پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۲، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۷، صفحات ۲۸۹ تا ۲۹۶

مقاله پژوهشی
(Original Article)

مقایسه تأثیر روش‌های درمان رفتاری و شناختی- رفتاری بر میزان افسردگی بیماران بازتوان قلبی

دکتر سید عبدالمجید بحرینیان[1]*، سیده محبوبه داوودی[2]

[1]گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
[2]گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد بیرجند

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت نقش عوامل روانشناختی در خطر عود مجدد عوارض قلبی در بیماران باز توان قلبی و عدم وجود مطالعات کافی در زمینه تأثیر روش‌های روان‌درمانی در کاهش افسردگی این بیماران، این مطالعه صورت گرفته است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان رفتاری و شناختی- رفتاری بر میزان افسردگی این دسته از بیماران می‌باشد.

روش بررسی: در پژوهش حاضر از روش تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون چندگروهی استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران بازتوان قلبی که در بیمارستان خاتم‌الانبیای زاهدان در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ تحت عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر (CABG) قرار گرفته‌اند، تشکیل می‌دهند. نمونه انتخابی، از بین این بیماران به صورت در دسترس و غیر تصادفی، شامل ۶۷ نفر افراد واجد شرایط ورود به پژوهش بودند که از طریق مقیاس افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند. این افراد به طور تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه شاهد قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات افسردگی افراد در دوگروه آزمایش در مقایسه با قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری داشته است ($P<0/05$)؛ در حالی که در نمرات اکتسابی افراد گروه شاهد که مداخله دریافت نکرده‌اند، تفاوت معناداری وجود نداشته است. ضمن اینکه از دو روش مداخله‌ای فوق روش درمان‌شناختی- رفتاری، در کاهش میزان افسردگی بیماران مؤثرتر بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر درمان‌های روانشناختی در کاهش میزان افسردگی بیماران بازتوان قلبی، آگاهی‌دادن و رسیدگی به مسایل روانشناختی در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد و در این خصوص، همکاری بین بخشی می‌تواند در پیشگیری و افزایش کیفیت درمان مبتلایان به این نوع بیماری مؤثر واقع شود.

واژگان کلیدی: اثربخشی، درمان رفتاری، درمان‌شناختی- رفتاری، افسردگی، بیمار بازتوان قلبی.

مقدمه

به طور کلی برنامه بازتوانی قلبی میزان شیوع بیماری‌های کرونر قلبی و مرگ و میر ناشی از آن را کاهش می‌دهد و عملکرد روانشناختی را بهبود می‌بخشد. مشارکت در این برنامه ممکن است هزینه‌های بعدی مراقبت و تعداد بستری‌شدن های مجدد را کاهش دهد. شواهد فراوانی ارایه شده که نشان می‌دهد فرآیندهای روانشناختی نه تنها در سبب‌شناسی و سیمای بالینی بیماری‌های قلبی- عروقی سهیم هستند، بلکه در چگونگی مقابله بیماران با بیماری نیز، نقش ایفا می‌کنند (۱).

از جمله مشکلات روانشناختی که بیماران قلبی- عروقی با آن مواجه هستند افسردگی می‌باشد. افسردگی مهمترین مانع مداوای سکته‌های قلبی است، زیرا موجب عدم پذیرش بیماری شده و انگیزه بیمار را برای ادامه درمان کاهش می‌دهد. همچنین تأثیر منفی بر پیش‌آگهی بیماری قلبی- عروقی دارد. با توجه به اینکه افسردگی در ۱۹-۱۳ درصد

*نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر سید عبدالمجید بحرینیان؛ تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روانشناسی بالینی؛ پست الکترونیک: majid.bahreinian@gmail.com
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۴/۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۱/۱۲

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

بیماران با سکته قلبی گزارش شده، مشاهده شده است که در این بیماران افسردگی سبب عوارض متعددی نظیر افزایش مرگ و میر، آنژین صدری، آریتمی، بستری‌شدن‌های مجدد، ناتوانی طولانی مدت و افزایش مصرف سیگار می‌شود. همچنین مشخص شده که ابتلا به افسردگی میزان مرگ و میر را تا ۱۸ ماه پس از سکته قلبی افزایش می‌دهد به طوری که در بیمارانی که سیستم حمایتی ضعیفی دارند، مشکل آنها بیشتر بوده، به شکل حادتری بروز می‌کند. بنابراین مداخلات روانشناختی می‌توانند بر افسردگی مبتلایان به بیماری‌های قلبی- عروقی مؤثر واقع شوند (۲).

بنابراین روان‌درمانی و اقدامات حمایتی، در کنار مداخلات رفتاری و برنامه بازتوانی قلبی جهت کاهش میزان عوارض روانشناختی پس از بیماری کرونر قلب، ضروری به نظر می‌رسد.

برنامه بازتوانی قلبی یک رویکرد تهاجمی به عوامل خطرساز مؤثر در عود بیماری محسوب می‌شود، به طوری که طی انجام مراحل، امکان مدیریت صحیح درمان را برای این بیماران فراهم می‌کند و ضمن انجام آموزش و تقویت رفتارهای سالم، برگشت به فعالیت حرفه‌ای و فعالیت‌های روزمره را تسهیل کرده، به بهبود بیمار کمک می‌کند (۳).

