

تأثیر آرامش عضلانی و شناخت درمانی بر میزان اضطراب مبتلایان به سکتة قلبی بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی اهواز در سال ۸۲

دکتر نجمه حمید

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهیدچمران اهواز

مجله پزشکی هرمزگان سال یازدهم شماره اول بهار ۸۶ صفحات ۳۹-۳۳

چکیده

مقدمه: یکی از رایج‌ترین عوارضی که مبتلایان به سکتة قلبی از آن رنج می‌برند، مشکلات روانی مانند اضطراب و افسردگی می‌باشد که اکثریت بیماران آن را تجربه می‌کنند و باعث کاهش عملکرد حیاتی و افزایش خطر مرگ می‌شود. اینگونه علائم بالینی مانند اضطراب، اشتغالات ذهنی و افکار منفی در خصوص احتمال وقوع حمله بعدی، بهداشت جسمانی و روانی بیماران را به مخاطره می‌اندازد. هدف از این پژوهش، تعیین میزان اضطراب و افسردگی بیماران در مراحل مختلف قبل، بعد و سه ماه پس از اعمال روش آرامش عضلانی و شناخت درمانی بوده است.

روش کار: پژوهش حاضر شامل مطالعه‌ای تجربی بر روی ۶۰ نفر از افراد مبتلا به سکتة قلبی بوده است که به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده جهت ارزیابی میزان اضطراب و افسردگی، مقیاس های Pt و D از آزمون چندوجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI) فرم کوتاه ۷۱ سؤالی بوده است. بمنظور تجزیه و تحلیل یافته‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

نتایج: نتایج حاصل نشان داد که پس از اعمال روشهای درمانی، میزان اضطراب و افسردگی بیماران گروه آزمایشی در مراحل قبل، پس از خاتمه درمان و دوره پیگیری سه ماهه کاهش معنی‌داری ($P < 0.01$) داشته است در حالی که میزان اضطراب و افسردگی بیماران گروه کنترل کماکان ثابت بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل حاکی از تأثیر روش آرامش عضلانی و شناخت درمانی بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سکتة قلبی است. با انجام این روشها حتی می‌توان نیاز به مصرف دارو در این بیماران را کاهش داد و از روشهای غیردارویی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: تکنیکهای ریلکس کردن - اضطراب - سکتة قلبی - اهواز

نویسنده مسئول:

دکتر نجمه حمید

دانشکده روانشناسی علوم تربیتی

- دانشگاه شهیدچمران اهواز

اهواز- ایران

تلفن: ۰۹-۳۳۶-۶۱۱-۹۸

پست الکترونیکی:

dr_najmehamid@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۴/۱۶ اصلاح نهایی: ۸۵/۵/۳۰ پذیرش مقاله: ۸۵/۱۰/۴

مقدمه:

سکتة قلبی از جمله شایع‌ترین بیماریهایی است که امروزه در جوامع مختلف به چشم می‌خورد. میزان ابتلاء به سکتة قلبی نسبت به زمانهای گذشته بطور چشمگیری افزایش یافته است. در ایران نیز بر اساس گزارشات وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، سکتة قلبی شایع‌ترین علت مرگ و میر افراد بالاتر از سی و پنج سال را تشکیل می‌دهد (۱). با توجه به اینکه قلب یکی از

مهمترین و حساس‌ترین اعضای بدن آدمی است، آسیب وارده بر آن بر وضعیت روانی نیز تأثیر نامطلوبی بجا می‌گذارد که بیماریهایی چون سکتة قلبی نیز از این پدیده مستثنی نیستند. بررسیهای متعددی که در سالهای گذشته انجام شده، نشان داده است که رفتارهایی چون افسردگی، اضطراب، خشم و خصومت و استرس‌های زندگی، زمینه‌ساز بیماریهای قلبی است و از سوی دیگر رویداد بیماری قلبی نیز همین پاسخهای رفتاری را پدید

روش کار:

