

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Perceived Stress and Coping Skills in Patients after Myocardial Infarction

Authors

Azam Nourisaeed¹, Shohreh Ghorban Shiroudi^{2*}, Arsalan Salari³

1. Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2. Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. (Corresponding Author).

3. Cardiovascular diseases research center, Department of cardiology, Heshmat Hospital, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Abstract

Receive Date:
23/12/2020

Accept Date:
05/04/2021

Introductoin: Acute myocardial infarction is one of the most common causes of admissions and referral in cardiovascular patients. In addition to physiological reasons, psychological factors play a key role in the onset and exacerbation of the disease. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on perceived stress and coping skills in patients after myocardial infarction.

Method: The present study was a clinical trial based on the experimental design (pre-test, post-test with control, and follow-up group). The statistical population of the study was included 30 discharged patients with a diagnosis of myocardial infarction who referred to the Noor specialized Heart clinic in Rasht in 2018. The patients were divided into experimental (5 females and 10 males) and control groups (8 females and 7 males) with a simple random sampling method. Assessment tools included perceived stress and coping strategies questionnaires that were completed pre, post, and 3 months after the intervention. The experimental group was conducted to educate within eight 90min weekly sessions for two months. Data were analyzed using independent t-test, repeated measures analysis of variance, and Bonferroni test.

Results: The results showed that Cognitive-Behavioral Therapy had a significant difference in the mean perceived stress ($F=10.8$, $p<0.05$), problem solving strategy ($F=10.10$, $p<0.001$), and emotion-focused strategy ($F=3.43$, $p<0.05$) in the experimental group compared to control group was observed.

Discussion and Conclusion: Cognitive-behavioral intervention is effective on perceived stress and coping skills in patients after myocardial infarction.

Keywords

Emotional Schema Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Borderline Personality Disorder.

Corresponding Author's E-mail

drshohrehshiroudi@gmail.com

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر استرس ادراک شده و مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد

نویسندگان

اعظم نوری سعید^۱، شهره قربان شیروودی^{۲*}، ارسلان سالاری^۳

۱. گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)

۳. گروه قلب و عروق، بیمارستان حشمت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

چکیده

مقدمه: انفارکتوس حاد میوکارد یکی از شایعترین علت مراجعه و بستری بیماران قلبی عروقی محسوب می‌شود. علاوه بر دلایل فیزیولوژیک، عوامل روانشناختی در بروز و تشدید این بیماری نقش اساسی دارند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر استرس ادراک شده و مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد بود.

تاریخ دریافت:

۱۳۹۹/۱۰/۰۳

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۰/۰۱/۱۶

روش: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بر اساس طرح آزمایشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری) بود. جامعه آماری مطالعه شامل ۳۰ بیمار ترخیص شده با تشخیص انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به کلینیک تخصصی قلب نور شهر رشت در سال ۱۳۹۷ بودند. بیماران با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به دو گروه آزمایش (۵ نفر زن و ۱۰ نفر مرد) و کنترل (۸ نفر زن و ۷ نفر مرد) تقسیم شدند. ابزارهای سنجش شامل: پرسش‌نامه استرس ادراک شده و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بودند که قبل، بعد مداخله و ۳ ماه بعد تکمیل شدند. افراد گروه آزمایش تحت ۸ جلسه آموزش ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی رفتار درمانی دیالکتیکی بمدت ۲ ماه قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک آزمون t مستقل، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که در اثر درمان شناختی- رفتاری تفاوت معنی داری بر میانگین استرس ادراک شده ($F=10.8, p<0.05$)، راهبرد حل مساله ($F=10.10, p<0.001$) و راهبرد هیجان مدار ($F=3.43, p<0.05$) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مشاهده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: مداخله شناختی رفتاری بر روی استرس ادراک شده و مهارت‌های مقابله‌ای بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد مؤثر است.

کلیدواژه‌ها

انفارکتوس میوکارد، درمان شناختی- رفتاری، استرس.

نشانی پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

drshohrehshiroudi@gmail.com

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

تأثیرات منفی استرس محافظت می‌کنند. دو نوع مهارت مقابله‌ای، حل مساله و هیجان مدار وجود دارد که با کمک این مهارت‌ها افراد موقعیت‌های استرس‌آمیز را بررسی و ارزیابی می‌کنند تا پاسخ مناسبی را ارائه دهند [۱۱]. مداخله روانشناختی مناسب برای ارتقاء سطح سلامت روانی بیماران مبتلا به قلب و عروق کرونر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. درمان شناختی رفتاری از جمله مداخلات درمانی است که اثربخشی آن در بیماری‌های مختلف تأیید شده است [۱۲]. درمان شناختی-رفتاری نوعی درمان است که بر نحوه تفکر افراد تأکید می‌کند و کمک می‌کند تا احساسات و نگرش‌هایی را که در رفتارهای آن‌ها تأثیر می‌گذارد درک کنند [۱۳، ۱۴]. در طول درمان، بیماران یاد می‌گیرند که افکار خود را کنترل کنند و علل احساسات و اعمال آنها را شناسایی کنند. علاوه بر این، آنها فرصت‌هایی برای یادگیری‌های تطبیقی جدید و ایجاد تغییر در محیط بیرونی در حوزه‌های بالینی به دست می‌آورند [۱۵]. از این رو نورلاند و همکاران در کشور سوئد در سال ۲۰۱۸ مطالعه هم راستا با مطالعه حاضر انجام دادند. نتایج درمان برای یک جمعیت آنفارکتوس میوکارد حاد منجر به پایین آمدن علائم افسردگی یا اضطراب در کل دوره درمانی آنان شده بود [۱۶]. در مطالعه دیگری، گرینمن و همکاران در سال ۲۰۱۵ به بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به بیماری قلبی پرداختند. در پایان درمان، از نظر آماری کاهش قابل توجهی در همه علائم پریشانی روانشناختی مشاهده شد [۱۷]. اولادی و همکاران در سال ۲۰۱۴ در پژوهشی با هدف اثر بخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر سبک‌های مقابله در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی کرونر انجام دادند. یافته‌های حاصل پس از شرکت در درمان شناختی رفتاری گروهی، نشان داد سبک مقابله‌ای حل مساله از اعضای گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل دارای افزایش قابل ملاحظه‌ای و سبک مقابله‌ای اجتنابی و هیجان مدار از اعضای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش قابل توجهی داشت [۱۸]. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر استرس ادراک شده و مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران بعد از آنفارکتوس میوکارد طرح ریزی و انجام شده است.

