

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی ذهنی بیماران قلبی عروقی

سارا کریمی<sup>۱\*</sup>؛ کیوان کاکابرایی<sup>۲</sup>؛ کامران یزدانبخش<sup>۳</sup>؛ غلامرضا مرادی<sup>۴</sup>

### چکیده

زمینه: بیماری‌های قلبی عروقی جزو بیماری‌های مزمن است. این نوع بیماری‌ها به‌خاطر ماهیتی که دارند باعث کاهش سلامت روان در بیماران می‌شوند. بهزیستی ذهنی یکی از مؤلفه‌های اصلی کیفیت زندگی به‌شمار می‌رود و وجود آن برای داشتن یک زندگی شاد و سلامت روانی ضروری است. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی ذهنی بیماران قلبی عروقی انجام شد.

روش‌ها: از بین کلیه بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، که در اردیبهشت و خردادماه ۱۳۹۲ در بیمارستان تخصصی قلب امام علی (ع) کرمانشاه بستری بودند، ۲۳ نفر با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. مداخله شامل ۱۰ جلسه هفتگی (جلسات ۱/۵ ساعته) درمان شناختی رفتاری برای گروه آزمایش بود؛ درحالی‌که گروه کنترل فقط مراقبت‌های معمول پزشکی دریافت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای رضایت از زندگی (دینر، ۱۹۸۵) و برنامه عاطفه مثبت و منفی (واتسون، ۱۹۸۸) استفاده گردید. یافته‌ها توسط آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نمره رضایت از زندگی و عاطفه مثبت در گروه آزمایش به‌طور معناداری ( $P < 0/05$ ) افزایش یافت. همچنین کاهش معنادار نمره عاطفه منفی در همین گروه مشاهده شد ( $P < 0/05$ ).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری باعث افزایش بهزیستی ذهنی در بیماران قلبی عروقی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، بهزیستی ذهنی، بیماران قلبی عروقی

«دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۷ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۳»

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه

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

۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه

۴. گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

\*عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه، تلفن: ۰۹۱۸۸۳۹۲۰۱۶

Email: karimi.sara110@yahoo.com

### مقدمه

حاد به‌عنوان عوامل خطر ساز پیدایش و تظاهر بیماری‌های کرونری محسوب می‌شوند. عاطفه منفی در معنای کلی آن، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و حمایت اجتماعی اندک، رابطه معناداری با هر یک از عوامل روان‌شناختی مذکور دارند و برخی پژوهشگران معتقدند خصوصیات اخیر شاخص‌های مناسب‌تری از خطرات روان‌شناختی محسوب می‌شوند (۳). همه این علایم و عوارض، اثرات متفاوت و قابل توجهی بر کارایی و کیفیت زندگی فرد

امروزه مهم‌ترین معضل سلامتی در همه کشورهای جهان از جمله کشور ما ایران، تغییر الگوی مرگ و میر بیماری به بیماری‌های مزمن است. بیماری‌هایی مانند مشکلات قلبی به‌ویژه فشارخون، سرطان و دیابت، نه تنها درمان قطعی ندارند، بلکه بر ذهن و رفتار و سبک زندگی بیمار اثرات قابل ملاحظه‌ای می‌گذارند (۱ و ۲). افسردگی، اضطراب، رفتار نوع A، خصومت، خشم و استرس روانی

سلامت روان تأثیر دارند به راه می‌اندازند (۱۶). به همین دلیل درمان‌های امروزی باید متمرکز بر اصلاح و تغییر کیفیت زندگی، گسترش توانمندی‌ها، ایجاد رضایت از زندگی و در نهایت ارتقای بهزیستی ذهنی در افراد باشد. یکی از روش‌هایی که امروزه در کنار درمان‌های پزشکی به کار می‌رود، درمان شناختی رفتاری (CBT) است. این شیوه درمانی از تلفیق رویکردهای شناختی و رفتاری به وجود آمده است (۱۷). Pillai (۲۰۱۲)، عنوان می‌کند که این روش درمانی ممکن است درمان روانی مؤثر برای افسردگی اساسی در میان همسران بیماران مبتلا بر سرطان باشد (۱۸). اثربخش بودن روش درمانی شناختی رفتاری بر افزایش بهزیستی ذهنی در زنان نابارور (۱۹)؛ کاهش اضطراب و علائم تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۲۰)؛ ارتقای حالات عاطفی (۲۱)، بهزیستی ذهنی و امید (۲۲) در مبتلایان به ام اس؛ افزایش سلامت عمومی در مبتلایان به آسم (۲۳) و کاهش پیامدهای پزشکی (۲۴) و نشانه‌های افسردگی و اضطراب (۲۵) در بیماران دچار سکته قلبی، بررسی و به اثبات رسیده است.

با توجه به این که اثربخش بودن این روش درمانی بر اکثر مشکلات روان‌شناختی بررسی و ثابت شده و تا به حال در جامعه هدف اثربخشی آن بر بهزیستی ذهنی بیماران قلبی، بررسی نشده است، بنابراین پژوهش حاضر در صدد آن است تا این مسأله را مورد بررسی قرار دهد.

### مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع کاربردی و شیوه انجام آن شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بود، که در اردیبهشت و خردادماه ۱۳۹۲ در بیمارستان تخصصی قلب امام علی (ع) کرمانشاه بستری بودند و بیماری قلبی آن‌ها محرز گردیده بود. معیار تشخیص بیماری قلبی عروقی، تشخیص مندرج در پرونده پزشکی بیمار توسط متخصص

می‌گذارد. شدت یافتن این علائم، ناتوانی را برای این افراد به همراه خواهد داشت که مزید بر ناتوانی ناشی از علائم جسمی آن‌ها می‌باشد (۴). بررسی‌ها نشان داده‌اند که انفارکتوس میوکارد (MI) اثرات منفی بر کیفیت زندگی بیماران داشته و معمولاً بیماران با آنزین صدری و یا سایر علائم قلبی، کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش می‌کنند (۵ و ۶). براساس مطالعات Taylor (۲۰۱۰) و Riso و همکارانش (۲۰۰۲)، افسردگی می‌تواند در بروز بیماری کرونری قلب و بدتر شدن پیش‌آگهی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی مؤثر باشد (۷ و ۸). محققان در بررسی‌ها به این نتیجه رسیدند که میزان اضطراب در بین بیماران قلبی عروقی زیاد است (۹) و در صورت عدم درمان، خطر رویداد قلبی بعدی را افزایش می‌دهد (۱۰).

یکی از مفاهیم مهم در کیفیت زندگی افراد، مفهوم بهزیستی ذهنی می‌باشد که با شادکامی رابطه دارد (۱۱) و (۱۲). پاره‌ای از بررسی‌ها، بهزیستی ذهنی را ارزیابی فرد از زندگی خویش، در دوره‌های زمانی حال و گذشته می‌دانند. این ارزشیابی شامل واکنش هیجانی فرد به حوادث و قضاوت‌هایی است که وی درباره رضایت از زندگی خود ارائه می‌دهد (۱۳). نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که رضایت از زندگی و سایر شاخص‌های سازگاری مثبت می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی برای میزان ناسازگاری هیجانی (افسردگی و اضطراب) در مردان دارای بیماری‌های قلبی باشد (۱۴). بهزیستی ذهنی دارای دو مؤلفه عاطفی و شناختی است. بُعد عاطفی بهزیستی یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی و بُعد شناختی یعنی ارزیابی افراد از میزان رضایت از زندگی. امروزه پژوهشگران معتقدند که ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی، انسان‌ها را به سمت موفقیت بیشتر در زندگی، سلامت بهتر، ارتباط اجتماعی حمایت‌گراانه سالم‌تر و در نهایت سلامت روانی و جسمی بالاتری رهنمود می‌سازد (۱۲ و ۱۵). همچنین عاطفه مثبت و منفی، مکانیسم‌های فکری متفاوتی را که بر

مشارکت‌کنندگان به هر سؤال بر روی یک طیف هشت درجه‌ای لیکرت (از ۰ کاملاً مخالف تا ۷ کاملاً موافق) پاسخ می‌دهند. با افزایش نمره افراد در این مقیاس، نمره آن‌ها در عامل کلی رضایت از زندگی، افزایش می‌یابد. در این مقیاس، دامنه نمره افراد بین کم‌ترین (۰) و بیشترین (۳۵) به دست می‌آید. براساس بررسی‌های انجام‌شده در بین دانشجویان ایرانی و سوئدی، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی از ساختار تک‌عاملی SWLS حمایت کرد. در نمونه ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس رضایت از زندگی برابر با ۰/۸۴، در نمونه سوئدی برابر با ۰/۸۵ و در هر دو نمونه به‌طور کلی برابر با ۰/۸۳ به دست آمد (۱۳).

برنامه عاطفه مثبت و منفی (PANAS): در این مطالعه، به‌منظور بررسی بُعد عاطفی بهزیستی، براساس برنامه عاطفی مثبت و منفی از صفات خلقی بیست‌تایی استفاده شد. سؤالات PANAS هیجانانگیز و احساسات مختلفی را توصیف می‌کنند و هر یک به درون یک مقیاس عاطفه مثبت و یا یک مقیاس عاطفه منفی گروه‌بندی می‌شوند. مشارکت‌کنندگان تمام سؤالات را بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند. در این طیف عدد ۱ نشان‌دهنده عدم تجربه هیجان و عدد ۵ بیانگر تجربه بسیار زیاد هیجان می‌باشد. برای هر آزمودنی، نمره کلی عاطفه مثبت از طریق جمع نمرات مشارکت‌کننده در هر یک از ده صفت توصیف‌گر هیجانانگیز مثبت (علاقه‌مند، هیجان‌زده، نیرومند، مشتاق، سربلند، هوشیار، خوش‌ذوق، مصمم، متوجه و فعال) و نمره کلی عاطفه منفی از طریق جمع نمرات مشارکت‌کننده در هر یک از ده صفت توصیف‌گر هیجانانگیز منفی (پریشان، ناراحت، گناهکار، وحشت‌زده، متخاصم، تحریک‌پذیر، شرمسار، عصبی، بی‌قرار و ترسان) محاسبه شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی PANAS، در بین دانشجویان ایرانی و سوئدی، از ساختار دو عاملی PANAS حمایت کرد. در نمونه ایرانی ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های عاطفه