این پژوهش شامل یک مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد. اضطراب و افسردگی در دو گروه آزمایشی و کنترل و در سه مرحله قبل، بعد از درمان و سه ماه پس از دوره پیگیری مورد سنجش قرار گرفته است. جامعه این پژوهش شامل کلیه بیماران است که برای اولین بار با تشخیص سکته قلبی در بخشهای مراقبت ویژه قلبی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی اهواز بستری و ترخیص شده‌اند. نمونه پژوهش شامل بیماران بود که برای اولین بار با تشخیص سکته قلبی در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی در بیمارستانهای امام و گلستان بستری شده و در حال ترخیص بوده‌اند. بیماران در محدوده سنی ۶۰-۴۰ سال قرار داشته و تعداد آنها ۸۰ نفر بوده است که به کمک روش نمونه‌گیری تصادفی، تعداد ۶۰ نفر از آنها برگزیده شدند. پرسشنامه مورد استفاده شامل مقیاس‌های Pt و D از آزمون MMPI بوده است. فرم کوتاه این آزمون شامل ۷۱ سؤال است که برای جامعه ایرانی استاندارد شده است و از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است، دارای ۱۱ مقیاس است که ۳ مقیاس آن روانی و ۸ مقیاس دیگر بالینی می‌باشد. مقیاسهای بالینی شامل Hs (هیپوکوندری و خود بیمارپنداری)، D (افسردگی)، Pt (اضطراب)، Pd (حساسیت و زودرنجی و تکانشوری)، HY (هیستری)، Pa (پارانویا)، Ma (مانیا) و Sc (روان پریشی) می‌باشد. بیماران به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایشی به میزان ۱۲-۸ جلسه، دو بار در هفته و هر جلسه به مدت ۱۲۰-۴۵ دقیقه در جلسات روان درمانی انفرادی شرکت نمودند. این جلسات توسط روان درمانگر متخصص برگزار شده است. مداخله درمانی شامل روشهای آرامش عضلانی و شناخت درمانی بوده است.

جلسه اول بمنظور تهیه شرح حال بالینی، مصاحبه و توجیه خط مشی درمان صورت گرفته است. در حالی که در جلسات بعدی، روشهای درمانی ارائه شده است. روش آرامش عضلانی طی سه جلسه اول به بیماران آموزش داده شد و از آنها تقاضا گردید که در منزل روزی دو مرتبه و هر بار بمدت ۱۵ دقیقه در محلی آرام، فاقد نور، سر و صدا و عوامل مزاحم دیگر تمرین کنند. در جلسات شناخت درمانی،

می‌آورد (۲). پس از بروز سکته نیز، فرد دچار مشکلات روانی شده که بر میزان بهبودی وی تأثیر می‌گذارد و باعث بروز مجدد سکته و یا در نهایت مرگ می‌شود. عدم توجه به استرسها و واکنشهای روانی مبتلایان، سبب توسعه بیماری آنان می‌گردد. اضطراب نیز متعاقب سکته قلبی شایع است (۳). اضطراب از شایع‌ترین و مهمترین واکنشها در برابر این بیماری است (۴).

مطالعات و پژوهشهای متعدد نشان داده‌اند که بیماران بیشترین علت اضطراب را ترس از مردن و سکته مجدد بیان کرده‌اند. خطر حوادث عروق کرونر در مبتلایان به سکته قلبی که سطح اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند، ۳ تا ۵ برابر بیش از بیماران غیرمضطرب است. همچنین بروز حوادث قلبی در بیماران سکته قلبی که اضطراب دارند، بلافاصله پس از سکته و چند ماه بعد از آن افزایش می‌یابد. تحقیقات نشان داده است که سطوح بالای اضطراب، خطر مرگ ناگهانی را تا سه برابر افزایش می‌دهد (۵). با توجه به مطالب مذکور چنین بنظر می‌رسد که مسأله حمایت اجتماعی از این بیماران نقش مهمی در بهداشت روانی و میزان بهبودی آنها دارد. هدف از حمایت اجتماعی بهبود کیفیت زندگی و برگرداندن بیمار به روش زندگی طبیعی است (۶). با توجه به اینکه اغلب بیماران دچار اضطراب و افکار منفی در خصوص احتمال حمله بعدی و مرگ ناگهانی می‌شوند و این اشتغالات ذهنی، بهداشت جسمانی و روانی آنها را دچار مخاطره می‌سازد، استفاده از روشهای ضد اضطراب و درمانهای شناختی که بواسطه آنها بتوان باورداشتهای و افکار منفی در خصوص بیماری را در بیماران تغییر داد، از اقدامات مهمی برای آنها به شمار می‌آید (۷). روشهای آرامش عضلانی و شناخت درمانی که طی چند جلسه بصورت انفرادی اجرا می‌شود، مسلماً در کاهش اضطراب، نگرانی و افکار منفی مؤثر خواهد بود. به همین دلیل پژوهشی با هدف بررسی اثرات دو روش درمانی آرامش عضلانی و شناخت درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی، قبل، پس از مداخله درمانی و پس از دوره پیگیری سه ماهه در گروههای آزمایشی و کنترل ارزیابی شده است.