مداخلات درمانی در جهت اهدافی مانند تغییر حالات روانشناختی نظیر برانگیختگی بالا، رفتارهای زمینه‌ساز بیماری، شرطی‌سازی مجدد برای ارایه فعالیت های روزمره، آموزش بیماران و خانواده آنها درباره فرآیند بیماری، حمایت روانشناختی در طول مرحله بهبود اولیه بیماری، شناسایی عوامل خطرساز، تقویت رفتارهای سالم و به طور کلی کوتاه‌شدن مدت بستری بیماران در بیمارستان، کم‌کردن هزینه‌های درمانی و همچنین تسریع در بهبودی و افزایش طول عمر بیماران صورت می‌گیرد.

مطالعه حاضر به منظور بررسی تأثیر ارایه خدمات روانشناختی به عنوان بخشی از برنامه بازتوانی بیمار، بر میزان افسردگی و اصلاح کیفیت زندگی، تصحیح افکار و جلوگیری از بازگشت علایم بیماری در بیماران بازتوان قلبی انجام شده است. ضمناً میزان اثربخشی هر یک از فنون درمانی شامل درمان رفتاری و شناختی- رفتاری در کاهش میزان افسردگی بیماران بازتوان قلبی، مقایسه و تعیین شده است. نتایج حاصل از اثربخشی درمان بر افزایش انگیزه و همکاری این بیماران در ارتقای کیفیت زندگی اجتماعی و پاسخ‌های روانشناختی به محیط نیز مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به شیوه تجربی انجام شده است. به این منظور، از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون چندگروهی در دو گروه آزمون ۱۵ نفره و مقایسه نتایج آن با گروه شاهد ۱۵ نفره استفاده شده است. نمونه‌گیری از نوع در دسترس بوده است. افراد مورد نظر از میان بیماران بازتوان قلبی شهرستان زاهدان که طی سال‌های ۱۳۸۴و ۱۳۸۵ تحت عمل جراحی کرونر قلب قرار گرفته‌اند، به صورت در دسترس و غیر تصادفی انتخاب شده‌اند که شامل ۶۷ نفر واجد شرایط ورود به پژوهش بوده‌اند که به طور تصادفی در دو گروه آزمون و یک گروه شاهد قرار گرفتند. شرایط ورود به پژوهش به شرح زیر بود:

الف) انجام عمل جراحی کرونر قلب، و متعاقب آن ویزیت مکرر توسط متخصص قلب و عروق به طور مقطعی جهت تداوم معالجات جسمانی.

ب) وجود مشکل روانشناختی بعد از عمل جراحی (افسردگی بالینی) که جهت غربالگری دقیق و تشخیص وجود اختلال افسردگی در افراد مورد مطالعه، ضمن کسب اطلاعات اولیه و مورد نیاز در رابطه با هر یک از بیماران، از یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته تشخیصی طبق معیارهای DSM-IV، انجام تست افسردگی بک جهت تعیین درجه اختلال و بررسی وجود علایم عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی در هر یک از بیماران استفاده شد.

ج) فقدان وجود اختلال روانپزشکی دیگر، سوءمصرف مواد و یا اختلال ارگانیک دیگر در فرد.

د) اعلام آمادگی جهت شرکت در پژوهش و حضور در جلسات درمان و پیگیری.

متغیرهای مستقل پژوهش شامل روش‌های درمانی رفتاری، شناختی- رفتاری، عدم مداخله و متغیر وابسته شامل میزان افسردگی بیماران پس از انجام مداخلات بود که از طریق مقیاس افسردگی بک مورد مقایسه و ارزیابی قرار گرفت.

پس از هماهنگی با بیماران و اعلام آمادگی از سوی آنان جهت مشارکت در پژوهش، ضمن در اختیار قراردادن اطلاعات لازم در زمینه اهداف درمان و محتوای آن، با تعیین یک برنامه مدون با زمان‌بندی مناسب جهت هر بیمار، جلسات درمانی هفته‌ای دوبار شامل درمان رفتاری، شناختی- رفتاری و عدم مداخله انجام شد. متغیر وابسته عبارت بود از "میزان افسردگی بیماران پس از انجام مداخلات"، که از طریق مقیاس افسردگی بک مورد مقایسه قرار گرفت.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

تکنیک‌های رفتاری طی ۱۲ جلسه به ترتیب زیر به بیماران ارایه شد:

۱) ارایه توضیحات در مورد ضرورت تأثیر ایجاد آرامش جسمانی در ایجاد کنترل نشانه‌های بیماری، ۲) شناسایی نشانه‌های اولیه اضطراب، ۳) آموزش آرامش پیشرونده، ۴) آموزش تنیده و آرمیده‌کردن بقیه قسمت‌های بدن، ۵) آموزش آرامش بدون تنش، ۶) آموزش آرامش از طریق کنترل نشانه‌ها، ۷) تکرار جلسه قبلی و ارزیابی سطح آرامش بیمار، ۸) آموزش آرامش افتراق، ۹) تکرار تمرینات جلسه قبل در رفتارهای ایستاده و در حال راه‌رفتن، ۱۰) آموزش آرامش سریع، ۱۱) آموزش کاربردی اختصاصی آرامش، ۱۲) بررسی آثار تنش در بدن و تلاش برای همراه‌کردن آن با آرامش سریع توسط بیمار.

