بیمار و تمرین آموزش انجام آرمیدگی پیش‌رونده، تعیین تکالیف برای بیماران تنفس شکمی و آرامش پیش‌رونده برای ۲۰ دقیقه در روز تا جلسه بعد.
جلسه سوم	اطلاع‌رسانی در باره اثرات روان‌شناختی بر بیماری و نقش عوامل روان‌شناختی بر هیجان‌ها و تجربیات حسی در این دوره و آموزش شناسایی افکار منفی.
جلسه چهارم	مروری کوتاه بر جلسه قبلی، انجام آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه، خواندن افکار منفی یادداشت شده توسط بیماران و جایگزینی افکار منطقی با افکار غیرمنطقی، نظرخواهی از بیمار و بحث در باره آن‌ها.
جلسه پنجم	مرور کوتاه بر جلسه قبلی و مرور تکالیف با کمک خود بیمار، آموزش تشخیص ۱. هیجان‌های ناخوشایند؛ ۲. موقعیتی که این هیجان‌ها در آن اتفاق می‌افتند؛ ۳. افکار خوشایند مربوط به آن هیجان‌ها، ترسیم جدول افکار خوشایند و پاسخ منطقی برای آن‌ها و خواستن از بیمار برای انجام تکالیف طبق آن.
جلسه ششم	یادآوری و مرور جلسه قبل، انجام عمل تن‌آرامی و تنفس عمیق و بررسی تکالیف بیمار و بیان تجارب و احساسات بیماران دیگر با بیمار، بررسی هیجان‌های ناخوشایند، موقعیت‌های آن‌ها و افکار خوشایند و سنجش میزان تسلط بیمار بر روش‌های یاد گرفته شده در جلسات قبل
جلسه هفتم	مرور و یادآوری جلسه قبل، انجام آرامش عضلانی و تنفس شکمی، بررسی تکالیف بیمار، آموزش مهارت‌های حل مسأله به بیمار، بیان احساسات توسط بیمار و بحث در مورد آن‌ها و بیان این که طی این جلسات تغییری در وضعیت خود احساس کرده است یا نه؟ ارائه تکالیف منزل
جلسه هشتم	مرور جلسه قبلی، ادامه آموزش مهارت‌های حل مسأله با ذکر مثال‌هایی از بیماران دیگر، آموزش شناسایی افکار منفی و چگونگی غلبه بر آن‌ها و ذکر عواملی که باعث تشدید و تداوم نشانه‌های روان‌شناختی شده و چگونگی کنترل آن‌ها همراه با ارائه تکالیف
جلسه نهم	مرور و یادآوری جلسه قبل، ادامه آموزش شناسایی افکار خودآیند منفی و نحوه کنترل آن‌ها، بررسی نحوه استفاده بیمار از تکنیک حل مسأله، دادن تکالیف برای جلسه آینده.
جلسه دهم	مرور کوتاه بر جلسه قبلی، اطمینان بخشی به بیمار مبنی بر سودمندی این مهارت‌ها در برخورد با بیماری و سایر مشکلات و بررسی مجدد از لحاظ وضعیت روان‌شناختی

یافته‌ها

در مقایسه بین گروه آزمون و شاهد از نظر جنس، تحصیلات، شغل و محل سکونت تفاوت آماری دیده نشد. همچنین از نظر میانگین سنی (میانگین سنی گروه شاهد $56/4 \pm 6/2$ و گروه آزمون $55/4 \pm 6/6$ سال) و از نظر مقدار آزمایشات تری‌گلیسرید و کلسترول و ال‌دی‌ال و اچ‌دی‌ال تفاوت آماری بین دو گروه دیده نشد. همچنین در مقایسه دو گروه آزمون و شاهد از نظر عوامل خطر، آزمون‌های آماری نیز چنین نشان داده شد که از عوامل خطر دیابت، فشارخون، هیپرلیپیدمی، سیگارکشیدن، اعتیاد و نیز نوع سکنه قلبی هیچ تفاوت آماری معناداری را با هم نداشتند (جدول ۲).