بعبارت دیگر، بعد از اعمال مداخله درمانی، میزان اضطراب در گروه آزمایشی به میزان ۴/۶۱ کاهش یافته در حالی که در گروه کنترل، میانگین اضطراب قبل و پس از مداخله درمانی تقریباً ثابت باقی مانده است. پس از دوره پیگیری سه ماهه، میزان اضطراب در گروه آزمایشی ۶/۳۱ بوده است. همچنین جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار افسردگی در گروههای آزمایشی و کنترل را نشان می‌دهد. نتایج حاصل آشکار ساخت که در گروه آزمایشی، میانگین افسردگی قبل از اعمال مداخله درمانی به میزان ۱۲/۲۵، پس از اعمال مداخله درمانی به میزان ۸/۶۱ و سه ماه بعد از مداخله درمانی (دوره پیگیری) به میزان ۸/۳۵ بوده است. در حالی که میانگین افسردگی در گروه کنترل قبل از مداخله درمانی ۱۳/۱۵ بوده که پس از اعمال مداخله درمانی در گروه آزمایشی، میانگین افسردگی در گروه کنترل ۱۳/۱۰ و سه ماه بعد از اعمال مداخله درمانی در گروه آزمایشی نیز ۱۳/۷۵ بوده است. بعبارت دیگر، بعد از اعمال مداخله درمانی، میزان افسردگی در گروه آزمایشی به میزان ۴/۶۴ کاهش یافته در حالی که در گروه کنترل، میانگین افسردگی در طول دوره تقریباً ثابت مانده است. سه ماه پس از اعمال مداخله درمانی (دوره پیگیری) در گروه آزمایشی، میزان افسردگی ۸/۲۱ بوده است. یعنی نسبت به زمان قبل از اعمال مداخله درمانی به میزان ۴/۰۴ کاهش داشته است. در حالی که میانگین افسردگی در گروه کنترل، به میزان ۱۳/۷۵ بوده است که در واقع در طول مدت سه ماه کمی افزایش یافته است. جدول شماره ۳، میانگین و انحراف معیار تفاوت اضطراب را قبل و پس از مداخله درمانی و بعد از دوره پیگیری سه ماهه در در گروه آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد.

آزمودنی‌ها به افکار عمومی و خطاهای شناختی خود پی برده و با کمک درمانگر در جهت شناسایی راههای غلبه بر افکار منفی تشویق شده و توانستند بر افکار خودکار و خطاهای شناختی خود غلبه نمایند. همچنین درمانگر در پایان هر جلسه، تکالیفی را برای تمرین در منزل به اعضای گروه ارائه نموده و در جلسه بعدی بازخورد آن را دریافت می‌نمودند. پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی نیز قبل از تشکیل جلسات، بعد از خاتمه و سه ماه پس از آخرین جلسه به طور همزمان به افراد مورد پژوهش در دو گروه آزمایشی و کنترل جهت تکمیل ارائه شد. داده‌های این پژوهش از نوع کمی بوده و از روشهای آماری توصیفی و استنباطی و نرم‌افزار SPSS جهت تجزیه و تحلیل آنها استفاده شده است. برای کلیه آزمونها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