تکنیک‌های شناختی طی ۱۴جلسه به ترتیب زیر به بیماران آموزش داده شد:

۱) معرفی مؤلفه‌های اساسی استرس؛ ۲) معرفی نظریات افسردگی در تأثیر باورها در شکل‌گیری هیجان‌ها، ۳) شناسایی باورهای مرکزی منفی بیمار، ۴) به چالش‌کشیدن شناخت‌های منفی بیمار، ۵) تأکید بر مشارکت بیمار و ایجاد وقفه در تأثیر متقابل نگرش‌ها، ۶) آموزش شیوه های چالش با سبک‌های منفی تفکر خودآیند بیمار، ۷) استفاده از تجارب بیمار در چالش با باورهای منفی و مرتبط ساختن آنها با سبک زندگی ناسالم بیمار، ۸) بررسی خطاهای شناختی، ۹) تأثیر مثلث شناختی بر تعاملات اجتماعی، ۱۰) ثبت تغییرات انجام شده، ۱۱) ارزیابی کلی پیشرفت بیمار، ۱۲) تعیین جلسات پیگیری، ۱۳) برگزاری جلسات پیگیری، ۱۴) ارزیابی جلسات پیگیری درمانی.

در جریان این جلسات مداخله‌ای، پس از ارایه توضیحات لازم در خصوص منطق درمان، به تدریج با معرفی مؤلفه‌های اساسی استرس (فیزیولوژیک، رفتاری، شناختی) در ارتباط با یکدیگر، آموزش و مثال‌های لازم ارایه می‌شد؛ به طوری که بیمار بتواند نحوه اثرگذاری شیوه خاص تفکر و احساس و تأثیر آن بر مسایل هیجانی و اختلالات جسمانی را در زندگی روزمره بشناسد. در خاتمه هر جلسه از مراجعه‌کننده خواسته می‌شد تمرین‌هایی را در منزل انجام دهد و طی آن مثال‌های عینی در خصوص ارتباط میان مؤلفه‌های سه‌گانه و مسایل و مشکلات ناشی از آن پیدا کند. در درمان رفتاری، از تکنیک‌های مدیریت استرس و آموزش آرامش عضلانی استفاده می‌شد که گام آغازین آموزش آرامش عضلانی به عنوان مهارتی است که از طریق ممارست مکرر فرا گرفته می‌شود. مراحل آموزش به این ترتیب بودند: الف) آرامش عضلانی شامل آرامش پیشرونده (۱۵-۲۰دقیقه): در این مرحله بدن به چند گروه عضلانی تقسیم می‌شود و سپس تنیده و به دنبال آن آرمیده می‌گردد. این عمل در هر گروه از عضلات توسط بیمار، با رعایت اصول و دستورالعمل‌های لازم و با نظارت درمانگر، صورت می‌گیرد و در پایان از بیمار خواسته می‌شود تا میزان آرامش خود را در مقیاس ۱۰۰-۰ تعیین کند و در پایان جلسه، تمرین‌هایی جهت انجام در منزل پیشنهاد می‌گردد.

ب) آرامش بدون تنش (۷-۵ دقیقه): در این مرحله کاهش زمان آرمیدگی مورد تأکید است. از بیمار خواسته می‌شود به آرامی نفس بکشد تا جایی که ممکن است در خود آرامش ایجاد کند و تکالیف منزل در این مرحله شامل روزی ۲ بار تمرین آرامش بدون تنش با ثبت زمان و میزان آرامش می‌باشد.

ج) آرامش از طریق کنترل نشانه‌ها (۳-۲دقیقه):زمان لازم برای آرامش باز هم کمتر می‌شود و جریان تنفس مورد تمرکز قرار می‌گیرد. جلسه با آرامش بدون تنش شروع می‌شود؛ بیمار وقتی به آرامش رسید علامت می‌دهد. ضمن انجام تمرین درمانگر از دستورالعمل‌های کلامی مانند "نفس بکشید"، "راحت باشید"، استفاده می‌کند. این مرحله در هر جلسه ۲ بار تمرین می‌شود. تکالیف منزل به مدت ۲ هفته و روزی ۲ بار توسط بیمار با ثبت زمان میزان آرامش انجام می‌شود.

د) آرامش افتراقی (۹۰-۶۰ ثانیه): هدف، کسب آرامش در زمان انجام فعالیت‌های روزمره است و اینکه بیمار بیاموزد از انقباض عضلانی غیر ضروری هنگام انجام کارها اجتناب کند. به عنوان مثال در حالت نشسته برخی اعضای بدن را حرکت دهد در حالی که سایر قسمت‌ها را آرام نگهدارد. این تمرین باعث جلب‌شدن توجه بیمار به نشانه‌های تنش در بدن می‌شود. این تمرین‌ها در منزل روزی ۲ بار به مدت ۲ هفته انجام می‌شود.

ه) آرامش سریع: مجدداً هدف، کاهش زمان رسیدن به آرامش است. از بیمار خواسته می‌شود تا ضمن تمرین دم و بازدم، با ارایه برخی دستورالعمل‌ها، شیوه تنفس عمیق را بیاموزد و چنانچه در قسمتی از بدن احساس تنش کرد، سعی کند خود را راحت نگه دارد.

و) آموزش کاربرد اختصاصی آرامش: آخرین مرحله شامل تمرین در کاربرد مهارت‌های آرامش می‌باشد که قبلاً فرا گرفته شده است؛ ضمن یادآوری این مطلب که در انجام مهارت جهت کنترل اضطراب، تمرین مورد نیاز می‌باشد. به بیمار

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

آموخته می‌شود در تمرین‌ها حین دریافت اولین علامت اضطراب، به آرامش بپردازد.