قلب و عروق بود. در این بررسی، ۲۶ نفر بیمار مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، از بین ۵۵ بیمار واجد ملاک‌های پژوهش، انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند؛ به این ترتیب از این تعداد ۱۳ نفر (۶ زن و ۷ مرد) در گروه آزمایشی و ۱۳ نفر (۶ زن و ۷ مرد) در گروه کنترل جایگزین شدند. گزینش نمونه این پژوهش به این طریق بود که به بیماران واجد شرایط بستری‌شده در بیمارستان تخصصی قلب امام علی (ع)، اطلاعات مختصری راجع به طرح پژوهشی، اهداف آن و شیوه اجرای درمان داده می‌شد. در نهایت افراد واجد شرایط، به‌عنوان گروه نمونه، در پژوهش حضور یافتند. بیماران گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت‌های معمول پزشکی، به مدت ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته، به‌صورت هفتگی تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. اما بیماران گروه کنترل در این مدت تنها مراقبت‌های معمول پزشکی دریافت نمودند. از ۱۳ نفر آزمودنی گروه آزمایش، ۳ نفر به دلیل عدم همکاری و غیبت‌های مکرر و همچنین ناتوانی جسمی جهت شرکت در جلسات درمانی حذف شدند. بیماران هر دو گروه هم در خط پایه و هم بلافاصله پس از پایان مداخله، به پرسشنامه بهزیستی ذهنی پاسخ دادند. معیار ورود به این پژوهش شامل حداکثر سن ۸۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، توانایی گوش کردن عادی و رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات درمانی بود. معیار خروج از روند درمان شامل وجود اختلالات روانی نیازمند درمان‌های فوری، ایجاد اخلاقی در روند طبیعی درمان، عدم همکاری و ناتوانی جسمی شدید بود. جهت سنجش بهزیستی ذهنی بیماران از پرسشنامه بهزیستی ذهنی استفاده شد. این پرسشنامه شامل سه قسمت به شرح ذیل است:

مقیاس رضایت از زندگی (SWLS): Diener و همکاران (۱۹۸۵)، به‌منظور اندازه‌گیری بُعد شناختی بهزیستی ذهنی افراد، نسخه پنج‌سؤالی مقیاس رضایت از زندگی را توسعه دادند. در این مقیاس،

داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. در آمار توصیفی، جداول فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار بررسی شد. از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) برای آزمون تفاوت‌های بین گروه‌های آزمایش و کنترل در میزان تغییر مقیاس‌های بهزیستی ذهنی استفاده گردید.

### یافته‌ها

از میان ۲۳ نفر بیمار مبتلا به بیماری قلبی عروقی شرکت‌کننده در این پژوهش، اکثر افراد زن (۶۰/۹٪)، متأهل (۸۲/۶٪)، دارای تحصیلات زیر دیپلم (۳۴/۸٪) و کارشناسی و بالاتر (۳۴/۸٪) بودند. میانگین سنی در آزمودنی‌ها ۴۵/۶۱ سال، کم‌ترین سن ۲۳ سال و بیشترین سن ۶۸ سال بود. حداقل مدت ابتلای آزمودنی‌ها به بیماری قلبی عروقی ۶ ماه و بیشترین فراوانی مربوط به بازه زمانی ۱-۲ سال (۳۹/۱٪) بود. از بین ۲۳ نفر آزمودنی، ۱۲ نفر (۵۲/۲٪) قبلاً عمل جراحی قلب را تجربه کرده بودند. نتایج مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل نشان‌دهنده همسان بودن گروه‌ها است (جدول ۲).

در این پژوهش دو فرضیه مورد بررسی قرار گرفت:

الف- درمان شناختی رفتاری باعث افزایش مؤلفه رضایت از زندگی در بیماران قلبی عروقی می‌شود.

ب- درمان شناختی رفتاری باعث افزایش مؤلفه عاطفه مثبت و کاهش مؤلفه عاطفه منفی در بیماران قلبی عروقی می‌شود.

از آن‌جا که طرح پژوهش حاضر با گروه آزمایش و کنترل، همراه با پیش‌آزمون پس‌آزمون می‌باشد و بین سه مؤلفه بهزیستی ذهنی با یکدیگر همبستگی معنادار وجود ندارد، لذا برای آزمون فرضیه اول از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) و برای فرضیه دوم، به دلیل این که دو متغیر وابسته عاطفه مثبت و منفی داریم، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده گردیده است. نتایج این آزمون‌ها در ذیل آمده است (سطح معناداری P از ۰/۰۵ بیشتر است).

مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۰ و ۰/۷۷، در نمونه سوئدی به ترتیب برابر با ۰/۷۶ و ۰/۷۶ و در هر دو نمونه به طور کلی به ترتیب برابر با ۰/۷۸ و ۰/۸۱ به دست آمد (۱۳).