نتایج:

با توجه به یافته‌های حاصل، بیشترین میانگین اضطراب مربوط به مرحله قبل از اعمال مداخله درمانی در هر دو گروه آزمایشی و کنترل بوده که ۱۱/۲۳ می‌باشد. نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که میانگین اضطراب در گروه آزمایشی، قبل از مداخله درمانی به میزان ۱۱/۲۱، بعد از مداخله درمانی ۶/۶ و سه ماه پس از مداخله درمانی، به میزان ۶/۳۱ بوده است. در حالی که میانگین اضطراب در گروه کنترل قبل از مداخله درمانی ۱۱/۲۵ بوده که بعد از مداخله درمانی در گروه آزمایشی میانگین اضطراب ۱۱ و سه ماه بعد از اعمال مداخله درمانی در گروه آزمایشی به ۱۰/۱۱ رسیده است.

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار اضطراب در گروههای آزمایشی و کنترل

گروهها	اضطراب قبل از مداخله درمانی		اضطراب بعد از مداخله درمانی		اضطراب بعد از دوره پیگیری سه ماهه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایشی	۱۱/۲۱	۱/۱۲	۶/۶	۰/۷۸	۶/۳۱	۰/۸۴
گروه کنترل	۱۱/۲۵	۱/۶۵	۱۱	۱/۲۵	۱۰/۱۱	۰/۹۵

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار افسردگی در گروههای آزمایشی و کنترل

گروهها	افسردگی قبل از مداخله درمانی		افسردگی بعد از مداخله درمانی		افسردگی بعد از دوره پیگیری سه ماهه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایشی	۱۳/۲۵	۱/۷۵	۸/۶۱	۱/۲۴	۸/۳۵	۱/۹
گروه کنترل	۱۳/۱۵	۱/۲۱	۱۳/۱۰	۱/۲۲	۱۳/۷۵	۱/۲۶

جدول شماره ۳- میانگین اضطراب قبل، بعد و سه ماه پس از مداخله درمانی در گروههای آزمایشی و کنترل

گروهها	اضطراب قبل و بعد از مداخله			اضطراب قبل و بعد از سه ماه دوره پیگیری			اضطراب بعد از مداخله و سه ماه دوره پیگیری		
	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری P	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری P	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری P
گروه آزمایشی	۴/۶۱	۰/۲۹	۰/۰۰۰۱	۴/۹	۰/۳۱	۰/۰۰۰۱۵	۰/۲۹	۰/۱۹	۰/۱۵
گروه کنترل	۰/۲۵	۰/۱۲	۰/۱۶	۱/۱۴	۰/۲۱	۰/۱۹	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۱۳

جدول شماره ۴، میانگین و انحراف معیار تفاوت نمره افسردگی را قبل و پس از اعمال مداخله درمانی و بعد از دوره پیگیری سه ماهه در گروه آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد.

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین افسردگی قبل و بعد از مداخله درمانی در گروه آزمایشی ۴/۶۴ و در گروه کنترل ۰/۰۵ می‌باشد. در گروه آزمایشی، نتیجه حاصل در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بوده است. همچنین اختلاف میانگین افسردگی، قبل و سه ماه بعد از مداخله درمانی در گروه آزمایشی ۴/۹۰ و در گروه کنترل ۰/۵۰ بوده است که نتیجه حاصل در گروه آزمایشی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بوده است. این یافته بیانگر آن است که مداخله درمانی به میزان قابل توجهی موجب کاهش افسردگی در گروه آزمایشی شده است. همچنین تفاوت میانگین افسردگی بعد از خاتمه درمان و پس از دوره پیگیری سه ماهه اندکی کاهش یافته است.