در بررسی مقایسه میانگین نمره نشانه‌های افسردگی بین دو گروه، چنین بدست آمد که دو گروه قبل از درمان با هم هیچ تفاوت معنی‌داری نداشتند و اما در مقایسه بین دو گروه بعد از درمان، چنین بدست آمد که میانگین نمره افسردگی در گروه شاهد $(1/2 \pm 0/38)$ به شکل معنی‌داری بیشتر از گروه درمان $(0/7 \pm 0/33)$ بود ($P < 0/003$). همچنین در مقایسه میانگین نمره افسردگی در هر گروه، قبل از درمان، آزمون آماری تی‌زوج نشان داد که نمره افسردگی گروه مداخله به شکل معنی‌داری کاهش یافته بود ($P < 0/001$)؛ به طوری که گروه

میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه $55/69 \pm 6/73$ سال بود که در محدوده سنی ۴۲ تا ۶۵ سال بوده است. ۱۸ نفر (۶۰ درصد) از افراد شرکت‌کننده در این مطالعه را مردان و از نظر تحصیلات ۱۵ نفر (۵۰ درصد) آنها تحصیلات در حد زیردیپلم و ۱۰ نفر (۳۳/۳ درصد) تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. از نظر شغل، ۱۰ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای شغل آزاد، ۹ نفر (۳۰ درصد) کارمند و ۱۱ نفر (۳۶/۷ درصد) نیز خانه‌دار بوده‌اند. کلیه واحدهای نمونه متأهل و ۱۷ نفر (۵۶/۷ درصد) شهرنشین و ۱۳ نفر (۴۳/۳ درصد) ساکن روستا بودند. از نظر عوامل خطر مورد بررسی، ۱۴ نفر (۴۶/۷ درصد) وجود عامل خطر دیابت، ۲۰ نفر (۶۶/۷ درصد) عامل خطر فشارخون، ۱۸ نفر (۶۰ درصد) دچار هیپرلیپیدمی و ۱۶ نفر (۵۳/۳ درصد) سیگارکشیدن و ۹ نفر (۳۰ درصد) اعتیاد به مواد مخدر را ابراز داشتند. از نظر نوع سکنه قلبی، ۱۵ نفر (۵۰ درصد) دچار سکنه قلبی ناحیه تحتانی قلب، ۳ نفر (۱۰ درصد) سکنه قلبی در ناحیه خلفی، ۸ نفر (۲۶/۷ درصد) سکنه قلبی وسیع، ۲ نفر (۶/۷ درصد) ناحیه کناری و ۲ نفر (۶/۷ درصد) نیز ناحیه قدامی قلب بودند.

نشانه‌های اضطراب بین گروه مداخله و شاهد قبل از درمان، آزمون تی مستقل تفاوت معنی‌دار نشان نداد. اما مقایسه میانگین نمره اضطراب بعد از درمان بین دو گروه تفاوت نشان داد؛ به طوری که گروه مداخله از میانگین نمره کمتری ($0/63 \pm 0/27$) نسبت به گروه شاهد ($1/09 \pm 0/27$) برخوردار بودند و آزمون تی مستقل اختلاف معنی‌دار را نشان داد ($p < 0/001$).

جدول ۴: مقایسه میانگین نمرات اضطراب بین دو گروه و درون

نتایج آزمون تی مستقل	گروهی		گروه نشانه‌ها
	آزمون SD Mean±	کنترل SD Mean±	
P=0.6	۱,۰۳±۰,۴۳	۰,۹۶±۰,۳۲	اضطراب قبل
P=0.000	۰,۶۳±۰,۲۷	۱,۰۹±۰,۲۷	اضطراب بعد
	P<0.05	P>0.05	آزمون آماری تی‌زوج در هر گروه

همچنین نمرات اضطراب قبل با بعد از درمان در هر گروه به طور جداگانه مقایسه شد. آزمون آماری تی‌زوج نشان داد که میانگین نمرات نشانه‌های اضطراب در گروه شاهد، قبل ($0/96 \pm 0/32$) با بعد از درمان ($1/09 \pm 0/27$) تفاوت معنی‌دار نداشت. اما در گروه آزمون، میانگین نمرات قبل از درمان ($1/03 \pm 0/43$) بیش از بعد از درمان ($0/63 \pm 0/27$) بوده است که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بوده است ($p < 0/001$) (جدول ۴).