در پایان از وی خواسته می‌شود روزی یک بار نشانه‌های تنش را در بدن بررسی کند و با استفاده از آرامش آن را برطرف سازد. محتوای درمان‌شناختی- رفتاری نیز شامل ساختار و توالی زیر می‌باشد:

بررسی وضعیت بیمار: با توجه به مشکل قلبی بیمار، اهداف خاص و محتوای جلسات تعیین می‌شود.

تعیین اهداف: این مزیت را داراست که مانع خارج‌شدن از بحث و موجب استفاده بهینه از وقت می‌گردد. محور کلی اهداف، پیرامون شناسایی افکار منفی بیمار و چالش با آنهاست.

پسخوراند جلسات: شامل طرح سؤالاتی از بیمار راجع به عناوین و مثال‌های آموزش‌داده شده و نظرسنجی در باره تأثیر آن در وضعیت بیمار است.

تکالیف منزل: از بیمار خواسته می‌شود عناوین مطرح شده در هر جلسه را به همراه مثال‌های مربوطه دنبال کند.

مرور تکالیف: بررسی مشکلات بیمار در رابطه با تکالیف و آموزشهای مربوط به جلسه قبلی را شامل می‌شود.

روند درمان: ارایه آگاهی به بیمار در زمینه هدف برنامه درمان و ساختار جلسات، منطق درمان و اهمیت تکالیف منزل صورت می‌گیرد. ضمن اینکه با معرفی مؤلفه‌های اساسی استرس و ارتباط آنها با هم آموزش لازم با ارایه مثال شروع می‌شود، مرور تکالیف، ارایه توضیحات قابل درک در زمینه نظریه شناختی بک و مفهوم‌سازی در خصوص رابطه افکار بخصوص باورهای مرکزی ناکارامد در شکل‌گیری هیجان و پیامدهای منفی با ارایه مثال انجام می‌شود؛ اشاره به مقاومت‌های بیمار و معرفی آن به عنوان سدی در برابر درمان و در ادامه، ضمن دریافت پسخوراند از بیمار و مرور تکالیف محول‌شده در هر مرحله، آموزش شیوه‌های به چالش طلبیدن سبک‌های غلط تفکر شامل تفسیر معنای آن، به آزمون گذاشتن، یافتن شواهد در خصوص تأیید آن صورت می‌گیرد. مراحل بعدی شامل تمرکز بر آگاهی بیمار از تأثیر شناخت‌های غلط بر سبک زندگی و تعاملات اجتماعی فرد و نگرش‌های کلی می‌باشد. در مراحل پایانی از بیمار خواسته می‌شود تا با فراگیری فنون مقابله، میزان پیشرفت خود را ضمن انجام تمرین‌ها در جداول تهیه شده ثبت کند. نهایتاً تعیین جلسات پیگیری و ارایه توصیه‌های لازم به بیماران جهت تقویت خودگردانی صورت می‌گیرد.

جهت بررسی اثربخشی مداخلات، پس‌آزمون بلافاصله پس از آخرین جلسه در هر نوع درمان اجرا شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون در رابطه با وضعیت افسردگی دو گروه آزمون و مقایسه آن با گروه شاهد، از روش تحلیل واریانس یکطرفه با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج این پژوهش در رابطه با متغیرهای جمعیت‌شناختی که از داده‌های جمع‌آوری شده به دست آمده است، نشان داد از میان ۴۵ فرد مورد پژوهش که بطور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمون و یک گروه شاهد قرار گرفتند، به طور کلی ۱۵ نفر (۳۳٪) افراد، زن و ۳۰ نفر (۶۷٪) آنها، مرد بودند. میانگین سنی کل افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر ۵۱/۵سال بود. جوانترین آنها ۴۲ ساله و مسن‌ترین فرد ۶۸ ساله بود. شرکت‌کنندگان گروه آزمون ۱ شامل تعداد ۲ نفر زن (۱۳٪) و۱۳ نفر مرد (۸۷٪) بودند و شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی ۲را ۸ نفر زن (۵۳٪) و ۷ نفر مرد (۴۷٪) تشکیل می‌دادند و افراد گروه شاهد نیز شامل ۵ نفر زن (۳۳٪) و ۱۰ نفر مرد (۶۷٪) می‌شدند. به طور کلی میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی ۱، ۵۲/۵ سال بود که از میان آنها جوانترین فرد ۴۲ سال و مسن ترین آنها ۶۳ سال سن داشت. در گروه آزمایشی ۲، میانگین سنی افراد، ۵۴ سال و دامنه سنی آنها از ۴۵ تا ۶۳ سال بود. در گروه شاهد نیز میانگین سنی افراد، ۵۷/۶ و کمترین و بیشترین سن به ترتیب، ۴۴ و ۶۸ سال برآورد شد.