بر اساس این نتایج، اختلاف میانگین اضطراب قبل و بعد از مداخله درمانی در گروه آزمایشی ۴/۶۱ و در گروه کنترل ۰/۲۵ می‌باشد. در گروه آزمایشی نتیجه حاصله در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بوده است. همچنین اختلاف میانگین اضطراب قبل و سه ماه بعد از مداخله درمانی در گروه آزمایشی ۴/۹ و در گروه کنترل ۱/۱۴ بوده است که نتیجه حاصل در گروه آزمایشی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بوده است. این یافته‌ها بیانگر این است که مداخله درمانی به میزان قابل توجهی موجب کاهش اضطراب در گروه آزمایشی شده است. همچنین تفاوت میانگین اضطراب بعد از خاتمه درمان و پس از دوره پیگیری در گروه آزمایشی ۰/۲۹ بوده که نشان‌دهنده این است که اضطراب گروه آزمایشی تغییر قابل ملاحظه‌ای نداشته و حتی پس از پیگیری سه ماهه اندکی کاهش یافته است. در گروه کنترل، میانگین تفاوت اضطراب بعد از خاتمه درمان و سه ماه پس از دوره پیگیری به میزان ۰/۱۱ بوده است که بیانگر تغییرات بسیار جزئی اضطراب در گروه کنترل بعد از مداخله و پس از سه ماه دوره پیگیری می‌باشد.

جدول شماره ۴- میانگین افسردگی قبل، بعد و سه ماه پس از مداخله درمانی در گروههای آزمایشی و کنترل

گروهها	افسردگی قبل و بعد از مداخله			افسردگی قبل و بعد از سه ماه دوره پیگیری			افسردگی بعد از مداخله و سه ماه دوره پیگیری		
	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری P	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری P	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری P
گروه آزمایشی	۴/۶۴	۰/۳۱	۰/۰۰۰۱	۴/۹۰	۰/۳۹	۰/۰۱۰	۰/۲۶	۰/۱۸	۰/۳
گروه کنترل	۰/۰۵	۰/۱۳	۰/۲۱	۰/۶۰	۰/۹	۰/۱۷	۰/۶۵	۰/۱۴	۰/۲۲

می‌شود، مشروط بر اینکه استرس‌های زندگی وی تعدیل شده و فرد از فنون روان درمانی و شبکه حمایت اجتماعی بهتری برخوردار شود. به همین دلیل در جلسات روان درمانی به اطرافیان بیمار توصیه شد که در جهت تأمین شبکه حمایت اجتماعی و کاهش استرس‌های زندگی به بیمار کمک کنند. مسلماً این اقدامات در کاهش تدریجی اضطراب و افسردگی مؤثر خواهد بود.

از نظر لوین، بیماران بعد از ترخیص از بیمارستان تجاربی از اضطراب را گزارش می‌کنند که منشأ آن می‌تواند ترس از عود علائم و مرگ ناگهانی، به حال خود رها شدن و کمبود اطلاعات لازم پیرامون سکنه باشد که این عوامل موجب هراس بیماران شده و آنان را تحریک‌پذیر می‌سازد. چنین وضعیتی ممکن است بر روابط بیماران با سایر اعضای خانواده تأثیر بگذارد. بنابراین روان درمانی، توانبخشی و حمایت اجتماعی از این بیماران نقش مهمی در کاهش تنش و بازگشت آنها به فعالیت روزمره و عادی زندگی دارد (۱۰).

سلیگمن (۱۹۹۱) با اجرای فنون شناخت درمانی در کنترل اضطراب بیماران دریافت که اضطراب و افسردگی تحت تأثیر این روش درمانی قرار گرفته و به طور کوتاه مدت پس از ۸ جلسه کاهش می‌یابند. البته در برخی موارد لازم است جلسات شناخت درمانی با فاصله زمانی بیشتری در طول دو سال ادامه یابند تا به تدریج حذف شوند. همچنین در مواردی که بیمار با استرس‌های مزمن و عدیده‌ای مواجه است، بنا به تشخیص درمانگر، جلسات شناخت درمانی هر چند وقت یکبار ادامه می‌یابند و حتی در مواردی بر حسب ضرورت، رابطه بیمار با درمانگر کاملاً قطع نمی‌شود (۱۱). همچنین سلیگمن، با انجام شناخت درمانی بر کنترل اضطراب بیماران دریافت که اضطراب و افسردگی تحت تأثیر این روش درمانی قرار گرفته و بطور کوتاه مدت ۶ ماه تا ۲ سال و یا طولانی در مدت ۲ تا ۵ سال بعد از مداخله کاهش می‌یابند (۱۲).