بحث

طبق نتایج پژوهش حاضر، برنامه رفتاردرمانی شناختی باعث کاهش اضطراب و افسردگی بیماران سکنه قلبی شده است. با توجه به اینکه افسردگی و اضطراب بیماران سکنه قلبی تحت تاثیر تعدادی عوامل واسطه‌ای مانند جنس، سن، شغل، سطح سواد و عوامل دیگر قرار دارد (۲۳)؛ به این منظور، دو گروه از نظر این عوامل مقایسه شد؛ که تفاوت معنی‌دار دیده نشد و دو گروه همگن بودند. اولین هدف در پژوهش‌های آزمایشی، کنترل تمام متغیرهایی است که با موقعیت‌های آزمایشی ارتباط دارند (۲۴). روح‌افزا (۱۳۸۵) در مطالعه خود تاثیر کلسترول، تری‌گلیسرید، LDL و HDL بر اختلال افسردگی و اضطراب را مؤثر دانسته است (۲۵). در این مطالعه دو گروه مشابه بودند؛ بنابراین، نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند ناشی از تأثیر مداخله باشد.

نتیجه مطالعه حاضر نشان‌دهنده تأثیر مثبت رفتاردرمانی شناختی بر افسردگی بیماران سکنه قلبی است. مطالعات پیشین لزوم مشاوره هم‌زمان روان‌پزشکی و مراقبت بین‌بخشی در کاهش

درمان بعد از مداخله از میانگین نمره کمتری ($0/7 \pm 0/33$) نسبت به قبل از درمان ($1/1 \pm 0/42$) برخوردار بود (جدول ۳).

جدول ۲: مقایسه توزیع فراوانی متغیرها بین دو گروه آزمون و شاهد

متغیرها	گروه شاهد		گروه آزمون		نتایج آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
جنس	زن	۶	۶	۴۰	p=0.6	
	مرد	۹	۹	۶۰		
تحصیلات	زیر دیپلم	۷	۴۶.۶	۸	۵۳.۳	p=0.4
	دیپلم	۳	۲۰	۲	۱۳.۳	
	بالای دیپلم	۵	۳۳.۴	۵	۳۳.۴	
	آزاد	۴	۲۶.۷	۶	۴۰	
شغل	کارمند	۵	۳۳.۳	۴	۲۶.۷	p=0.7
	خانه دار	۶	۴۰	۵	۳۳.۳	
سکونت	روستا	۵	۳۳.۳	۸	۵۳.۳	p=0.2
	شهر	۱۰	۶۶.۷	۷	۴۶.۷	
دیابت	دارد	۸	۵۳.۳	۶	۴۰	p=0.3
	ندارد	۷	۴۶.۷	۹	۶۰	
پرفشاری خون	دارد	۹	۶۰	۱۱	۷۳.۳	p=0.3
	ندارد	۶	۴۰	۴	۲۶.۷	
هیپرلیپیدی	دارد	۸	۵۳.۳	۱۰	۶۶.۷	p=0.3
	ندارد	۷	۴۶.۷	۵	۳۳.۳	
مصرف سیگار	دارد	۸	۵۳.۳	۸	۵۳.۳	p=0.6
	ندارد	۷	۴۶.۷	۷	۴۶.۷	
اعتیاد به تریاک	دارد	۵	۳۳.۳	۴	۲۶.۷	p=0.5
	ندارد	۱۰	۶۶.۷	۱۱	۷۳.۳	
نوع سکنه	تحتانی	۷	۴۶.۷	۸	۵۳.۳	p=0.9
	خلفی	۲	۱۳.۳	۱	۶.۷	
	وسیع	۴	۲۶.۶	۴	۲۶.۶	
	کناری	۱	۶.۷	۱	۶.۷	
قدامی	۱	۶.۷	۱	۶.۷		

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات افسردگی بین دو گروه و درون گروهی

گروه نشانه‌ها	کنترل		آزمون		نتایج آزمون تی مستقل
	SD Mean±	SD Mean±	SD Mean±	SD Mean±	
افسردگی قبل	۰,۵	۱,۰۸ ±	۰,۴۲	۱,۱ ±	P=0.05
افسردگی بعد	۰,۳۸	۱,۲ ±	۰,۳۲	۰,۷ ±	P=0.003
آزمون آماری تی‌زوج در هر گروه	P>0.05	P<0.05			

اما در بررسی تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر اضطراب بیماران سکنه قلبی نتایج چنین نشان داد که در مقایسه میانگین نمره

گروهی، افراد را تشویق نمود تا در زمینه تغییر افکار و در نهایت، احساس خود تلاش کنند و در پایان برنامه آموزش، بیماران توانستند به شناخت، بینش و تغییر نگرش در باره افکار و احساسات و هیجان‌های خود دست یابند.