در سرتاسر جهان، بیماری انفارکتوس میوکارد^۱ یکی از مهمترین دلایل مرگ و از کارافتادگی محسوب می‌شود و فراوانی آن در حال افزایش است [۱]. تعریف بالینی در مورد انفارکتوس میوکارد، نیاز به تأیید آسیب میوکارد با نشانگرهای غیر طبیعی قلبی دارد [۲]. انفارکتوس میوکارد حاد یا حمله قلبی به علت انسداد ناگهانی یکی از عروق کرونر قلب ایجاد می‌شود و در عده‌ای از بیماران مرگ در اثر بی‌نظمی ضربان قلب^۲ و یا نارسایی قلبی^۳ اتفاق می‌افتد [۳]. امروزه مهم‌ترین مشکل در زمینه سلامت در همه‌ی کشورهای جهان از جمله کشور ما ایران، تغییر الگوی مرگ و میر بیماری، به بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی عروقی است [۴]. به طوری که زیپس و همکاران [۵] بیان می‌کنند، با وجود پیشرفت‌های گسترده در زمینه تشخیص و درمان، این بیماری همچنان یکی از مشکلات بهداشتی کشورهای صنعتی بوده و در کشورهای در حال توسعه شدیداً در حال افزایش است. عوامل خطر انفارکتوس میوکارد شامل: سن، جنسیت، سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونر زودرس، مصرف دخانیات، اختلال در سطح سرمی چربی‌ها^۴، دیابت، فشار خون، چاقی شکمی، سبک زندگی بی‌تحرك، رژیم غذایی کم میوه و سبزیجات و استرس‌زاهای روانی-اجتماعی است [۶]. یکی از مفاهیم روانشناختی که باعث اختلال کارکرد فرد در حوزه‌های روانشناختی، اجتماعی و جسمانی یا می‌شود، استرس است. بررسی‌های فراوانی که در زمینه ارتباط بین استرس و بیماری کرونر قلبی انجام شده است نشان می‌دهند که بیماران قلبی، شرایط استرس‌زای بیشتری را طی دو سال پیش از ابتلا به بیماری داشته‌اند [۷]. استرس معمولاً به چندین پاسخ فیزیولوژیکی منجر می‌شود که این پاسخ‌ها در مدت زمان کوتاه برای حفظ تعادل حیاتی فرد لازم است ولی در صورت تداوم استرس و مزمن شدن آن می‌تواند موجب تغییرات زیستی در بدن شود و به ایجاد بیماری‌هایی از قبیل بیماری عروق کرونر قلب منتهی شود [۸]. روان‌شناسی سلامت، در سال‌های اخیر اهمیت زیادی برای شیوه مدیریت و مواجهه با استرس و چالش‌های زندگی در بهبود و ارتقاء وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد قائل شده‌اند [۹]. پژوهش‌ها در مورد تنیدگی و استرس در زمینه روانشناسی شناختی-رفتاری، راهبردهای مقابله را به عنوان سازگاری روانی قلمداد می‌کنند [۱۰]. راهبردهای مقابله‌ای^۵ اشاره به روش‌هایی دارد که اشخاص در آن با بهره‌گیری از منابع سازگاری و راهکارهای مراقبتی، از خودشان در برابر

4. Dyslipidemia

5. Coping skills

6. Cognitive-Behavioral Therapy

1. Myocardial Infarction

2. Arrhythmia

3. Heart Failure

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بر اساس طرح - آزمایشی (پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه و پیگیری) بود. این پژوهش با شناسه اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1399.006 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت مصوب گردیده است. این پژوهش در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران نیز با کد IRCT20180205038626N5 به ثبت رسیده است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل تعداد ۱۲۰ بیمار ترخیص شده (طی سه ماه قبل از اجرای پژوهش) با تشخیص انفارکتوس حاد مراجعه کننده به کلینیک تخصصی قلب نور شهر رشت در سال ۱۳۹۷ بودند. **ب) نمونه پژوهش:** جهت نمونه ابتدا تعداد ۱۲۰ بیمار با استفاده از لیست تهیه شده و از بین بیماران دارای شاخص‌های ورودی و خروجی مطالعه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، بیماران مبتلا به بیماری انفارکتوس قلبی، داشتن حداقل سطح تحصیلات سوم راهنمایی، دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال (به دلیل شیوع بیشتر بیماری در این دامنه سنی) و کسب نمرات ۱ انحراف معیار بالاتر از میانگین در آزمون سلامت روان بود.

ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: بیماران با اختلالات ساختگی، بیماران با دردهای حاد، بیمارانی که به علت اختلالات خلقی و اضطرابی تحت نظر درمان دارویی روان پزشکی یا درمان روانشناختی دیگری بودند، غیبت در جلسات آموزشی.

از این تعداد با روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۳۸ نفر انتخاب شدند که تعداد ۸ نفر به دلیل عدم تمایل از روند پژوهش خارج شدند. در نهایت تعداد ۳۰ آزمودنی، به صورت داوطلبانه، پس از اطمینان دادن در مورد حفظ رازداری در خصوص اطلاعات و یافته‌های حاصل از پژوهش و با رعایت ملاحظات اخلاقی و رعایت شئون انسانی در پژوهش شرکت کردند و به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم گردیدند: گروه آزمایش (۹ نفر زن و ۶ نفر مرد) و کنترل (۸ نفر زن و ۷ نفر مرد).

ابزارهای پژوهش

۱) پرسش‌نامه استرس ادراک شده^۱

پرسشنامه ۱۴ سوالی استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳

توسط کوهن و همکاران [۱۹] تهیه شد و افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه زبان‌های گوناگون ترجمه و در کشورهای زیادی مورد استفاده قرار گرفته و هنجاریابی شده است. در این مجموعه نسخه ۱۴ ماده‌ای آن ارائه می‌شود. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ بدست آمده است. در ایران، صفایی و شکری در سال ۱۳۹۳ نسخه فارسی مقیاس استرس ادراک شده را مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج تحلیل مولفه‌های اصلی با استفاده از چرخش وریمکس نشان داد که نسخه فارسی مقیاس استرس ادراک شده از دو عامل خودکارآمدی ادراک شده و درماندگی ادراک شده تشکیل شده است. شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تاییدی بر پایه نرم افزار AMOS، وجود عوامل دو گانه را تایید کرد. مقادیر ضرایب همسانی درونی برای عوامل خودکارآمدی ادراک شده، درماندگی ادراک شده و نمره کلی استرس ادراک شده به ترتیب برابر با ۰/۸، ۰/۶ و ۰/۷۶ به دست آمد. [۲۰].

۲) پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای^۲

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای توسط لازاروس و فولکمن [۲۱] در سال ۱۹۸۴ تهیه شده و شامل ۶۶ سوال بوده و ۲ مقیاس مقابله‌ای راهبرد حل مساله و راهبرد هیجان مدار را می‌سنجد. هر مقیاس شامل مجموعه‌ای از سوالات می‌باشد و نمره فرد در هر مقیاس از مجموع امتیازات وی از سوالات مربوط به آن مقیاس بدست می‌آید. فولکمن و لازاروس ثبات درونی ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ را برای هریک از راهبردهای مقابله‌ای گزارش کرده‌اند. در ایران اعتبار پرسشنامه راهبرد های مقابله‌ای توسط ندایی و همکاران در سال ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار گرفت و نتایج روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش وریمیکس نشان داد که ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۶، راهبرد حل مساله ۰/۸۲ و راهبرد هیجان مدار ۰/۸۸ به دست آمد [۲۲].

شیوه انجام پژوهش

افراد گروه آزمایش در گروه مربوطه تحت ۸ جلسه آموزش یک ساعت و نیم درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. استرس ادراک شده و مهارای مقابله‌ای این افراد توسط پرسشنامه در ابتدا (پیش آزمون)، پس از پایان جلسات (پس آزمون) و مجدداً سه ماه بعد (پیگیری) ارزیابی گردید. گروه کنترل تحت روش درمانی قرار نگرفتند.

^۱ Perceived Stress Questionnaire/PSQ

2. Coping Skills Questionnaire/CSQ

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های آماری تی دو گروه مستقل، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. سه ماه بعد نیز پیگیری از نمونه‌ها انجام شد و برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار اسپس پی اس نسخه ۲۲ استفاده گردید. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

طرح درمان

خلاصه محتوای جلسات درمانی و فعالیت‌های انجام شده به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با هم، آشنایی با درمان شناختی رفتاری، آشنایی با تأثیر عوامل روان شناختی بر بیماری‌های قلبی عروقی توسط متخصص قلب و عروق و تعیین هدف‌های درمان که شامل این است که چگونه تعامل‌های رفتاری و یا فکری خود بود. آشنایی با الگوهای جدید سازش پذیری مثل مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله، شایستگی‌ها، تبادل رفتاری و بحث درباره قواعد، نقش‌ها و کنترل تعارض‌ها آموزش داده.

جلسه دوم: آگاه کردن بیمار از نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس و شناسایی افکار مرتبط با این علائم و مروری بر اهداف جلسه اول.

جلسه سوم: ابتدای جلسه اهداف درمان شناختی و رفتاری مرور شد و علائم و نشانه‌های استرس و افکار اضطرابی جمع بندی شده و سپس تمایز بین فکر و احساس و تعیین رابطه افکار با احساس‌ها، هیجان‌ها و رفتارها پرداخته شد.

جلسه چهارم: آموزش تنفس مؤثر و آرامش عضلانی بطوریکه هنگام مواجهه با محرک‌ها و یا استرس‌ها تنفس دیافراگمی باعث آرامش ماهیچه‌ای و آسودگی ذهن می‌شود. بیمار را آگاه می‌نماییم که در این حالت بدن انرژی کمتری مصرف می‌کند و از اعضای مثل قلب، شش و مغز کار کمتری کشیده می‌شوند.