یافته‌های تحقیق فعلی آشکار ساخت که میزان اضطراب و افسردگی مبتلایان به سکنه قلبی در نتیجه روان درمانی به طور معنی‌داری کاهش یافته است.

در گروه کنترل، میانگین افسردگی در طول مدت پس از خاتمه درمان در گروه آزمایشی و بعد از دوره پیگیری سه ماهه کمی افزایش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری:

با مروری بر نتایج حاصل مشخص گردید که اضطراب و افسردگی بیماران گروه آزمایشی بعد از مداخله درمانی، کاهش قابل توجهی داشته است که این کاهش در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. اضطراب و افسردگی بیماران گروه آزمایشی، سه ماه بعد از مداخله درمانی نیز بطور معنی‌داری نسبت به قبل از اعمال مداخله، کاهش معنی‌داری داشته است در حالی که میزان اضطراب و افسردگی گروه کنترل در طول این مدت حتی افزایش یافته است.

مطالعات پیشین نشان داده است که اغلب بیماران چند ماه بعد از حمله قلبی اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند (۷). بیشترین نگرانی‌هایی که موجب می‌شود مبتلایان بعد از سکنه قلبی دچار اضطراب شوند، ترس از عود بیماری، تنش‌های عاطفی، کابوس و اختلالات خواب، ترس از افزایش فشارخون، ناامیدی، اشتغالات ذهنی پیرامون خود و وابستگی بعد از حادثه بوده است (۸). به همین دلیل برخی پژوهشگران مانند پترسون (۱۹۹۳) دریافتند که مداخلات روان درمانی موجب کنترل استرس و کاهش اضطراب بیماران می‌شود (۹). یافته‌های این پژوهش نیز بیانگر این است که مداخله درمانی به میزان قابل توجهی موجب کاهش اضطراب و افسردگی بیماران در گروه آزمایشی شده که سه ماه بعد نیز این کاهش کماکان وجود داشته است.

در گروه آزمایشی، میزان اضطراب و افسردگی حتی بعد از سه ماه دوره پیگیری نسبت به زمان بعد از اعمال مداخله درمانی کاهش بیشتری داشته است. این تغییرات را می‌توان چنین تبیین کرد که جلسات درمانی در این مدت کاملاً قطع نشده است و از هفته‌ای دو بار به ماهی دو بار بر حسب ضرورت رسیده است. از سوی دیگر هر قدر زمان بیشتری از اولین سکنه فرد بگذرد، نگرانی وی کمتر

به محدودیتهای سنی و تحصیلی لحاظ شده در پژوهش، با دشواریها و مشکلات بسیار زیادی همراه بود و لذا نمونه مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری غیراحتمالی انتخاب شد. همچنین با وجود اینکه ملاک حداقل سواد سیکل برای انتخاب آزمودنی‌ها مدنظر بود، ولی به جهت انتزاعی بودن برخی از سؤالات پرسشنامه MMPI، آزمودنی‌هایی که از سطح سواد کمتری برخوردار بودند در فهم برخی سؤالات مشکل داشتند. همچنین بیماران گروه آزمایشی در نتیجه اعمال مداخله درمانی توانستند به شناخت در مورد افکار و رویارویی با احساسات خود نایل شوند و نتایج آماری نیز تأکیدکننده این ادعاست.