برنامه مداخله به صورت گروهی و در محیطی آرام و مناسب در دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه اجرا شد. جلسه اول با همکاری متخصص قلب و عروق برگزار گردید. هر جلسه اهداف مشخصی را دنبال می‌کرد. محتوای آموزشی طراحی شده برای گروه آزمایش براساس مطالعات پیشینه تحقیق، شناسایی مشکلات ویژه بیماران قلبی عروقی، سرفصل کتاب‌های فنون شناخت درمانی (۲۶)، رفتار درمانی شناختی (۱۷) و مهارت‌های زندگی (۲۷)، همچنین راهنمایی همکاران علمی، با توجه به مبانی اعتقادی و فرهنگی جامعه تدوین شد. در این مداخله از ساختار درمان شناختی رفتاری تبعیت شد و ساختار هر جلسه شامل بررسی تکالیف خانگی (حدود ۱۵ دقیقه)، مرور جلسه قبل (حدود ۱۰ دقیقه)، ارائه موضوع اصلی جلسه (حدود ۴۵ دقیقه)، خلاصه و جمع‌بندی (حدود ۱۰ دقیقه) و توضیح تکالیف خانگی جلسه بعد (حدود ۱۰ دقیقه) بود. محتوای جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- محتوای جلسات مداخله CBT

جلسه	محتوا
۱	آشنایی اعضای گروه با هم، آشنایی با درمان شناختی رفتاری، آشنایی با تأثیر عوامل روان‌شناختی بر بیماری‌های قلبی عروقی توسط متخصص قلب و عروق و تعیین هدف‌های درمان
۲ و ۳	آگاه کردن بیمار از نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس و شناسایی افکار مرتبط با این علائم
۴	تمایز بین فکر و احساس و تعیین رابطه افکار با احساس‌ها، هیجان‌ها و رفتارها و توجه به احساسات خود
۵	فنون توقف افکار منفی و چالش با افکار منفی
۶	فنون جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی
۷	تکنیک‌های آرمیدگی
۸ و ۹	مهارت‌های حل مسئله و کنترل خشم
۱۰	جمع‌بندی مباحث گفته شده

جدول ۲- وضعیت متغیرهای جمعیت شناختی

Pvalue	مجموع	گروه کنترل	گروه آزمایش	ویژگی ها	
۰/۶۶۶	۹ (%۳۹/۱)	۸ (%۵۳/۸)	۴ (%۴۰)	مرد	جنسیت
	۱۴ (%۶۰/۹)	۶ (%۴۶/۲)	۶ (%۶۰)	زن	
۰/۶۹۵	۴ (%۱۷/۴)	۲ (%۱۵/۴)	۲ (%۲۰)	مجرد	وضعیت تأهل
	۱۹ (%۸۲/۶)	۱۱ (%۸۴/۶)	۸ (%۸۰)	متاهل	
۰/۴۲۰	۵ (%۲۱/۷)	۳ (%۲۳/۱)	۲ (%۲۰)	سواد خواندن و نوشتن	وضعیت تحصیلات
	۸ (%۳۴/۸)	۶ (%۴۶/۲)	۲ (%۲۰)	زیردیپلم	
	۲ (%۸/۷)	۰	۲ (%۲۰)	دیپلم	
	۸ (%۳۴/۸)	۴ (%۳۰/۸)	۴ (%۴۰)	کارشناسی و بالاتر	
۰/۴۵۵	۵ (%۲۱/۷)	۲ (%۱۵/۴)	۳ (%۳۰)	بین ۲۰-۳۰ سال	وضعیت سن
	۳ (%۱۳)	۲ (%۱۵/۴)	۱ (%۱۰)	بین ۳۱-۴۰ سال	
	۶ (%۲۶/۱)	۴ (%۳۰/۸)	۲ (%۲۰)	بین ۴۱-۵۰ سال	
	۹ (%۳۹/۱)	۵ (%۳۸/۵)	۴ (%۴۰)	۵۱ سال و بالاتر	
	۴ (%۱۷/۴)	۲ (%۱۵/۴)	۲ (%۲۰)	۶ ماه تا یک سال	
۰/۵۸۰	۹ (%۳۹/۱)	۵ (%۳۸/۵)	۴ (%۴۰)	بین ۱-۲ سال	وضعیت مدت بیماری
	۳ (%۱۳)	۲ (%۱۵/۴)	۱ (%۱۰)	بین ۳-۴ سال	
	۷ (%۳۰/۴)	۴ (%۳۰/۸)	۳ (%۳۰)	۴ سال و بالاتر	
۰/۶۸۰	۱۲ (%۵۲/۲)	۷ (%۵۳/۸)	۵ (%۵۰)	عمل نداشته	وضعیت عمل جراحی
	۱۱ (%۴۷/۸)	۶ (%۴۶/۲)	۵ (%۵۰)	عمل داشته	