جلسه پنجم: مروری بر آموزش‌های جلسات قبلی، تمرینات آموزشی تنفس و آرامسازی عضلات سپس به آموزش فنون توقف افکار منفی و چالش با افکار منفی پرداخته شد و به افراد آموزش داده شد که پیامد افکار منفی با احساس غم، اضطراب یا دیگر مشکلات هیجانی به همراه خواهد بود.

جلسه ششم: مروری بر اهداف جلسات قبل و مشاهده تمرینات آموزش داده شده و بازخورد از بیماران، آموزش فنون جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی که در این صورت بیمار بر رفتارهای واقعی که در مواقع مواجهه با

مشکلات قرار می‌گیرد، تمرکز داشته باشد. به بیمار آموزش‌های لازم در جهت یادگیری و تجربه مهارت‌های نوین داده شد که این آموزش‌ها می‌توانند بعداً در وضعیت‌ها و موقعیت‌های واقعی به کار گرفته شوند.

جلسه هفتم: مرور تمرینات جلسات قبلی و آموزش مهارت‌های حل مسئله: در این مرحله افراد تشویق می‌شوند، مشکلاتی را که پیش‌تر به صورت مبهم و کلی تعریف می‌کردند، به شکلی دقیق و بدون ابهام تعریف کنند. اگر فردی چند مشکل را مطرح کرد، باید تشویق شود تا این مشکلات را اولویت بندی کرده و سپس برای حل هر کدام از آن‌ها از روش حل مسئله استفاده کند. هنگام آموزش حل مسئله به گروه، تمام افراد تشویق شدند تا تمام راه‌حل‌های احتمالی و ممکن برای مشکل مطرح شده فکر کرده و آن‌ها را ارائه کنند و بهترین راه‌حل را از میان تمام راه‌حل‌ها انتخاب کنند.

جلسه هشتم: مرور تمرینات و خاتمه جلسات و بازخورد از بیماران.

نتایج

نتایج جدول ۱ بیانگر اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به گروه آزمایش و کنترل می‌باشد. نتایج مقایسه میانگین سنی دو گروه از آزمون تی^۱ دو گروه مستقل، نشان داد که بین دو گروه از لحاظ سن نیز تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین نتایج تحلیل کای دو^۲ نشان داد که بین دو گروه از لحاظ سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در گام بعدی برای انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر^۳ پیش فرض‌های آزمون مورد بررسی قرار گرفت. پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو-ویلک^۴ بررسی و تأیید شد. نتایج آزمون تی نمرات پیش‌آزمون استرس ادراک شده و راهبرد های مقابله ای بین دو گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که دو گروه مذکور در ابتدای مطالعه در هیچ یک از دو متغیر وابسته با هم تفاوت معنی داری نداشتند ($p > 0/05$). اگرچه در تحلیل‌های بعدی نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش در نظر گرفته شدند. نتایج حاصل از آزمون لوین نیز در خصوص پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات استرس ادراک شده و راهبرد های مقابله ای بیماران بعد از آنفارکتوس میوکارد در دو گروه حاکی از برقراری این پیش فرض بود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۲ درج شده است.

نتایج جدول ۲ بیانگر این است که میانگین نمره استرس ادراک شده و راهبرد هیجان مدار در گروه آزمایش پس از

3. ANOVA with repeated measure

4. Shapiro-Wilk Test

1. T test

2. Chi-square

داشته است. در مقابل میانگین نمره راهبرد حل مساله گروه کنترل در سه مرحله تغییر قابل ملاحظه‌ای نداشته است. نمودار ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمره راهبرد هیجان مدار گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش داشته است و در مرحله پیگیری اندکی افزایش یافت. اما میانگین نمره راهبرد هیجان مدار گروه کنترل در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته و در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تقریباً بدون تغییر است.

در مرحله بعد آزمون تعقیبی بونفرونی^۱ برای مقایسه جفتی بین میانگین مراحل در هر متغیر در گروه آزمایش انجام شد و نتایج در جدول ۳ مشاهده می‌گردد. نتیجه آزمون تقییبی بونفرونی برای گروه آزمایش نشان داد در متغیرهای استرس ادراک شده و راهبردهای حل مساله در مراحل پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.05$) به جز مرحله پیش آزمون - پیگیری در راهبرد هیجان مدار ($p > 0.05$). هم‌چنین در مراحل پس آزمون - پیگیری همه متغیرها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0.05$).

مداخله کاهش و در مقابل میانگین نمره راهبرد حل مساله افزایش داشت. نمودارهای ۳-۱ مویید این مطلب است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای این متغیرها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که در اثر درمان شناختی- رفتاری تفاوت معنی‌داری بر میانگین استرس ادراک شده ($F = 8/10, p < 0.05$)، راهبرد حل مساله ($F = 10/10, p < 0.001$) و راهبرد هیجان مدار ($F = 3/43, p < 0.05$) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل وجود داشت.

همان‌گونه که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره استرس ادراک شده دو گروه آزمایش و کنترل با هم مقایسه شده است. مطابق نمودار پایین، میانگین نمره استرس ادراک شده گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش داشته است و این کاهش در مرحله پیگیری هم تداوم داشت. در حالی‌که میانگین نمره استرس ادراک شده گروه کنترل در مرحله پس آزمون افزایش و در مرحله پیگیری کاهش اندکی داشته است.