این مطالعه هم چون سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌ها و نواقصی است که باید یافته‌های این مطالعه را در این چارچوب نگریست. محدودیت حجم نمونه و جامعه‌ای (بیماران سکت قلبی شهر رفسنجان) که نمونه از آن انتخاب گردید، تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش را محدود می‌سازد. به همین دلیل، در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، با بهره‌گیری از دیگر برنامه‌های روان‌شناختی، برای تغییر و اصلاح نظام رفتاری بیماران، روان‌درمانی روی علائم بیماری قلبی و سایر بیماری‌های جسمی و با نمونه بزرگ‌تر انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر این است که مداخلات رفتاردرمانی شناختی به صورت انفرادی بر اضطراب و افسردگی بیماران سکت قلبی مؤثر بوده است و در این زمینه می‌تواند به عنوان راهنما در راستای روش‌های نوین و کارآمد برای درمانگران مددکاران اجتماعی، روان‌پرستاران و پرستاران به کار برده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شورای پژوهشی دانشگاه پیام نور مرکز تهران به دلیل تصویب پایان‌نامه و همچنین از کلیه بیمارانی که در این پژوهش شرکت داشتند و مسؤولین و کارکنان بیمارستان علی‌ابن‌ابیطالب (ع) رفسنجان که همکاری لازم را در انجام این پژوهش داشتند تشکر و قدردانی نمایند.

افسردگی بعد از سکت قلبی را مؤثر دانسته‌اند (۲۶ و ۲۷). لن و همکاران (۲۰۰۵) نیز طی پژوهشی نشان دادند که با انجام مداخلات روان‌شناختی می‌توان باعث کاهش میزان افسردگی و حتی تغییر سبک زندگی بیماران قلبی شد (۲۸). همچنین رنجبر (۱۳۸۹) نیز در مطالعه خود تأثیر رفتاردرمانی شناختی به شیوه گروهی بر میزان افسردگی بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره طی ۸ جلسه گروه‌درمانی را مؤثر دانسته است (۲۹). رفتاردرمانی شناختی با تغییر الگوهای فکری توانسته رفتار افراد تحت مداخله را اصلاح کند و افسردگی آن‌ها را کاهش دهد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که رفتاردرمانی شناختی بر کاهش اضطراب بیماران سکت قلبی مؤثر بوده است. شیخ‌الاسلام (۱۳۸۳) تأثیر گروه‌درمانی بر کاهش اضطراب در مبتلایان به سکت قلبی مؤثر دانسته است (۳۰). جاریانی (۱۳۹۰) نیز تأثیر آرام‌سازی پیشرونده عضلانی بر اضطراب بیماران سکت قلبی را بررسی کرده و بیان می‌دارد که نمره اضطراب در گروه مداخله بعد از به‌کارگیری تکنیک آرام‌سازی پیشرونده نسبت به روز قبل از انجام تکنیک و همچنین مقایسه با گروه شاهد، کاهش چشمگیری داشته است (۳۱). از آنجا که آرام‌سازی پیشرونده عضلانی نیز جزیی از رفتاردرمانی شناختی می‌باشد؛ نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

حمید (۱۳۸۲) که تأثیر آرامش عضلانی و شناخت‌درمانی بر افسردگی و اضطراب در دو گروه از بیماران پس از سکت قلبی پرداخته است؛ نتیجه‌گیری می‌کند که نتایج حاصل حاکی از تأثیر روش آرامش عضلانی و شناخت‌درمانی بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سکت قلبی است. او همچنین بیان می‌کند که با انجام این روش‌ها حتی می‌توان نیاز به مصرف دارو در این بیماران را کاهش داد و از روش‌های غیردارویی استفاده کرد (۹). از آن جا که شناخت‌درمانی و آرامش عضلانی از اجزای رفتاردرمانی شناختی است؛ می‌توان استدلال کرد که نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همسو می‌باشد.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که یک مداخله نسبتاً کوتاه‌مدت شناختی رفتاری می‌تواند منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران کرونری قلب گردد. با توجه به این که این عوامل با افزایش خطر بروز بیماری‌های عروق کرونر ارتباط دارد؛ کاهش در میزان آن‌ها ممکن است پیامدهای مطلوبی نیز داشته باشد. با توجه به این که سرچشمه اضطراب و افسردگی در فرد اندیشه‌های اوست؛ پژوهشگر با هدایت بیماران در راستای شناخت افکار خود برای هر فرد به عنوان نمونه‌ای مستقل به علائم و ویژگی‌های شخصی جداگانه و به دور از تأثیر عوامل