با توجه به یافته‌ها، تأثیر روش آرامش عضلانی و شناخت درمانی بر کاهش میزان اضطراب و افسردگی مبتلایان آشکار می‌گردد. اما با عنایت به اینکه مدت زمانی که آزمودنی‌های پژوهش تحت روان درمانی کوتاه مدت (۸ الی ۱۲ جلسه) قرار گرفته‌اند، تأثیر چشمگیری در کاهش اضطراب و افسردگی داشته و اثربخشی آن تا سه ماه بعد از مداخله درمانی نیز بارز است. اگر در درمان این بیماران، روش آرامش عضلانی بویژه شناخت درمانی را در زمان بیشتری و با کیفیت و شرایط مطلوب‌تری انجام داد، مسلماً تأثیرات درمانی آن نیز قابل ملاحظه خواهد بود. همچنین با توجه به اینکه اضطراب افراد در گسترده متوسط قرار داشته است، برای بیمارانی که مدت بیشتری این علائم را تجربه کرده‌اند، حتی می‌توان نیاز به مصرف دارو را در این بیماران کاهش داد و از روشهای غیردارویی استفاده مفید نمود.

همچنین در نتیجه روش آرامش عضلانی، بیماران بر فرآیندهای فیزیولوژیک بدن خود مسلط شده و همواره تلاش می‌نمودند تا پاسخهای آرامش را در عضلات بدن خود مستقر سازند. با توجه به اینکه در اغلب موارد، منشاء اضطراب، عواطف ناگوار و ناخوشایند، باورداشت‌های منفی و غیرمنطقی است، طی جلسات شناخت درمانی سعی گردید که به بیماران کمک شود تا در جهت شناخت افکار خودکار برآیند و نسبت به تغییر افکار، عواطف و احساسات خود تلاش کنند.

موضوعاتی که بیش از همه مورد توجه قرار گرفت. مسئله نگرانی بیماران پیرامون آینده و احساس عدم کفایت و کارآیی آنها بود. بنابراین سعی گردید که در زمینه توانمندسازی بیماران و جلب مشارکت آنان در فعالیتهای اجتماعی سازنده و ضرورت ارتباط آنها با همسالان، توصیه‌های درمانی لازم انجام شود. در خاتمه جلسات، اغلب بیماران به شناخت افکار و رویارویی مثبت با احساسات خود نائل شدند و میزان اضطراب بطور قابل ملاحظه‌ای در آنها کاهش یافت. همچنین خانواده‌های آنان اظهار داشتند که تغییرات قابل ملاحظه‌ای در احساس، رفتار و فعالیتهای روزمره آنها در جهت روال زندگی طبیعی ایجاد شده است. اگرچه تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم تحقیقات گسترده‌تری با نمونه‌های مختلف در این زمینه است، چنین پیشنهاد می‌شود که استفاده از خدمات مشاوره و روان درمانی بعنوان بخشی از برنامه‌های درمانی بیماران بشمار آید.

یکی از محدودیتهای پژوهش حاضر مربوط به انتخاب نمونه است. انتخاب تصادفی نمونه بیمار، با توجه

References

منابع

- دادستان، پری‌رخ. در ترجمه: استورا جین، بنجامین. تنیدگی یا استرس (بیماری جدید تمدن). تهران: انتشارات رشد. ۱۳۷۷.
- توسلی، علی‌اکبر. خرم، زیبا. عملکرد بطن چپ بیماران با انفارکتوس همراه با عارضه تاکی آریتمی فوق بطنی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. ۱۳۷۹. شماره ۵۹. ص ۱۵-۱۳.
- Deite D. Effect of depression and anxiety on mortality and quality of life, 4 months after myocardial infarction. *J Psychiatr Res.* 2000;49:229-238.

4. Warren J. Development of an intervention to cope with depression following myocardial infarction. *Am Fam Physician*. 2001;64:641-648.
5. Brosschot JF, Benschop RJ, Godaei GL, Olf M. Influence of life stress on immunological reactivity to mild psychological stress. *Psychosom Med*. 1994;56(3):216-224.
6. Droy Y, Florian V. Long-term psychological adjustment to coronary artery disease. *Arch Physic Med Rehabil*. 1999;72:326-331.
7. Herbert TB, Cohen S, Marsland AL, Bachen EA, Rabin BS, Muldoon MF, et al. Cardiovascular reactivity and the course of immune response to an acute psychological stressor. *Psychosom Med*. 1994;56:337-344.
8. Regal S, Roberts D. *Mental Health Liaison*. Edinburgh: Bailliere Tindall; 2002.
9. Peterson C, Maier SF, Seligman MEP. *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press; 1993.