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی در بین دو گروه

Pvalue	شاخص				متغیر	
	گروه کنترل (۱۳ نفر)		گروه آزمایش (۱۰ نفر)			
	SD	M	SD	M		
۰/۴۰۲	۴/۳۱	۱۸/۹۲	۶/۳۱	۲۰/۵	رضایت از زندگی	پس‌آزمون
۰/۷۰۱	۲/۸۶	۳۲/۷۷	۲/۳۹	۳۳/۲۰	عاطفه مثبت	
۰/۷۰۵	۴/۵۵	۲۶/۵۴	۳/۷۴	۲۷/۱۰	عاطفه منفی	
۰/۰۰۱	۳/۳۰	۲۰/۶۲	۴/۶۹	۲۷	رضایت از زندگی	پس‌آزمون
۰/۰۱۲	۲/۹۵	۳۴/۰۸	۲/۰۱	۳۷/۶۰	عاطفه مثبت	
۰/۰۰۱	۵/۲	۲۵/۰۸	۲/۷۹	۱۹/۷۰	عاطفه منفی	

قابل قبولی داشته است (جدول ۳).

همچنین نمرات آزمودنی‌ها در مؤلفه عاطفه مثبت و منفی، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه متفاوت است، بدین‌صورت که عاطفه مثبت گروه آزمایش در

بررسی نتایج نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس رضایت از زندگی، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه متفاوت است، بدین‌صورت که رضایت از زندگی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل، افزایش

پس از آزمون نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل، افزایش قابل قبولی داشته است و عاطفه منفی گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون و گروه کنترل، کاهش یافته است. قبل از تحلیل کوواریانس، برای بررسی سطح معناداری P از آزمون اسمیرنو کولموگروف و به منظور بررسی همگنی واریانسها از آزمون لون استفاده گردید. نتایج این بررسیها نرمال بودن دادهها و یکسانی واریانسها را نشان داد. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات رضایت از زندگی در پس آزمون، پس از تعدیل اثر پیش آزمون، نشان می دهد که اثر بین گروهی معنادار است (جدول ۴).

همچنین بررسیها نشان می دهد که نمرات آزمودنیها در مقیاس رضایت از زندگی گروه آزمایش در پس آزمون با یکدیگر متفاوت است (جدول ۵).

از طرفی نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره مؤلفه های عاطفه مثبت و منفی، نشان می دهد اثر گروهی از نظر آماری معنادار است (جدول ۶). همچنین بررسیها نشان می دهد که نمرات آزمودنیها در مقیاسهای عاطفه مثبت و منفی گروه آزمایش، در پس آزمون با یکدیگر متفاوت است (جدول ۷).

جدول ۴- نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس آزمون بیماران قلبی در دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا (اندازه اثر)
پیش آزمون	۶۸/۵۳	۱	۶۸/۵۳	۵/۲۶	۰/۰۳	۰/۲۰
بین گروهی	۱۸۸/۴۲	۱	۱۸۸/۴۲	۱۴/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲
خطا	۲۶۰/۵۴	۲۰	۱۳/۰۲			
کل	۱۳۱۴۴	۲۳				

$$(F(1/37)=29/60, \text{partial } \eta^2=0/445, P\text{value}=0/0001)$$

جدول ۵- میانگینهای تعدیل شده با حذف اثر پیش آزمون در گروهها

متغیر	گروه	میانگین	Pvalue
رضایت از زندگی بیماران قلبی	آزمایش	۴/۱۳±۲۷	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۴/۱۲±۲۰/۶۲	

جدول ۶- تحلیل کوواریانس چند متغیره

اثر گروه	مجموع مربعات	درجه آزادی	مربع میانگین	مقدار F	سطح معناداری	Eta
عاطفه مثبت	۷۰/۱۵	۱	۷۰/۱۵	۱۰/۴۲	۰/۰۰۴	۰/۳۳
عاطفه منفی	۱۶۳/۴۱	۱	۱۶۳/۴۱	۸/۶۸	۰/۰۰۸	۰/۲۹

جدول ۷- میانگینهای تعدیل شده با حذف اثر پیش آزمون در گروهها

شاخص	متغیر		Pvalue
	گروه آزمایش	گروه کنترل	
عاطفه مثبت	۳۷/۶۰±۴/۳۲	۳۴/۰۸±۴/۵۶	۰/۰۰۱۱
عاطفه منفی	۶/۱۳±۱۹/۷۰	۲۵/۰۸±۵/۱۳	۰/۰۰۰۱

