

اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر سلامت عمومی بیماران قلبی

شیدا جبل عاملی^۱، حسین حیدری^۲، سمانه مصطفوی^۲

چکیده

زمینه و هدف: استرس یکی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی است و همچنین باعث کاهش سلامت عمومی در بیماران قلبی می‌شود. هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر سلامت عمومی بیماران قلبی بود.

مواد و روش‌ها: تعداد ۲۶ بیمار قلبی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از واحد بازتوانی مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان انتخاب شده، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۳ نفر) و شاهد (۱۳ نفر) قرار گرفتند. مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس طی ۸ جلسه هفتگی بر گروه آزمایش انجام شد. پرسش‌نامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-12) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط اعضای دو گروه تکمیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمره پس‌آزمون سلامت عمومی گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری داشته است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید، برای بیماران قلبی به کار رود.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های قلبی، استرس، مدیریت استرس، شناختی- رفتاری، سلامت عمومی.

نوع مقاله: کوتاه

دریافت مقاله: ۹۰/۹/۲۸

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۲

مقدمه

کنش اجتماعی و افسردگی را در بر می‌گیرد (۵). Blumenthal و همکاران (۶)، Steptoe و Trzcieniecka (۷) و Bolling و Peterson (۸) در تحقیقات خود نشان داده‌اند که کاربرد روش‌های مقابله با استرس مانند مدیریت استرس، باعث کاهش آشفتگی و بهبود سلامت عمومی در بیماران قلبی می‌شود. از این رو با آموزش روش‌های مقابله با استرس به این بیماران، می‌توان از طریق کاهش رفتارهای مستعد کننده بیماری، به بهبود سلامت عمومی آن‌ها کمک نمود. مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس به مجموعه تکنیک‌ها و روش‌هایی اطلاق می‌شود که برای کاهش

بیماری‌های قلبی از جمله بیماری‌های روان‌تنی هستند (۱) که علاوه بر عوامل زیستی، تحت تأثیر عوامل روانی- اجتماعی نیز قرار دارند (۲). استرس علاوه بر این که یکی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی است، تلاش برای غلبه بر آن نیز می‌تواند پاسخ‌های فیزیولوژیکی و روان‌شناختی‌ای ایجاد کند که نتیجه آن به وجود آمدن مشکلات مربوط به سلامتی در افراد مبتلا به این بیماری است (۳، ۴). سلامت عمومی، وضعیت سلامت فرد از نظر جسمانی و روانی می‌باشد و مجموعه علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در

۱- دانشجوی دکترا، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: sh.jabalameli@yahoo.com

۲- پزشک، مرکز تحقیقات بازتوانی قلب و عروق، پژوهشکده قلب و عروق اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مانند دیابت، اختلالات روان‌پریشی از جمله اسکیزوفرنی، افسردگی شدید و ... که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارد بود که با استفاده از پرونده‌های پزشکی موجود بیماران و مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر اول تشخیص داده شده بود و همچنین غیبت بیش از دو جلسه بود.

به منظور انجام پیش‌آزمون قبل از شروع مداخله، پرسش‌نامه توسط اعضای نمونه تکمیل شد. آن گاه گروه آزمایش در ۸ جلسه هفتگی و هر جلسه به مدت حدود ۹۰ دقیقه تحت مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس قرار گرفت. در حین مداخله نیز هیچ ریزشی وجود نداشت. پرسش‌نامه‌های مذکور به منظور انجام پس‌آزمون، در آخرین جلسه درمانی توسط گروه آزمایش تکمیل شد. با افراد گروه شاهد نیز تماس گرفته شد و در محل اجرای مداخله یک بار دیگر پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش و شاهد تحت درمان دارویی قرار داشتند، ولی تنها گروه آزمایش تحت درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس قرار گرفت. جهت تنظیم طرح مداخله از مدل شناختی- رفتاری مدیریت استرس ارایه شده توسط Antoni و همکاران استفاده شد (۱۰). در این مداخله راهبردهای مقابله با استرس به بیماران آموزش داده می‌شود. همچنین سعی می‌شود افکار ناکارآمد و باورهای هسته‌ای که واکنش‌های هیجانی و روان‌شناختی افراطی و علائم بیماری را به همراه دارند، شناسایی و اصلاح شوند. جلسه اول شامل معارفه و بحث راجع به عوامل ایجادکننده استرس و نقش استرس بر شروع، تشدید و تداوم بیماری‌های قلبی و آموزش تن‌آرامی و تنفس دیافراگمی بود. در جلسات دوم و سوم درباره ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیر منطقی و توضیح درباره خطاهای پردازشی و آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با آن‌ها به عنوان راه‌کاری جهت تغییر افکار غیر منطقی بیمار صحبت شد. جلسه چهارم شامل آموزش مدیریت خشم و مراقبه، جلسه پنجم شامل آموزش شیوه حل مسأله، جلسه ششم شامل آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود، جلسه هفتم شامل آموزش مدیریت بر