نمودار ۲ بیانگر این است که میانگین نمره راهبرد حل مساله گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش یافته و در مرحله پیگیری کاهش اندکی

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد در دو گروه آزمایش و کنترل

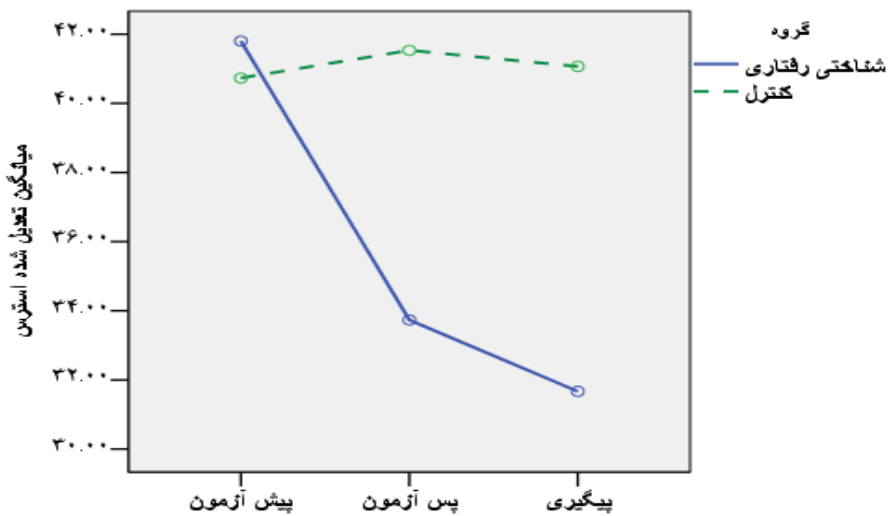
p-value	گروه کنترل (تعداد-درصد)	گروه آزمایش (تعداد-درصد)	متغیر	
			زن	مرد
0/713	8 (53/3%)	9 (60%)	جنسیت	
	7 (46/7%)	6 (40%)		
0/847	38/3 ± 7	37/1 ± 8/13	سن (سال)	میانگین ± انحراف معیار
0/513	1 (6/7%)	3 (20%)	سطح تحصیلات	زیر دیپلم
	7 (46/7%)	7 (46/7%)		دیپلم
	7 (46/7%)	5 (33/3%)		تحصیلات دانشگاهی

جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیرهای استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

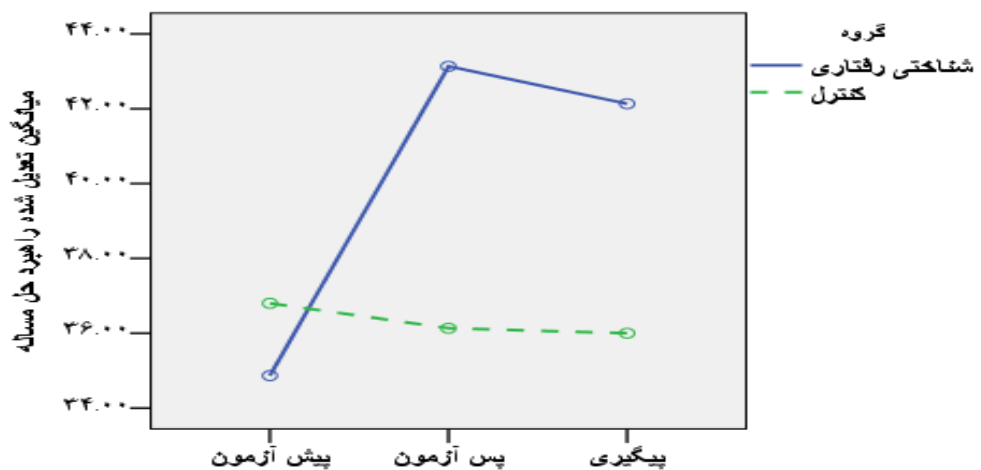
نتیجه آزمون	F	p	ηp2	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
				انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
0/37	8/10	0/002		41/80 ± 7/04	41/80 ± 7/04	41/80 ± 7/04	41/80 ± 7/04	41/80 ± 7/04	استرس ادراک شده
				40/73 ± 9/89	41/52 ± 5/51	41/06 ± 6/06	42/13 ± 3/02	42/13 ± 3/02	راهبرد حل مساله
0/43	10/10	<0/001		42/86 ± 2/56	42/86 ± 2/56	42/86 ± 2/56	42/86 ± 2/56	42/86 ± 2/56	راهبرد هیجان مدار
				36/80 ± 3/19	36/13 ± 5/04	36/10 ± 5/07	39/06 ± 4/48	38/46 ± 5/08	
0/20	3/43	0/047		42/86 ± 5/09	42/86 ± 5/09	42/86 ± 5/09	42/86 ± 5/09	42/86 ± 5/09	
				43/33 ± 3/94	44/13 ± 3/79	44/20 ± 3/49			

جدول ۳. مقایسه جفتی میانگین مراحل در متغیرهای استرس ادراک شده و راهبردهای حل مساله و هیجان مدار آزمایش