## بحث

براساس نتایج به دست آمده از تحلیل یافته‌های پژوهش، می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش رضایت از زندگی بیماران قلبی عروقی می‌شود. دلایل متعددی برای این افزایش وجود دارد. یکی این که بیماران پس از کسب اطلاعات در مورد میزان و چگونگی تأثیر عوامل روان‌شناختی (از جمله اضطراب، افسردگی، استرس، خشم و غیره)، بر افزایش خطر عود بیماری‌های قلبی عروقی، احتمالاً تلاش کرده‌اند شیوه زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای خود را تغییر داده و این عوامل را کنترل کنند تا از عود مجدد رویداد قلبی عروقی جلوگیری کنند. همچنین محتوای درمانی استفاده شده، شامل فنونی بوده که در آن به افراد کمک می‌شود که اثر نحوه تفکر و برداشت از رویدادها را بر احساس رضایت‌مندی خود درک کنند، روش‌های شناسایی افکار ناکارآمد و منفی را یاد بگیرند و واقع‌بینانه‌تر مسایل خود را بررسی کنند. به نظر می‌رسد که آموزش این فنون منجر به افزایش رضایت از زندگی در گروه آزمایش شده است. نتایج مطالعات گوناگون از جمله کاکابرابی و همکاران (۱۳۹۱)، آقاباقری و همکاران (۱۳۹۱)، آقاییوسفی و شریف (۱۳۸۹)، عابدی و وستانیس (۲۰۱۰) و چوب‌فروش‌زاده و همکاران (۱۳۸۹)، مبنی بر اهمیت افزایش مؤلفه رضایت از زندگی افراد (۱۳، ۱۹، ۲۲، ۲۸ و ۲۹)، همسو و مطالعه قاسمی و همکاران (۱۳۹۰)، مبنی بر عدم اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر مؤلفه رضایت از زندگی (۳۰)، ناهمسو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

همچنین براساس نتایج به دست آمده از تحلیل یافته‌های پژوهش، می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در بیماران قلبی عروقی می‌شود. از دلایلی که برای این استنباط می‌توان آورد این است که آگاهی بیماران از تأثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آن‌ها و مزایای داشتن زندگی شاد، باعث می‌شود که برای کاهش

عواطف منفی و در نتیجه افزایش عواطف مثبت در خود، انگیزه پیدا کرده و تلاش کنند. همچنین همین آگاهی باعث بالا رفتن تمایل آن‌ها برای انجام تکالیف خانگی و تمرین فنون فراگرفته در جلسات درمانی شود.

مداخله شناختی رفتاری به کار برده شده در این پژوهش، تمرکز ویژه‌ای بر مهارت‌های کنترل خشم و حل مسأله داشته است که این خود بر کاهش خصومت، تحریک‌پذیری، عصبانیت و احساس گناهکاری ناشی از برخورد پرخاشگرانه، از مؤلفه‌های عاطفه منفی و افزایش احساس نیرومندی، سربلندی و احساس کنترل از مؤلفه‌های عاطفه مثبت می‌شود. علاوه بر این، استفاده از فنون توجه به دیگر واقعیت‌های ممکن، گفتار درونی مثبت و تحلیل سود و زیان، باعث افزایش عواطف مثبت از جمله هوشیاری، متوجه بودن و اشتیاق برای استفاده از فنون در زندگی و کاهش عواطف منفی از جمله پریشانی و بی‌قراری شود. به همین ترتیب، نتایج نشان‌دهنده اثربخشی فنون به کار برده شده در کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت شده است.

با توجه به این که هیچ بررسی با عنوان پژوهش حاضر یافت نشد، مطالعات مشابه بررسی می‌گردد.

نتایج مطالعات مختلف از جمله رضاعی و همکاران (۲۰۱۱)، فرامرزی و همکاران (۲۰۱۱)، چوب‌فروش‌زاده و همکاران (۱۳۸۸)، عابدی و وستانیس (۲۰۱۰)، قربانعلی پور و همکاران (۲۰۱۱) و پژوهش قنبری، حبیبی و شمس‌الدینی (۱۳۹۲)، با عنوان اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی، عاطفی و اجتماعی دانشجویان دارای احساس غربت (۲۳) و پژوهش گلچین، جان‌بزرگی، علی‌پور و آگاه حریس (۲۰۱۱)، مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای و کاهش درد در میان زنان مبتلا به درد مزمن پشت (۳۴)، همسو با یافته‌های بررسی حاضر، نشان‌دهنده اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری می‌باشد (۱۹، ۲۳، ۲۹، ۳۱ و ۳۲).

پیشنهاد می‌شود که با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه، برای ارتقای بهزیستی ذهنی بیماران قلبی عروقی، مداخله‌ای با رویکرد شناختی رفتاری اعمال کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی ذهنی در افراد مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن نیز بررسی شود و در صورت امکان توصیه می‌گردد در بررسی‌های آتی، دوره‌های پیگیری گذاشته شود.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند بر بهزیستی ذهنی بیماران قلبی عروقی مؤثر باشد و باعث افزایش رضایت از زندگی و عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در این بیماران شود. با توجه به این که بهزیستی ذهنی یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی محسوب می‌شود، در نتیجه افزایش آن باعث بالا رفتن سلامت روان و داشتن زندگی شادتر در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی خانم سارا کریمی، دانشگاه علوم تحقیقات کرمانشاه در سال ۱۳۹۲ می‌باشد. همچنین از جناب آقای دکتر فرزاد صاحب‌جمعی، که در زمینه انجام این پژوهش کمک شایانی نمودند، قدردانی می‌گردد.