References

1. Van Spall, H. G. C., A. Chong, et al. (2007). Inpatient Smoking-Cessation Counseling and All-Cause Mortality in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Am Heart J.* 154(2):213-20
2. Boroujerdi ZS, saddle maker H. Harrison's Principles of Internal Medicine, Cardiovascular Disease. Theran, Boshra. 2010 (Persian).
3. Biranvand, MR. Lrvnd, A. Alipour Parsa, S and et al. Quality of Life in Latients after a First Acute Myocardial Infarction. *Inquiring and March 2011* (Persian).
4. Nemati Sogolitappeh,f, Mahmood Aliloo,m, Babapur Kheyroddin j . Toufan Tabrizi m. Effectiveness of Group Life Skills Training on Decreasing Anxiety and Depression among Heart Patients, after Bypass Surgery Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, Vol. 15, No. 1, Spring 2009, 50-56 (Persian)
5. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY (2000). Effects of Depression and Anxiety on Mortality and Quality-of-Life 4 Months after Myocardial Infarction. *J Psychosom Res.*; 49(4):229-38.
6. Clarke, David M, Christopher J. Cognitive Behavior Therapy. Translation by Kaviani H, October 2008 Mining, pp. 495(Persian).
7. Dehkordi Hassanpour A, Afzali M. Stress and Coping Strategies in Patients with Myocardial Infarction Admitted to Hospitals in Tehran University of Medical Sciences. Number 1, spring 2008, pp. 15-20 (Persian).
8. Tofighiyan T. Najar L. Akabery A. Shegarf nakhaee MR. Effect of Individual Counseling on Quality of Life in Patients with Myocardial Infarction. *Sabzevar University of Medical Sciences Winter 2010.* 206 - 12: (4) (Persian).
9. Hamid N. Effect of Relaxation Therapy on Anxiety and Cognition in Patients with Myocardial Infarction University Hospitals Ahvaz Medical in 2004. *Hormozgan Medical Journal: Eleven years.* Number One. Spring 2008. 39 (Persian).
10. Tousoulis, D., A. Drolias, et al. (2009). Ant Depressive Treatment as a Modulator of Inflammatory Process in Patients with Heart Failure: Effects on Proinflammatory Cytokines and Acute Phase Protein Levels. *Int J Cardiol.* May 15; 134(2):238-43.
11. Rivelli, S. and Jiang, W (2007). Depression and Ischemic Heart Disease: What Have We Learned from Clinical Trials? *Curr Opin Cardiol.* Jul; 22(4):286-91.
12. Arthur, H. M. (2006). Depression, Isolation, Social Support, and Cardiovascular Disease in Older Adults. *J Cardiovasc Nurs.*; 21(5 Suppl 1):52-7.
13. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. (2006). The Empirical Status of Cognitive-Behavioral Therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 26(1): 17-31.
14. Sharafi f. The Effect of Relaxation on Anxiety in Myocardial Infarction Patients Admitted to the Cardiac Intensive Care Unit at the University of Hospitals in 1994, Master's thesis of Nursing. Tarbiat modares University. 1994.(Persian).
15. Yaeghoobi Nasrabadi, M., M. Atefvahid, et al. (2003). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Reducing the Level of Depression and Anxiety in Patients with Mood Disorder. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 9(2): 56-63. (Persian).
16. kavian H. Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy. Translated to Persian, mehre kavian co. Tehran. 2001. (Persian).
17. Smeltzer, S. and G. Brenda Bare B (2004). *Brunner & Suddarths Textbook of Medical-Surgical Nursing*, Philadelphia. Lippincott Co. p: 203.
18. Cochran, W. G. (2007). *Sampling Techniques*, John Wiley & Sons.
19. Fathi Ashtiani A, Dastani M, *Psychological Tests: Assessing Personality and Mental Health.* Tehran: Besat; 2012. (Persian).