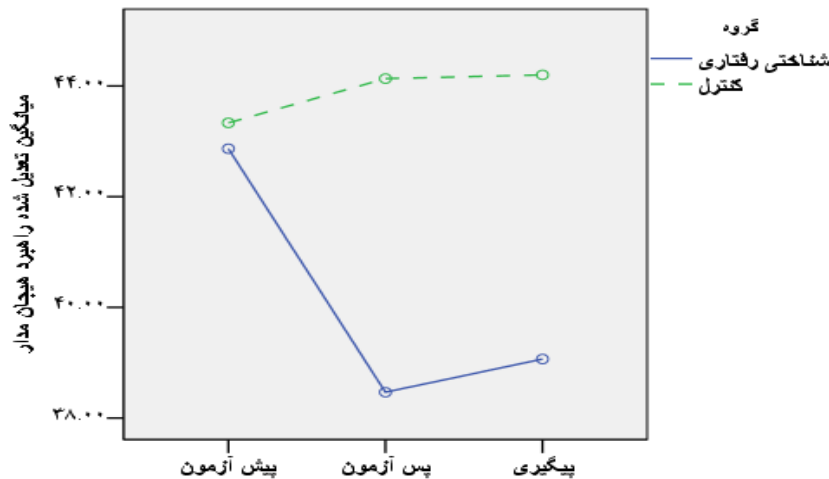
متغیر	عامل I	عامل J	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p
استرس ادراک شده	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۶۳	۱/۳۱	۰/۰۱۷
		پیگیری	۴/۹۰	۱/۲۳	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	۱/۲۷	۰/۶۳۰	۰/۱۶۰
راهبرد حل مساله	پیش آزمون	پس آزمون	-۳/۸۰	۰/۸۳۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۳/۲۳	۰/۸۳۵	۰/۰۰۲
	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۵۶۷	۰/۵۰۲	۰/۱۸۰۶
راهبرد هیجان مدار	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۸۰	۰/۶۸۱	۰/۰۴۰
		پیگیری	۱/۴۷	۰/۶۰۲	۰/۰۶۴
	پس آزمون	پیش آزمون	-۳/۳۳	۰/۳۵۹	۱/۰۰۰



نمودار ۱. مقایسه‌ی میانگین نمره استرس ادراک شده در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل



نمودار ۲. مقایسه‌ی میانگین نمره راهبرد حل مساله در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل



نمودار ۳. مقایسه‌ای میانگین نمره راهبرد هیجان مدار در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف، بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر استرس ادراک شده و راهبرد های مقابله ای بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد بود؛ که یافته‌ها نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس آزمون استرس ادراک شده و راهبرد های مقابله ای تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین پس از اجرای روش درمانی شناختی-رفتاری طی ۸ جلسه، میانگین نمرات استرس ادراک شده و راهبرد هیجان مدار در گروه آزمایش کاهش و میانگین نمره راهبرد حل مساله در این گروه افزایش داشت. در مقابل در گروه کنترل، میانگین نمرات استرس ادراک شده و راهبرد هیجان مدار افزایش یافت و میانگین نمره راهبرد حل مساله تغییر قابل ملاحظه ای نشان نداد. البته این تفاوت معنی دار نمره استرس ادراک شده و راهبرد حل مساله در گروه آزمایش، طی پیگیری سه ماه بعد نیز تداوم یافت و بیانگر این موضوع می‌باشد که روش درمانی شناختی-رفتاری بر استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد مؤثر است. در راهبرد هیجان مدار کاهش معنی دار طی پیگیری حفظ نشد.

هم راستای یافته‌ها و نتایج پژوهش حاضر می‌توان به پژوهشی اشاره کرد که نورلاند و همکاران با هدف بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم گزارش شده از افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد در کشور سوئد انجام دادند. نتایج درمان برای یک جمعیت انفارکتوس میوکارد حاد منجر به پایین آمدن علائم افسردگی یا اضطراب در کل دوره درمانی بود [۱۶]. در

مطالعه دیگری، گرینمن و همکاران به بررسی توسعه و آزمایش درمان شناختی-رفتاری به‌طور خاص بر روی افسردگی، اضطراب و استرس قابل توجه در بیماران مبتلا به بیماری قلبی پرداختند. درمان متناسب با نیاز افراد مبتلا به بیماری قلبی و علائم پریشانی روانی بود. در پایان درمان، از نظر آماری کاهش قابل توجهی در همه علائم پریشانی روانشناختی مشاهده شد [۱۷]. اولادی و همکاران پژوهشی با هدف اثر بخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر سبک-های مقابله در بیماران مبتلا به بیماری های قلبی و عروقی کرونیتر انجام دادند. یافته های حاصل پس از شرکت در درمان شناختی رفتاری گروهی، نشان داد سبک مقابله ای حل مساله از اعضای گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل، دارای افزایش قابل ملاحظه ای و سبک مقابله ای اجتنابی و هیجان مدار از اعضای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش قابل توجهی داشت [۱۸]. به طور کلی یافته های پژوهش حاضر با نتایج بسیاری هم خوان بود [۴، ۱۵-۱۸].

در تبیین می‌توان گفت با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین میزان استرس ادراک شده متوسط تا زیاد در طی ماه قبل از انفارکتوس میوکارد حاد با افزایش مرگ و میر طولانی مدت پس از انفارکتوس میوکارد حاد در بیماران همراه است. علاوه بر این، افزایش استرس با نتایج ضعیف وضعیت سلامتی مرتبط است. این یافته ها نشان داد که هنگام ارزیابی خطر ابتلا به پیامدهای آسیب رسان در طولانی مدت، در نظر گرفتن میزان استرس ادراک شده از بیماران بسیار مهم است [۲۳]. استفاده از راهبرد های حل مسئله برای مقابله با رویدادهای استرس زا در مبتلایان به انفارکتوس قلبی به طور معنی داری کمتر از افراد سالم می

از بحث‌ها و تکالیف دقیقاً سازمان یافته در راستای بازسازی شناختی آن‌ها استفاده شود و منجر به تغییر واکنش‌های آن‌ها شده و این امر سبب شد که بیماران بتوانند به طور مناسبتری واقعیتها را درک و تفسیر کنند. در جلسات درمان شناختی- رفتاری لیستی از خطاهای شناختی که منجر به افکار منفی درباره بیماری می‌شود، مرور شد و به بیماران آموزش داده شد تا به شناسایی این افکار و هیجان‌های همراه آن بپردازند. سپس تکنیک‌های بازسازی شناختی به آنها آموزش داده شد تا به بازسازی این افکار و جایگزینی آن‌ها با افکار سازگارتر بپردازند. با در نظر گرفتن سطوح آسیب دیدگی شناختی بیماران با انفارکتوس حاد میوکارد، به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری نقش تعیین کننده‌ای در بهبود وضعیت روانی آن‌ها داشته باشد.