نتایج این پژوهش با یافته‌های ستوده حاصل و همکاران (۲۰۱۰)، خیام‌نکویی و همکاران (۱۳۸۹)، شجاعی (۱۳۸۷) و Sanjuan و همکاران (۲۰۱۱)، مبنی بر کارآمدی درمان شناختی رفتاری بر رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی (۱۴ و ۳۸-۳۵) همسو است. همچنین یافته‌های بهرانیان و داوودی (۲۰۰۹) و شجاع‌الدینی و همکاران (۱۳۹۱)، همسو با یافته‌های این پژوهش، کارآمدی این درمان را بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران قلبی عروقی نشان می‌دهد (۲۵ و ۳۸).

علاوه بر این، نتایج این پژوهش با یافته‌های بیاضی و همکارانش (۱۳۹۱)، مبنی بر ناکارآمدی درمان شناختی رفتاری کوتاه‌مدت بر کاهش افسردگی و اضطراب در بین بیماران قلبی (۳۹) و قاسمی و همکاران (۱۳۹۰) (۳۰) ناهمسو است.

### محدودیت‌ها

یکی از محدودیت‌های اصلی این پژوهش، عدم همکاری بیماران قلبی عروقی جهت شرکت منظم در جلسات درمانی بود. همچنین با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی بیماران قلبی عروقی انجام شده، بنابراین قابلیت تعمیم به سایر گروه‌ها را ندارد. از طرفی نیز در این پژوهش به دلیل محدودیت زمان، جلسات پیگیری تشکیل نشد.

### پیشنهادات

به بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز خدمات بهداشت روانی برای افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی،

### References

1. Fires AG, Teral TJ. Clinical psychology. FirozBakht M. (Persian translator). 5<sup>th</sup> ed. Tehran: Roshd Publication. 2002;343-68.
2. Ali Pour A. [An Introduction to health psychology (Persian)]. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Payam Noor University. 2011;120-88.
3. Kaplan H, Sadook VA, Sadook B. Summary of Psychiatry. Rezaee F. (Persian translator). 4<sup>th</sup> ed. Tehran: Arjmand Publication. 2007; 445-7.
4. Atarimoghadam J. [Assess the symptom prevalence and diagnostic and therapeutic procedure in patients with MS (Persian)]. MA Dissertation. Tehran: Iran University of Medical Sciences. 2005;74-87.
5. Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: a comparison between Swedish women and men. Heart Lung. 2005;34(1):39-50.