با توجه به یافته‌های جدول ۱ در خصوص مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمون و شاهد، بین میانگین نمره اکتسابی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه آزمون با درجه آزادی ۱۴و مقدار P کمتر از ۰/۰۵، تفاوت معنی‌داری وجود داشت و این امر، بیانگر اثربخشی مداخله در گروه‌های آزمون ۱و ۲ می‌باشد. اما این تفاوت میانگین در نمرات قبل و بعد از مداخله افراد گروه شاهد که در حقیقت هیچ مداخله‌ای روی آنها صورت نگرفته، مشاهده نشد. به عبارت دیگر تفاوت حاصل در میانگین نمرات بین دو گروه آزمون و شاهد به تأثیر مداخلات درمانی مربوط بوده است.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

جدول ۱) میزان افسردگی بیماران مورد بررسی بر حسب زمان‌های مورد مطالعه، به تفکیک گروه‌ها

شاخص‌ها / گروه‌ها	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	تفاوت میانگین	انحراف معیار	مقدار P
گروه آزمون ۱	۲۲/۶	۱۳/۵۳	۹	۴/۲۸	P<۰/۰۵
گروه آزمون ۲	۲۵/۹۳	۱۹/۳۶	۶/۴۶	۲/۸۲	P<۰/۰۵
گروه شاهد	۲۵/۷۳	۲۵/۷	۰/۴۶	۱/۳۵	P>۰/۰۵

جدول ۲) نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه مربوط به گروه‌های مورد مطالعه

منابع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F مشاهده‌شده	مقدار P
بین گروه‌ها	۲	۱۲۰۴/۹۳۳	۶۰۲/۴۶۷	۱۴/۸۸۶	۰/۰۰
درون گروه‌ها	۴۲	۱۶۹۹/۸۶۷	۴۰/۴۷۳	-	-
کل	۴۴	۲۹۰۴/۸۰۰	-	-	-

جدول ۳) تفاوت میانگین نمرات افسردگی به تفکیک گروه‌های درمانی و شاخص‌ها

شاخص	گروه‌ها	تفاوت میانگین	مقدار P
رفتاری	رفتاری- شناختی	۵/۹	۰/۰۳
	شاهد	۱۲/۶	۰/۰۰
رفتاری- شناختی	رفتاری	۵/۹	۰/۰۳
	شاهد	۶/۷	۰/۰۱۶
رفتاری- شناختی	شاهد	۱۲/۰۶	۰/۰۰۰
	رفتاری	۶/۷	۰/۰۱۶

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه مربوط به گروه‌های مورد مطالعه نشان داده شده است. بر این اساس و با توجه به F مشاهده شده، می‌توان بیان کرد دست کم بین میانگین افسردگی دو گروه از گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور تعیین اینکه بین کدام گروه‌ها از نظر میزان افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نشان داد تفاوت میانگین نمرات بین گروه‌های منتخب معنادار بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده، فرضیات پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله محقق گردید و علاوه بر مشاهده تغییرات معنادار در میانگین نمرات افسردگی گروه آزمون ۱بعد از مداخله، میانگین نمرات این گروه در مقایسه با گروه آزمون ۲در طیف نمرات افسردگی بک به سمت سلامت گرایش بیشتری داشته است؛ و این نشان‌دهنده میزان اثربخشی بیشتر مداخله شناختی- رفتاری در کاهش میزان افسردگی بیماران بوده است.

در مجموع نتایج پژوهش پیشرفت قابل ملاحظه‌ای را در کاهش میزان افسردگی افراد مورد مداخله در مقایسه با گروه شاهد نشان می‌دهد و فرضیات پژوهش در خصوص تأثیر روش درمان رفتاری و شناختی – رفتاری مورد تأیید قرار می‌گیرد. ضمن اینکه اثربخشی روش شناختی- رفتاری در این خصوص بیشتر بر آورد شده است.

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی و مقایسه دو روش درمان رفتاری و شناختی- رفتاری بر کاهش میزان افسردگی بیماران بازتوان قلبی انجام شده است. نتایج پژوهش نشان داد که اجرای روش‌های مداخله‌ای فوق در هر یک از گروه‌های آزمون منجر به کاهش میزان افسردگی در آزمودنی‌های آن گروه بوده است. لذا مداخلات روانشناختی می‌توانند در بهبود افسردگی این گروه از بیماران مؤثر واقع شوند. ضمناً از بین

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

مداخلات فوق، روش درمان‌شناختی- رفتاری اثر بیشتری در بهبود افسردگی بیماران داشته است.

در ایران، بررسی هایی که درباره اثربخشی مداخلات روان‌درمانی در کاهش افسردگی بیماران بازتوان قلبی انجام شده است، تفاوت معنی‌داری در میانگین کیفیت زندگی افراد در ابعاد روانشناختی- جسمی، قبل و بعد از مداخلات روانی- اجتماعی، نشان داده است (۴).

در پژوهشی از سعیدی، مهرابی و همکاران (۱۳۸۳) در بررسی مداخلات شناختی و رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران بازتوان قلبی نیز روش‌های فوق کاهش قابل توجهی بر میزان اختلالات را پس از مداخله نشان داده است(۳).

کرونک و سویندل (۲۰۰۷) در ۳۱ کارآزمایی کنترل‌شده در بیماران که با هدف کاهش علایم جسمانی انجام گرفت، نشان دادند که بیماران درمان‌شده با روش شناختی- رفتاری در ۷۱٪ از موارد بیشتر از گروه کنترل بهبود یافتند. ضمن اینکه اثرات درمان علاوه بر کاهش مشکلات روان‌شناختی، در زمینه بهبود علایم جسمانی نیز تا مدت ۱۲ ماه پس از مداخله، تداوم یافت (۵).

در پژوهش دیگری تأثیر درمان‌شناختی- رفتاری در درمان افسردگی بیماران دچار بیماری عروق کرونر قلب (CHD) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد به دنبال درمان اثربخشی مداخلات برای بیماران در جهت فواید فیزیولوژیکی و تغییر رفتارهای سلامتی مورد تأیید قرار گرفته است (۶و۷).