استرس تجربه شده توسط افراد یا افزایش توانایی آن‌ها در مقابله با استرس‌های زندگی به کار گرفته می‌شوند (۹). این مداخله بیشتر برای افرادی ایجاد شده است که با استرس ناشی از بیماری‌های مزمن و جسمی مانند بیماری‌های قلبی دست و پنجه نرم می‌کنند و ترکیبی از تکنیک‌های آرمیدگی و تکنیک‌های شناختی رفتاری است (۱۰). از این رو با توجه به شیوع بالای بیماری‌های قلبی و تأثیر آن‌ها بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به این بیماری‌ها، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر سلامت عمومی بیماران قلبی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از جمله طرح‌های آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران قلبی مراجعه‌کننده به واحد بازتوانی مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان در سال ۱۳۸۸ بود. نمونه مورد نظر شامل ۲۶ بیمار قلبی بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد (هر کدام ۱۳ نفر) قرار داده شدند. کلیه شرکت‌کنندگان نیز آگاهانه و داوطلبانه در نمونه‌گیری شرکت کردند و از نظر محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد و بیان گردید که در هر زمانی قادر به ترک جلسات هستند.

ملاک‌های ورود به این تحقیق عبارت بودند از: ۱- داشتن یکی از بیماری‌های قلبی که مداخله قلبی روی آن‌ها انجام شده باشد (Coronary artery bypass graft یا CABG و Percutaneous coronary intervention یا PCI) یا آنژیوگرافی کرونر (PTCA یا Percutaneous transluminal coronary angioplasty) آن‌ها مثبت باشد، یا داشتن سابقه سکته قلبی و درد قلبی با تشخیص پزشک متخصص قلب و عروق، ۲- دامنه سنی ۳۵ تا ۶۵ سال، ۳- سطح تحصیلات سیکل به بالا. معیارهای خروج نیز شامل سابقه داشتن بیماری‌های جسمی و روانی قابل توجه

داده‌های مطالعه در نرم‌افزار SPSS^{۱۶} و با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه آزمایش و شاهد در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و شاهد

عضویت گروهی	گروه آزمایش N = ۱۳	گروه شاهد N = ۱۳	کل N = ۲۶
متغیرها و سطوح آن	فراوانی	فراوانی	فراوانی
سن	۳	۴	۷
	۵	۳	۸
	۵	۶	۱۱
	۴	۶	۱۰
تحصیلات	فوق دیپلم	۲	۶
	۵	۵	۱۰
وضعیت اشتغال	شاغل	۴	۱۰
	۷	۹	۱۶
	۵	۴	۹
جنسیت	مرد	۹	۱۷
	۸	۹	۱۷

میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت عمومی دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آمده است.

در این پژوهش، نمره پیش‌آزمون به عنوان متغیر همگام شناخته شد و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد. با توجه به آن که تحلیل کوواریانس از جمله آزمون‌های پارامتریک است، پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع و تساوی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

زمان و جلسه هشتم شامل مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل بود. درمان‌گر در هر جلسه ابتدا موارد مورد بحث را مشخص می‌ساخت، مهارت‌های جدید را به بیماران می‌آموخت و تکالیفی برای اجرا در فاصله بین جلسات معین می‌کرد. بیماران موظف بودند که در فاصله بین دو جلسه تمرین‌های عملی تعیین شده را در خانه به طور عملی انجام داده، در هر جلسه گزارشی از روند انجام آن تکلیف را بیان کنند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی شامل سن، سطح تحصیلات، جنسیت و وضعیت شغلی و همچنین پرسش‌نامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-12) استفاده شد. عبادی و همکاران مطالعه‌ای با هدف ترجمه و تعیین پایایی و روایی پرسش‌نامه GHQ-12 انجام دادند (۱۱). در این مطالعه ثبات درونی ابزار با استفاده از ضریب Cronbach's alpha ارزیابی شد و این ضریب ۰/۸۷ محاسبه شد. روایی پرسش‌نامه نیز، با استفاده از روش تحلیلی "مقایسه گروه‌های شناخته شده" مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نمایان‌گر تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای بین گروه‌ها بود. همچنین بهترین نقطه برش برابر ۳/۵ با حساسیت ۸۷ درصد و ویژگی ۶۰ درصد محاسبه شد. در نهایت مشخص شد که نسخه ایرانی پرسش‌نامه GHQ-12 ابزاری با پایایی و روایی مناسب جهت اندازه‌گیری وضعیت بهداشت و سلامت روانی است. لازم به ذکر است که به دست آوردن نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده علائم مرضی بیشتر و سلامت عمومی پایین‌تر است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت عمومی در دو گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
سلامت عمومی	آزمایش	۱۳	۳۶/۷	۱۳	۲۴/۹
	شاهد	۱۳	۳۲/۱	۱۳	۳۰/۲۸
				انحراف معیار	انحراف معیار
				۶/۶	۷/۴
				۷/۱	۸/۳