6. **Bengtsson I, Hagman M, Währborg P, Wedel H.** Lasting impact on health-related quality of life after a first myocardial infarction. *Int J Cardiol.* 2004;97(3):509-16.
7. **Taylor CB.** Depression, heart rate related variables and cardiovascular disease. *Int J Psychophysiol.* 2010;78(1):80-8.
8. **Riso LP, Miyatake RK, Thase ME.** The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *J Affect Disord.* 2002;70(2):103-15.
9. **Frasure Smith N, Lesperance F.** Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(1):62-71.
10. **Shen BJ, Avivi YE, Todaro JF, Spiro A, Laurenceau JP, Ward KD, et al.** Anxiety characteristics independently and prospectively predict myocardial infarction in men: the unique contribution of anxiety among psychological factors. *J Am Coll Cardiol.* 2008;51:113-9.
11. **Eid M, Larson RJ.** The science of subjective well-being. 1<sup>st</sup> ed. New York: The Guilford Press. 2008;15-25.
12. **Diener E, Lucas RE, Oishi S.** Subjective well-being. *J ClinPsychol.* 2002;24:41-25.
13. **Kakabrayee K, Arjmandnia A, Afrooz Gh.** [Relationship between coping styles and perceived social support with psychological subjective well-being scales among parents of regular and mentally ill children in Kermanshah in 2010 (Persian)]. *Research on exceptional children.* 2012; 2(7): 1-26.
14. **Sanjuan P, Ruiz A, Perez A.** Life satisfaction and positive adjustment as predictors of emotional distress in men with coronary heart disease. *Journal of Happiness Studies.* 2011; 12(6): 1035-47.
15. **Frisch MB.** Quality of life therapy. Newjresey: Wily Press. 2006; 97-110.
16. **Ostir GV, Smith Mp, Smith D.** Reliability of the positive and negative affect schedule (PANAS), in medical rehabilitation. *Journal of ClinRehabil.* 2005; 19: 767-69.
17. **Hawton K, Msalkooskiss P, Kirk J, Clark D.** Cognitive behavior therapy: a practical guide for treatment of mental disorders. Qasemzadeh H. (Persian translator). 9<sup>th</sup> ed; Volume I. Tehran; Arjmand Publication. 2010;309-15.
18. **Pillai M.** Efficacy of cognitive –behaviory therapy (CBT) on depressed spouses of cancer patients in an adjuvant care setting. *Journal of pharmacy and Biological sciences (IosrIpbs) ISSN: 2278-3008.* 2012; 2 (2): 26-31.
19. **ChoobfrooshZadeh A, Kalantari M, Moloodi H.** [The effectiveness of Cognitive behavioral stress management on subjective well-being of infertile women(Persian)]. *Journal Of Clinical Psychology.* 2009; 1(4): 1-9.
20. **Akbari J, Agha Mohamadian HR, Ghanbari Hashem Abadi BA.** [Effect of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on anxiety and impulsivity symptoms in men with borderline personality disorder (Persian)]. *Journal of Fundamentals Of Mental Health.* 2009; 10(4(40)):317-23.
21. **Hazhir F, Ahadi H, Poorshahbaz A, Rezaei M.** [Effectiveness of cognitive behavior therapy in changing cognitive representations of the patients and improving emotional states of patients with multiple sclerosis (Persian)]. *JKermansha Unimed Sci.* 2010:415-26.
22. **AghaBagheri H, Mohammadkhani P, Omrani S, Farahmand V.** [Effectiveness of group-based cognitive therapy based on mindfulness upon increasing subjective well-being and hope in MS patients (Persian)]. *Journal Of Clinical Psychology.* 2012; 4(1(13)):10-19.
23. **Rezaei F, Kajbaf M, Vakilzarch N, Dehghani F.** [Effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy in general health of asthmatic patients (Persian)]. *Knowledge and Health.* 2011; 6(3): 9-15.
24. **Saab PG, Bang H, Williams RB, Powell LH, Schneiderman N, thoresence, et al.** The impact of cognitive behavioral group training on event- free survival in patients with myocardial infarction:the ENRICHD experience. *Jornal of Psychosom Res.* 2009; 67: 45-56.
25. **Shujahuddini F, Kazemi M, Ali Poor A, Oraki M.** [Effectiveness of cognitive behavioral therapy on symptoms of depression and anxiety in patients with myocardial infarction(Persian)]. *Journal of Evidence-Based Care.* 2012; 2(4): 29-42.
26. **L. Leahy R.** Techniques of cognitive therapy. Fata L, Shakiba Sh, TahmasebiMoradi Sh, Nasiri H, Ziayee K. (Persian translator). 3<sup>th</sup> ed. Tehran: Danzheh Publication. 2011; 125-73.
27. **Klyneh C L.** Life Skills. Mohammad Khani SH. 8<sup>th</sup> ed. Tehran: Publication of specialized media. 2012; 235-63.
28. **Aghayousefi A, Sharif N.** [Evaluation of the correlation between mental well-being and sense of coherence in Central Tehran Branch Islamic Azad University (Persian)]. *Journal of ShahidBeheshti University of Medical Sciences.* 2010; 15(6(78)): 273-79.
29. **Abedi MR, Vostanis PE.** [ Valuation quality of life therapy for parents of children with obsessive compulsive disorder in Iran(Persian)]. *Journal Of Adol Psychiatry.* 2010; 19: 605-13.
30. **Ghasemi N, Kajbaf M, Rabiee M.** [Effectiveness of group therapy based on the quality of life on subjective well-being and mental health(Persian)]. *Journal of Clinical Psychology.* 2011; 3(2(10)): 44-56.
31. **Famarzi S, Homale R, Izadi R.** [Efficacy of cognitive behavioral group training of life skills on mental health of women with handicapped spouses (Persian)]. *Social Welfare Spring.* 2011; 11(40): 217-35.

32. Ghorbanalipour M, Borjali A, Sohrabi F. [Efficacy of cognitive behavioral intervention focused on the fear of death in the reduction of the symptoms of hypochondriasis (Persian)]. *Andisheh Va Rafter (Applied Psychology)*. 2011; 5(19):35-44.
33. Ghanbari N, Habibi M, Shamsuddini S. [Effectiveness of stress management by cognitive behavioral method on enhancing psychological, social and emotional well-being of students with homesickness (Persian)]. *Journal Of Clinical Psychology*. 2013; 5(1(17)): 28-41.
34. Golchin N, Janbozorgi M, Alipour A, Agah Heris M. [The efficacy of cognitive behavioral therapy on using coping strategies and decreasing pain among females with chronic back pain (Persian)]. *Journal Of Fundamentals Of Mental Health*. 2011; 13(2(50)): 160-9.
35. Sotoudehasl NA, Neshatdoust HT, Kalanteri M, Talebi H, Khosravi AR. [Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertension (Persian)]. *Koomesh*. 2010; 11(4(36)): 294-302.
36. Khayyam Nekoyee Z, Yusuf AR, Monsha'ee Gh. [Effect of cognitive behavioral therapy on quality of life in cardiac patients (Persian)]. *Iranian Journal Of Medical Education*. 2010; 10(2): 154-148.
37. Shojaei F. [Assessing the quality of life in patients with heart failure (Persian)]. *Journal Of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Life)*. 2008; 14(2): 13-5.
38. Bahreynian SA, Davooudi SM. [The comparison of behavioral and cognitive behavioral therapeutic methods on depression in cardiac rehabilitated patients (Persian)]. *Pajouhesh Dar Pezeshki Journal of Research in Medical Sciences*. 2009; 32(4): 289-96.
39. Bayazi MH, Ahadi H, Fata L, HashemDanesh TH. [The effectiveness of short-term cognitive behavioral group intervention on depression, anxiety, stress and chronic coronary heart patients: a randomized controlled task (Persian)]. *Journal Of Mental Health*. 2012; 14(1): 110-21.