انفارکتوس میوکارد حاد بیماری جدی و کشنده بیماری عروق کرونری قلب است و جزء اورژانس‌های مهم پزشکی محسوب می‌شود و بار مالی زیادی بر دوش سیستم‌های بهداشتی و درمانی کشورها و اقتصاد خانواده تحمیل می‌کند؛ آگاهی از تغییرات روند این بیماری، عوامل خطرزای آن می‌تواند راهکارهای مناسبی را جهت مداخلات همه جانبه پیش- روی قرار دهد. با وجود اهمیت بهبود عوامل روانی با کمک درمان‌های روانشناختی موثر مانند مداخله شناختی- رفتاری در درمان و پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی و کاهش انفارکتوس قلبی، امید است متخصصان حوزه سلامت جدا از درمان‌های دارویی، به روش‌های درمانی غیردارویی از جمله درمان شناختی- رفتاری توجه بیشتری داشته باشند. بدین ترتیب این بیماران به درمان مناسب، نتیجه بخش و مطلوبی دست می‌یابند.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این مورد اشاره نمود که درمانگر و پژوهشگر در این پژوهش یک نفر بوده و این امر احتمال سوگیری را افزایش می‌داد. شدت و مدت درد احتمالی قفسه سینه بیماران پس از انفارکتوس حاد میوکارد مورد بررسی قرار نگرفت. این امر شاید بتواند بر میزان استرس ادراک شده اثرگذار باشد. در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود برای کنترل بیشتر شرایط درمان و جلوگیری از سوگیری‌های احتمالی، پژوهشگر و درمانگر یک نفر نباشد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود پژوهشگران فاصله زمانی پیگیری را افزایش دهند. در پژوهش‌های بعدی بیماران بر اساس مدت زمان سپری شده بعد از انفارکتوس حاد میوکارد دسته بندی و بررسی شوند.

سپاسگزاری

باشد. در عوض آنها از راهبردهای مقابله‌ای گریز و اجتنابی بیشتر استفاده می‌نمودند [۲۴]. تحقیقات متعددی ارتباط سبک مقابله‌ای هیجان مدار و بیماری کرونری قلب را نشان دادند [۲۷-۲۵]. استفاده از چنین راهبرد‌های مقابله‌ای در مواجهه با استرس باعث افزایش افسردگی و نا کارآمدی در افراد شده و در نتیجه فرد را بیش از گذشته در برابر حوادث استرس زا ناتوان کرده و او را مستعد به انفارکتوس قلبی می‌نماید. کاهش پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان مدارانه و اجتنابی و نا کارآمد در بیماران قلبی و افزایش راهبرد‌های سازگارانه همچون مقابله حل مساله و شناختی مؤثر می‌تواند یک عامل محافظ در مقابله با استرس باشد. چنین یافته‌هایی سبب گردیده تا اخیراً استفاده از مداخلات روانشناختی مانند فراگیری تکنیک‌های شناختی- رفتاری برای مواجهه کارآمدتر با استرس و تغییر الگوهای رفتاری در کنار درمان‌های دارویی بخش مهم پروتکل درمانی بیماران قلبی و عروقی در کشورهای پیشرفته محسوب گردد [۲۸].

درمان‌های روان‌شناختی مختلفی برای درمان اختلالات مرتبط با نقص‌های هیجانی وجود دارد، اما تنها برخی از این روش‌ها توانسته‌اند در پژوهش‌های بالینی اثر بخشی مطلوب خود را به اثبات برسانند [۱۵، ۱۶، ۱۸]. امروزه انتخاب رویکردهای درمانی که به اندازه‌ی کافی جواب‌گوی نیازهای خاص مراجعان باشد، بحث برانگیز شده است. تطبیق یک رویکرد شناختی- رفتاری روش انعطاف‌پذیری برای انطباق دادن مداخلات رفتاری و نیز شناختی است، تا دامنه‌ای از علائم را در حوزه‌های تشخیصی مختلف مورد هدف قرار دهد. درمان شناختی رفتاری با بازسازی شناختی از طریق رویارویی با ارزیابی‌های واقع‌گرایانه نیز می‌تواند راهبردهای مقابله را بهبود بخشد. گروه درمانی شناختی- رفتاری، سبک‌های مقابله را در بیماران مبتلا به بیماری قلبی و عروق کرونر قلب بهبود می‌بخشد [۱۸]. این امر با آگاهی از سبک‌های تفکر، شناسایی خطاهای شناختی، انجام تکالیف شناختی، تقویت رفتار مثبت، تشویق به پذیرش محدودیت‌ها، به اشتراک گذاشتن تجربیات، صحبت کردن در مورد احساسات منفی مربوط به بیماری و پیامدهای احتمالی همراه است.