20. Esmaeili, A. SCL-90-R Standardization of Testing and Comparing the Mental Health of Students at Tehran University to Provide Consulting Services. General Psychology Master's thesis. Allameh Tabatabai University. 1998. (Persian).
21. Mirzaei Roqieh. Evaluate and Test the Reliability of SCL-90. Master's thesis in clinical psychology. Institute of Psychiatry. 1981. (Persian).
22. Rezapour Muhammad. SCL-90-R Test Standardization on Students of Azad University, Shahid Beheshti and Chamran in Ahvaz, master's thesis. Allameh Tabatabai University. 1998. (Persian).
23. Salehi Sh, Safavi M and Vafaie M. Level of Anxiety and its Correlation with Some Individual Characteristics in Patients with Myocardial Infarction in Hospitals Related to Islamic Azad University, Tehran Medical Branch (2005-2006). Medical Science Journal of Islamic Azad University Tehran Medical Branch, 2008(Issue 2) (Persian).
24. Delavare A. Theoretical and Practical Research in the Humanities and Social Sciences. Tehran. Roshd: 2010. Pp: 131 (Persian).
25. Roohafza H, Sadeghi M, Attari A, Afshar H. Serum Lipids in Patients with Mixed Anxiety and Depressive Disorder. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. Year 10. No. 4. Winter 2007 (Persian).
26. Hosseini H, Tabibian, s. samarbakhsh, a. Prevalence and Factors Associated with Depressive Symptoms Following First Myocardial Infarction. Journal of inquiring, 2006. 0.317 Volume 10 - Issue 5, pp. 320 (Persian).
27. Beraghi n. tonkaboni h. vakili q. Prevalence and Treatment of Anxiety and Depression in Cardiac Patients Admitted to Hospital in 1382 Hormozgan Medical Journal, 2006, Volume 9, Issue 4, pp. 264 (Persian).
28. Lane DA, Chong AY, Lip GY (2005). Psychological Interventions for Depression in Heart Failure. Cochrane Database Syst Rev. 25 :(1).
29. Ranjbar F. Ashktorab T. dadgari A. Effectiveness of Cognitive - Behavioral Therapy on Depression in a Group Manner, Yazd University of Medical Sciences Journal August and September 2010 .306-99: (4) 18 (Persian).
30. Sheikholeslami F. Effects of Group Therapy on Depression in Patients with Myocardial Infarction in Selected Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services, 2005. Volume 11, No. 2, pp. 48. (Persian).
31. Jariani M. Effect of Progressive Muscle Relaxation on Anxiety in Patients with Myocardial Infarction. Lorestan University of Medical Sciences Journal. Volume XIII. No. 13. Fall 2011. (Persian).

The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Anxiety in Patients with Myocardial Infarction

Farzane Shojaaddin¹, *Majid Kazemi², Ahmad AliPour³, Mohamed Oraki⁴

1. MSc in Psychology Tehran Payam Noor University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor in nursing, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

3. Professor in Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

4. Assistant Professor in Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

* Corresponding author, Email: Dr.kazemi.n@rums.ac.ir

Abstract

Background: Anxiety and depression are both predisposing and consequent factor in patients with myocardial infarction (MI). Thus relief of anxiety and depression has an important role in reducing possibility of further MI and also quality of life promotion.

Aim: The aim of the current study was to determine the effect of cognitive behavioral therapy (CBT) on the anxiety and depression in patients with MI.

Methods: In this experimental study 30 patients, hospitalized in the CCU ward were randomly allocated into control (15) and experimental group (15). Subjects in experimental group underwent ten sessions of CBT interventions individually while the control group did not received any intervention. SCL-90 questionnaire which measures both depression and anxiety was completed for both groups in Pre-and post-intervention phases. Data analyzed using statistical tests of Chi-square, Mann-Whitney, and independent T-Test and paired T-Test.

Results: The mean age of participants was 55.69 ± 6.73 years of which 60% were women. The mean scores of depression and anxiety were not significantly different between two groups before treatment ($p > 0.05$). But t-test showed that mean depression score after intervention in the control group (1.2 ± 0.38) was significantly higher than the treatment group (0.7 ± 0.33). Similarly, the mean anxiety score in the control group (1.09 ± 0.27) was significantly higher than the experimental group (0.63 ± 0.27). The subjects who received CBT had fewer depression and anxiety symptoms.

Conclusion: Individual CBT intervention was effective in decreasing the anxiety and depression of MI patients.

Keywords: Cognitive therapy, Behavioral therapy, anxiety, depression, myocardial infarction

Received: 13/11/2012

Accepted: 16/01/2013