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان سلامت عمومی دو گروه در مرحله پس‌آزمون

شاخص متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی‌داری	میزان تأثیر	توان آماری
سلامت عمومی	۱	۲۵۹/۶۱۳	۲۲/۵۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۷
پس‌آزمون	۱	۱۴۲/۵۰۴	۱۲/۳۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۱
پیش‌آزمون	۱	۱۴۲/۵۰۴	۱۲/۳۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۱

و Peterson (۸) همخوان دانست. طبق نتایج این تحقیقات استفاده از تکنیک‌های مدیریت استرس باعث می‌شود که فرد بتواند با موقعیت استرس‌زا بهتر برخورد کند و به کنترل بیشتر وضعیت جسمانی و روانی خویش دست یابد و در نتیجه سلامت وی بهبود یابد.

با توجه به این که سلامت عمومی، وضعیت سلامت فرد از نظر جسمانی و روانی می‌باشد، در پژوهش حاضر تلاش شد تا با آموزش تکنیک‌های مختلف رفتاری و شناختی مدیریت استرس بهبود هر دو بعد مورد هدف قرار گیرد. در بیماری‌های مزمن جسمی، استرس‌زها و شیوه‌های پردازش آن‌ها ممکن است از طریق تأثیر بر فرایندهای روانی-عصبی-ایمنی شناختی بر تسریع پیشرفت بیماری و کاهش سلامتی، دخالت داشته باشند. حال مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس می‌تواند از طریق افزایش حس کنترل، خودبستگی، عزت نفس، مقابله سازگاران و حمایت اجتماعی، بر این فرایندها مؤثر باشد. به نظر می‌رسد که این تغییرات، حالات خلقی منفی و انزوای اجتماعی را کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی و سلامت عمومی را ارتقاء می‌بخشد که این نیز ممکن است منجر به کاهش سطح هورمون‌های استرس و بهبود عملکرد سیستم ایمنی شود (۱۰). به عنوان مثال در این پژوهش، آموزش تکنیک‌های مختلف کاهش اضطراب مانند تن‌آرامی، تنفس دیافراگمی، مراقبه و تصویرسازی باعث کاهش اضطراب و علائم جسمانی استرس در بیماران شد. استفاده از تکنیک بازسازی شناختی و چالش با افکار و نگرش‌های خودآیند منفی مرتبط با بیماری نیز، خلق افسرده بیماران را کاهش داد؛ به طوری که فرد به افکار و تصاویر ذهنی غیر انطباقی خود آگاهی می‌یابد و ارزیابی‌های انطباقی را جایگزین آن‌ها می‌کند. علاوه بر این، آموزش سبک‌های ارتباطی صحیح و ابراز وجود باعث افزایش میزان روابط اجتماعی

نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون Levin) و نرمال بودن توزیع (با استفاده از آزمون شاپیروویلک) برقرار است ($P > 0.05$) و با توجه به این که تعداد بیماران در دو گروه آزمایش و شاهد برابر بود ($n = 13$)، استفاده از تحلیل کوواریانس بدون مانع شناخته شد. در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان سلامت عمومی دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس‌آزمون ملاحظه می‌شود:

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین تعدیل شده نمرات سلامت عمومی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (آزمایش و شاهد) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($P < 0.05$). از این رو فرضیه پژوهش تأیید می‌شود، یعنی مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس، بر میانگین سلامت عمومی شرکت کنندگان در مرحله پس‌آزمون تأثیر داشته است و میزان این تأثیر برابر با ۴۲ درصد بوده است. توان آماری بالای ۰/۸ همراه با سطح معنی‌داری مطلوب، کفایت حجم نمونه و دقت بالای آزمون را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر سلامت عمومی بیماران قلبی انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس باعث بهبود سلامت عمومی گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شده است. این نتایج را می‌توان تا حدی با نتایج پژوهش‌های Blumenthal و همکاران (۶)، Steptoe و Trzcieniecka (۷) و Bolling

پیگیری نتایج درمان اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که مطالعات بعدی به بررسی پایداری اثرات درمان نیز بپردازند. همچنین برای نتیجه‌گیری دقیق‌تر می‌توان طرح حاضر را برای هر گروه از بیماری‌های قلبی به طور جداگانه اجرا کرد و اثربخشی آن را در گروه‌های مختلف مقایسه کرد. علاوه بر این، ملاک‌های ورودی خاصی که برای شرکت بیماران در این پژوهش وجود داشت، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم نتایج به دست آمده مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند.