بر اساس مبانی نظری و فلسفی درمان شناختی رفتاری، رفتار نا مطلوب انسان و مشکلات روانی وی نشأت گرفته از یادگیری‌های غلط می‌باشد و در این جا تأکید روی اصلاح رفتار و تغییر آن است [۲۹]. درمان شناختی- رفتاری به تشخیص و تحلیل و تغییر افکار و رفتارها کمک می‌کند [۳۰]. در این جلسات سعی شد تا افکار غیر منطقی و نا کارآمد در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد شناسایی شود و بیماران نسبت به نقش این عوامل در بیماری آگاه شوند و با شناسایی و چالش با تفکرات منفی، برای اینکه بتوانند این افکار تحریف شده و رفتار ناکارآمد را تغییر دهند،

and gastric emptying as predictors of functional dyspepsia: a case-control study. *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(1):73-81.

11. LePine MA, Zhang Y, Crawford ER, Rich BL. Turning their pain to gain: Charismatic leader influence on follower stress appraisal and job performance. *Academy of Management Journal*. 2016;59(3):1036-59.

۱۲- امیرفخرایی، آریتا. اثربخشی مقدماتی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال نعوظ جنسی و شدت علائم روان‌شناختی همبود: پژوهش مورد منفرد. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۲۰۲۰؛۱۶(۲):۱۷-۲۷.

13. Shin H, Park YM, Ying JY, Kim B, Noh H, Lee SM. Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2014;45(1):44.

۱۴- پایدار اع، سلاله‌سادات، خدابخش، روشنک، مهری‌نژاد، ابوالقاسم س. مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناختی بر درهم‌آمیختگی فکر بیماران مبتلابه وسواس فکری-عملی. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۲۰۲۰؛۱۶(۲):۴۱-۵۱.

15. Jeyantham K, Kotecha D, Thanki D, Dekker R, Lane DA. Effects of cognitive behavioural therapy for depression in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart failure reviews*. 2017;22(6):731-41.

16. Norlund F, Wallin E, Olsson EMG, Wallert J, Burell G, von Essen L, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for symptoms of depression and anxiety among patients with a recent myocardial infarction: the U-CARE heart randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*. 2018;20(3):e88.

17. Greenman P, Jetté J, Green-Demers I, Grenier J. Sad and worried hearts: a psychological treatment for clinically significant depression, anxiety, and post-traumatic stress in patients with cardiac disease. *Int J Clin Cardiol*. 2015;2:037.

18. Oladi F, Bayazi MH, Dargahi M, DEGHANI NM. Cognitive Behavioral Group Therapy and Coping Styles in patients with Acute Coronary Heart Disease. 2014.

19. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983;385-96.

20. Safaei M, Shokri O. Assessing stress in cancer patients: Factorial validity of the perceived stress scale in Iran. 2014.

21. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping: Springer publishing company; 1984.

از تمامی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش و نیز پرسنل کلینیک تخصصی قلب نور که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

منابع

- Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*. 2018;39(2):119-77.
- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;72(18):2231-64.
- Ebrahimi K, Khadem Vatan K, Salarilak S, Gharaaghaji R. Epidemiological features of risk factors occurrence and outcomes of myocardial infarction in patients admitted to hospitals in west azerbaijan province during the years 2011 and 2012. *Urmia Medical Journal*. 2015;26(8):724-34.
- Jani M, Salehi B, Aleyasin SA, Davoudi H. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy on Quality of Life of Cardiovascular Patients. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2017;20(3):22-30.
- Lilly LS, Braunwald E. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine: Elsevier Health Sciences; 2012.
- Torpy JM, Burke AE, Glass RM. Coronary heart disease risk factors. *Jama*. 2009;302(21):2388-.
- Pereira MG, Figueiredo AP, Fincham FD. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: a study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(3):227-32.
- Díaz-Morán S, Palència M, Mont-Cardona C, Cañete T, Blázquez G, Martínez-Membrives E, et al. Coping style and stress hormone responses in genetically heterogeneous rats: comparison with the Roman rat strains. *Behavioural brain research*. 2012;228(1):203-10.
- Karlsen B, Oftedal B, Bru E. The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes. *Journal of advanced nursing*. 2012;68(2):391-401.
- De la Roca-Chiapas JM, Solís-Ortiz S, Fajardo-Araujo M, Sosa M, Córdova-Fraga T, Rosa-Zarate A. Stress profile, coping style, anxiety, depression,

- patients and non-patients. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*. 2010;17(3):33-8.
27. Smith TW, Ruiz JM. Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002;70(3):548.
28. Sadock BJ, Sadock VA, Levin Ze. Kaplan and Sadock's study guide and self-examination review in psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
29. Dolan SL, Martin RA, Rohsenow DJ. Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive behaviors*. 2008;33(5):675-88.
30. Rajati F sG, sadeghi M. . Comparison of three questionnaires on quality of life for heart Failure Patients in a cardiac rehabilitation program. . *Journal of Health system*. 2012;10(1):25-97.
22. Nedaei A, Paghoosh A, Sadeghi-Hosnijeh A. Relationship between coping strategies and quality of life: Mediating role of cognitive emotion regulation skills. *Scientific Journal Management System*. 2016;4(8):35-48.
23. Arnold SV, Smolderen KG, Buchanan DM, Li Y, Spertus JA. Perceived stress in myocardial infarction: long-term mortality and health status outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*. 2012;60(18):1756-63.
24. Akbari M, Mahmood Aliloo M, Aslanabadi N. Relationship between stress and coping styles with coronary heart disease: Role of gender factor. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010;15(4):368-76.
25. Brantley PJ, Grothe KB, Dutton GR. Stress, anger, and hostility in coronary heart disease. *Formulation and Treatment in Clinical Health Psychology*: Routledge; 2009. p. 118-36.
26. Heidari Pahlavian A, Gharakhani M, Mahjub H. A comparative study of stressful life events and stress coping strategies in coronary heart disease