در مطالعه فریزل دی.جی و همکاران (۲۰۰۴) در رابطه با برنامه توانبخشی شناختی- رفتاری برای بیماران قلبی- عروقی نیز نشان داده شد که برنامه جامع مبتنی بر مداخلات روانشناختی و تمرینات پایه به طور قابل ملاحظه‌ای اضطراب و افسردگی را کاهش داده و کیفیت زندگی بیماران را ارتقا بخشیده است (۸).

نتایج مطالعه باقریان نشان داد بروز افسردگی به دنبال سکتهٔ قلبی عمدتاً ناشی از ترکیبی از عوامل روان‌شناختی و پیامدهای قلبی این بیماری است. بنابراین امکان شناسایی و تعیین بیماران در معرض خطر وجود دارد و می‌توان از بروز افسردگی در بیماران پس از سکتهٔ قلبی پیشگیری کرد (۱۰).

داده‌های حاصل از مطالعه کابزانسکی و همکاران در زمینه نقش ابعاد مشترک خشم، اضطراب و افسردگی در افزایش بیماری کرونر قلبی، مؤید نقش ابعاد هیجانی منفی به عنوان یکی از اجزای این ارتباط است. ضمن اینکه به اضطراب به عنوان عامل مستقل افزایش خطر اشاره دارد (۱۱).

حسینی و همکاران (۱۳۸۴)، بیرقی و همکاران (۱۳۸۲) در بررسی شیوع علایم افسردگی به دنبال اولین سکتهٔ قلبی، لزوم مشاورهٔ همزمان روانپزشکی و مراقبت بین بخشی را در این دسته از بیماران متذکر شدند (۱۲و۱۳).

هافمن و همکاران در مطالعه‌ای با هدف بررسی نقش درمان افسردگی و اضطراب در بیماران پس از سکتهٔ قلبی، نشان دادند که درمان افسردگی و اضطراب هر دو در کاهش علایم بالینی بیمارانی که ۷۲ ساعت پس از سکتهٔ حاد قلبی طی ارزیابی انجام شده، علایم افسردگی و اضطراب را گزارش کردند، مؤثر واقع شده است (۱۴).

نتایج مطالعهٔ آرتور در سال ۲۰۰۶ از ارتباط بین افسردگی، انزوا، حمایت اجتماعی و بیماری عروق کرونر قلب حمایت می‌کند. این مطالعه تأکید دارد اگر چه پیشگیری ثانویه می‌تواند جهت بهبود عوامل روان‌شناختی مؤثر واقع شود، اما در خصوص این تأثیر، تفاوت بین زنان و مردان نسبت به حمایت‌های اجتماعی، انزوای اجتماعی و افسردگی نیز باید مورد توجه قرار گیرد (۱۵).

لن و همکاران طی پژوهشی نشان دادند که افسردگی در بیماران کرونر قلب با افزایش احتمال عود بیماری یا مرگ مرتبط است و انجام مداخلات روان‌شناختی به طور مستقیم تأثیر معناداری در کاهش میزان افسردگی داشته، به طور غیر مستقیم در تغییر سبک زندگی و میزان مرگ و میر در این بیماران مؤثر واقع شده است (۱۶).

یافته‌های پژوهش شیخ‌الاسلامی در رابطه با تأثیر روان‌درمانی گروهی در کاهش افسردگی مبتلایان به سکتهٔ قلبی تأثیر این مداخلات را تأیید می‌کند و اثربخشی را مبتنی بر شناخت و تغییر نگرش بیماران طی مداخله و ایجاد بحث و تعامل گروهی در جهت تغییر افکار معرفی می‌کند (۱۷).

مطالعه بکی نیز مؤید تأثیر مداخلات رفتاری در جهت بهبود پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی می‌باشد که این مداخلات در کوشش‌های کنترل شده ۱۲ هفته‌ای در زنان مراجعه‌کننده جهت برنامه‌های بازتوانی اجرا گردید (۷).

سکالا و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای ضمن اشاره به ارتباط علل افسردگی و مکانیزم‌های آن با پیامدهای قلبی، به نتایج درمان‌شناختی در کاهش ضربان قلب بیماران به عنوان مکانیزم واسطه‌ای در جهت بهبود وضعیت افسردگی بیماران افسرده شدید، اشاره کرده‌اند (۶).

سعیدی طی پژوهشی اثربخشی دو روش بازسازی شناختی و آرام‌سازی و ترکیب این دو روش را در درمان اضطراب و

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

افسردگی بیماران بازتوان قلبی مورد تأیید قرار داده است. روش‌های فوق در کاهش عوامل روان‌شناختی این گروه از بیماران تأثیر قابل توجهی داشته است (۳).

فریزل و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای با اجرای طرح توانبخشی قلبی ضمن انجام مداخلات ۱۲ هفته‌ای شناختی- رفتاری در بیماران، در ارزیابی نتایج درمان به افزایش قابل ملاحظه در کیفیت سازگاری روان‌شناختی و عملکردی بیماران و همچنین کاهش میزان اضطراب و افسردگی آنان اشاره داشتند. در این مطالعه در خصوص تداوم اثرات درمان بررسی انجام نگرفت (۸).