سپاسگزاری

این پژوهش با همکاری واحد بازتوانی مرکز تحقیقات بازتوانی قلب و عروق اصفهان انجام شده است. از همه کسانی که در انجام این پژوهش راهنمایی‌ها و مساعدت‌های لازم را فراهم نموده‌اند، سپاسگزاری می‌شود.

مطلوب و در نتیجه افزایش دریافت حمایت اجتماعی شده، این یکی از عواملی است که خلق افسرده و سلامت روانی را در این بیماران بهبود بخشیده است (۱۲).

در مجموع، مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس، فرد را با استرس و نوع مقابله با آن آشنا می‌کند و می‌تواند با خنثی کردن برخی از تأثیرات استرس‌زها و پاسخ‌های استرس، به عملکرد روان‌شناختی و فیزیولوژیک بهتر فرد کمک نماید. از این رو این مداخله در کاهش میزان پیشرفت بیماری و بهبود سلامتی مؤثر است. به طور کلی، نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر بهبود سلامت عمومی بیماران قلبی بود، از این رو این مداخله می‌تواند به عنوان شیوه مکمل درمان پزشکی، در جهت بهبود سلامت عمومی این بیماران به کار گرفته شود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به فقدان زمان کافی برای

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
2. Kuper H, Adam HO, Theorell T, Weiderpass E. Psychosocial Determinants of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Women: A Prospective Study in Sweden. *American Journal of Epidemiology* 2006; 164(4): 349-57.
3. Littleton MA. Relationship between Stress, Coping, and Cardiovascular Disease Risk in African American Women Living in Rural Alabama. 2003.
4. Feldman RS. Understanding psychology. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
5. Akbaripour S. Effectiveness of Stress Inoculation Group Training on General Health in patients with cardiovascular diseases. [Thesis]. Isfahan. Iran: Psychology Faculty, Isfahan University. 2006.
6. Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, Watkins LL, Waugh R, Georigiades A, et al. Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293(13): 1626-34.
7. Trzcieniecka-Green A, Steptoe A. The effects of stress management on the quality of life of patients following acute myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Eur Heart J* 1996; 17(11): 1663-70.
8. Ai AL, Peterson C, Bolling SF. Psychological recovery from coronary artery bypass graft surgery: The use of complementary therapies. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 1997; 3(4): 343-53.
9. Davazdah Emamy MH, Roshan R, Mehrabi A, Attari A. The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on glycemic control and depression in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2009; 11(4): 385-92.
10. Antoni MH, Ironson G, Schneiderman N. Cognitive-Behavioral Stress Management. New York: Oxford University Press; 2007.
11. Ebadi M, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi GH, Fateh A, Montazeri A. The 12-item general health questionnaire (ghq-12): translation and validation study of the Iranian version. *Payesh* 2002; 1(3): 39-46.
12. Walton KG, Schneider RH, Salerno JW, Nidich SI. Psychosocial stress and cardiovascular disease. Part 3: Clinical and policy implications of research on the transcendental meditation program. *Behav Med* 2005; 30(4): 173-83.

Effectiveness of cognitive-behavioral stress management interventions on general health among patients with heart disease

Sheida Jabalameli¹, Hossein Heydari², Smaneh Mostafavi²

Abstract

Aim and Background: Stress is one of the risk factors for heart diseases. It also reduces general health in patients with heart diseases. The aim of this research was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral stress management interventions on general health among patients with heart diseases.

Methods and Materials: A total number of 26 patients with heart diseases were selected by convenience sampling method from the rehabilitation unit of Cardiovascular Research Center (Isfahan, Iran). The subjects were randomly assigned into two groups of experimental (n = 13) and control (n = 13). The experimental group received 8 weekly sessions of cognitive-behavioral stress management intervention. The General Health Questionnaire (GHQ-12) was completed in the pretest and posttest phases by the patients of the two groups. Data was analyzed by SPSS₁₆ using analysis of covariance (ANCOVA).

Findings: The results of ANCOVA showed that mean general health scores of posttest significantly decreased in the experimental group compared to the control group ($P < 0.05$).

Conclusions: The results of this study showed that cognitive-behavioral stress management interventions can be used as a useful interventional method for patients with heart diseases.

Keywords: Heart diseases, Stress, Stress management, Cognitive behavioral intervention, General health.

Type of article: Short Communication

Received: 19.12.2011

Accepted: 21.02.2012

1. PhD Student, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Email: sh.jabalameli@yahoo.com

2. Cardiac Rehabilitation Research Center, Isfahan Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.