در مداخلات انجام شده، بخصوص در نوع شناختی، اثرات درمانی ناشی از یادگیری بیماران در عدم توجه به برخی افکار منفی است، که سبب می‌شود از بدترشدن خلق پیشگیری کند. به این ترتیب فرد می‌تواند از درگیرشدن در چرخه‌های تفکر معیوب که عامل اصلی عود افسردگی است و باعث کاهش رفتار هدفمند، توانایی تحلیل مسأله می‌شود و در یادآوری خاطرات گذشته و فرایند رهایی از خلق منفی تداخل ایجاد می‌کند، رهایی یابد. در روش‌های مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری به نقش فرایندهای شناختی در شکل‌گیری و حفظ اختلالات روانی و درمان آنها تأکید می‌شود. در این روش‌ها درمانگر به زمان و مکان حاضر که مراجعه‌کننده در آن به‌سر می‌برد توجه دارد، نیازهای مراجعه‌کننده را شناسایی می‌کند و برنامه های مداخله‌ای با توجه به موارد ذکر شده طراحی می‌شوند. آموزش روش‌های نظارت بر خود و تبیین رابطه بین تفکر، خلق و رفتار نیز محور کار درمانگران در این رویکرد می‌باشد (۹).

بیماری‌های جسمانی بخصوص بیماری‌های کرونر قلب با فاکتورهای روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی، استرس و عدم حمایت و پیامدهای منفی ناشی از آن ارتباط متقابل دارند و از آنجا که این عوامل مانعی در بهبود بیماری تلقی شده و میزان مرگ و میر را در این بیماران افزایش می‌دهد، لذا با انجام مداخلات روان‌درمانی در کنار درمان‌های طبی می‌توان کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشید (۶).

در درمان‌شناختی- رفتاری می‌توان با سازماندهی مجدد ادراک و تفکر، به نحوی که افکار غیر منطقی و غیر عاقلانه جایگزین افکار منطقی شوند، با هیجانات منفی و تضعیف‌کننده مقابله کرد. بنابراین امکان تحقق اینکه مراجعه‌کننده بداند گفتگوی او با خود، منبع و منشأ اختلال هیجانی اوست و این گفتگوها غیر منطقی هستند و باید نحوه تفکری را در پیش بگیرد که گفتارهای درونی او هر چه بیشتر کارا شود و با هیجانات و رفتارهای تضعیف‌کننده تداعی نگردد، فراهم می‌شود. به مراجعه‌کننده کمک می‌شود تا احساسات و رفتار نامناسب خود را بپذیرد و مسئولیت ایجاد و تداوم اولیه آن را به عهده بگیرد و خود را همراه با نشانه‌های بیماری بپذیرد. چنانچه به وی آموزش داده شود که بهبود عملکرد عاطفی از طریق تصحیح افکار امکان پذیر است، بینش احساس عدم کنترل و یأس در او کاهش می‌یابد و او خود را قربانی درمانده نیروهای خارجی تلقی نمی‌کند و نهایتاً در فهم ارتباط میان ارزش‌ها، نگرش‌ها و اجبارهای زندگی یاری‌گر مراجعه‌کننده خواهد بود (۱).

درمان‌شناختی- رفتاری این باور را در مراجعین ایجاد می‌کند که می‌توان با افکار منفی، مقابله کرد و آنها را تغییر داد. آنها می‌آموزند که افکارشان را به طور منطقی مورد کاوش قرار دهند و ارزیابی کنند که کدام مورد از این افکار مناسب است و کدام مورد سبب ایجاد شرایط نامطلوب می‌گردد. درمانگر به صورت مستقیم، در رابطه با عقاید مراجعین به چون و چرا می‌پردازد و این در خصوص اعتبار افکار و باورهای مراجعه‌کننده در رابطه با خودش، دیگران و جهان در مقابله با آنها می‌باشد. درمانگر با استفاده از منطقی‌ترین روش‌های در دسترس، فرایندها را بصورت اصرار و اجبار تکرار می‌کند و سعی می‌کند نحوه صحیح مقابله را به مراجعه‌کنندگان بیاموزد تا به فلسفه منطقی‌تری در رابطه با زندگی که آنها را از قربانی‌شدن در دام رفتارهای تضعیف‌کننده باز می‌دارد، دست یابند. در شیوه‌های مورد استفاده در این نوع مداخله، مراجعین مستقیماً با مشکلاتشان مواجه می‌شوند؛ به تفکر و آموزش مجدد خود وادار می‌گردند و به این ترتیب از نیروی تفکر مراجعه‌کنندگان جهت کنترل و جهت‌دهی مجدد عواطف و هیجانات وی استفاده می‌شود (۳).

بطور کلی مداخلات شناختی بر نقش مؤثر و ناشناخته باورهای رایج، که افراد آنها را درونی می‌کنند، تأکید دارد و نشان می‌دهد تداوم اختلالات هیجانی نتیجه برداشت افراد از حوادث بیرونی است که در عبارات ذهنی ادغام می‌شود نه ناشی از خود شرایط بیرونی. با این حال افراد قادرند محدودیتهایشان را بشناسند و عقایدی را که در گذشته بدون ارزیابی پذیرفته اند، تغییر دهند و افکار متفاوتی را در پیش بگیرند.

به طور کلی با تأیید مؤثربودن مداخلات رفتاری، بخصوص شناختی- رفتاری در کاهش میزان افسردگی بیماران بازتوان قلبی و بدون در نظر گرفتن متغیرهای دموگرافیک و تفاوت شاخص‌ها میان افراد مختلف، که در این مطالعه و دیگر پژوهش‌ها به آن اشاره شده است، همچنین با توجه به این که رویکردهای رفتاری و روانشناختی از لحاظ آموزشی به آسانی

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

قابل فراگیری هستند، پـذیرش اجتمـاعی مقبـولی دارنـد، دوره درمانی با کاربرد آنهـا کوتـاه اسـت، لـذا بهتـر اسـت مـشاوران، روانپزشکان و مؤسسات آموزشی- درمانی در جهـت‌گیـری‌هـای درمانی خود به کاربرد آنها توجه بیشتری مبذول دارند.

یافتـه‌هـای پـژوهش، ضـرورت تـشخیص بـه موقـع عـوارض روانشناختی در بیماران بازتوان قلبی و همکـاری بـین بخـشی جهت حفظ و ارتقـای سـلامت روانـی ایـن بیمـاران را آشـکار می‌کند. ضمناً از آنجا که پژوهش حاضر با استفاده از نمونـه در دسترس و با حجم محدود و بـه صـورت مقطعـی انجـام شـده است، لازم است نتایج با احتیاط به سایر مـوارد مـشابه تعمـیم داده شود. همچنین بهتر است در پژوهش‌های آتـی، از آزمـون مکمل دیگری به همراه آزمـون بـک بـرای بررسـی افـسردگی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه مراجعین محترم بازتوان قلبی به خـاطر همکـاری در مراحل اجرای پژوهش سپاسـگزاریم. ضـمناً از کلیـه پرسـنل درمانی بیمارسـتان خـاتم‌الانبیـای زاهـدان نیـز کـه بنـا بـه تشخیص ضرورت اجرای مطالعـه حاضـر در اجـرای پـژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

REFERENCES

۱. کلارک د (مؤلف)، کاویانی ح (مترجم). دانش و روش‌های کاربردی رفتاردرمانی شناختی. انتشارات فارس، تهران، ۱۳۸۰.

۲. لودی م ر. تعیین نوع عوامل استرس‌زای مرتبط با آنژین صدری در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان خاتم الانبیا. پایان‌نامه دوره دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ۱۳۸۰.

۳. سعیدی م. اثربخشی دو روش بازسازی شناختی و آرام‌سازی و ترکیب این دو روش بر اضطراب و افسردگی بیماران بازتوان قلبی. پایان‌نامه مقطـع کارشناسـی ارشد رشته روانشناسی بالینی. انستیتوی روان پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت و روان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، ۱۳۸۳.

۴. محمدی ف، محمدیان ا، حسینی، م ع، رهگذر، م. بررسی تأثیر اجرای توانبخشی قلبی در منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی. فصلنامه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۵؛ دوره ۷، ش ۳. ص ۱۹-۱۱.

5. Kroenke K, Swindle RI. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes. Psychother Psychoson 2007;69(4):205-75.

6. Skala JA, Freedland KE. Carney RM. Coronary heart disease and depression. Can J Psychiatry 2006;51:738-745.

7- Beckie TM. A behavior change intervention for women in cardiac rehabilitation. J Cardiovasc Nuras 2006;21(2):146-53.

8. Frizelle DJ, Lewin RJ, Kaye G, Hargreaves C, Hasney K, Beaumont N, et al. Cognitive-behavioural rehabilitation programme for patients with an implanted cardioverter defibrillator. Brj Health Psychol 2004;9(pt3):381-92.

۹. یزدان دوست ر، رضوان طلب ه، پیروی ا ح. بررسی نگرش‌های ناسالم افسردگی و شدت بیماری کرونر قلب در بیماران بستری در CCU. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۸۲؛ ش۲۴، ص ۴۴-۳۸.

۱۰. باقریان ر. بررسی اکتشافی متغیرهای پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از سکته قلبی. رساله دوره دکترای تخصصی روانشناسی سلامت. دانشگاه تهران، ۱۳۸۶.

11. Kubzansky LD, Cole SR, Kawachi I, Vokonas P, Sparrow D. Shared and unique contributions of anger, anxiety and depression to coronary heart disease. Ann Behav Med 2006;31(1):21-9.

۱۲. حسینی ح، طبیبیان س، ثمربخش ع. بررسی شیوع علایم افسردگی و عوامل مرتبط با آن به دنبال اولین سکته قلبی. مجله پژوهنده، سال ۱۳۸۴. جلد ۱۰، شماره ۵، ص ۳۲۰-۳۱۷.

۱۳. بیرقی ن، تنکابنی ح، وکیلی غ. بررسی شیوع و وضعیت درمانی اضطراب و افسردگی پس از بستری بیماران در بخش قلب بیمارستان طالقانی سال ۱۳۸۲. مجله پزشکی هرمزگان، ۱۳۸۴؛ جلد ۹، شماره ۴؛ ص ۲۶۴-۲۶۱.

14. Huffman JC, Smith FI, Blis MA, Beiser ME, Januzzi JL, Fricchione GL. Recognition and treatment of depression and anxiety in patients with acute myocardial infarction. Am J Cardiol 2006;98(3):319-24.

15. Arthur HM. Depression, isolation, social support, and cardiovascular disease in older adults. J Cardiovasc Nurs. 2006;21:S2-7;quiz S8-9.

16. Lane DA, Chong AY, Lip GY. Psychological interventions for depression in heart failure. Cochrane Database Syst Rev 2005;(1):CDOO3329.

۱۷. شیخ الاسلامی ف. بررسی تأثیر گروه‌درمانی بر میزان افسردگی مبتلایان به سکته قلبی در بیمارستان‌های منتخب علوم پزشکی اصفهان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان ۱۳۸۳. جلد ۱۱، ش ۲، ص ۵۳-۴۸.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]