





## دانشگاه پیام نور

پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

در رشته روانشناسی عمومی

دانشکده علوم انسانی

گروه علمی روانشناسی.

عنوان پایان نامه:

بررسی تاثیر رفتار درمانی شناختی بر افسردگی و اضطراب و علائم قلبی بیماران دچار سکته قلبی

استاد راهنما:

دکتر احمد علی پور، دکتر مجید کاظمی

استاد مشاور:

دکتر محمد اورکی

**نگارش:**

فرزانه شجاع الدینی

1391/10/27

تقدیم به:

پدر و مادرم

از کلیه اساتید محترم جناب آقای دکتر علی پور، آقای دکتر اورکی، آقای دکتر کاظمی و همسر آقای دکتر جمالی و برادر عزیزم آقای دکتر شجاع الدینی و همینطور مسئولین و کارکنان بیمارستان علی ابن ابیطالب و بخش سی سی یو رفسنجان همچین بیمارانی که در این پژوهش شرکت کرده و همکاری لازم را در انجام این پژوهش داشتند تشکر و قدردانی می نمایم.

بررسی تاثیر رفتار درمانی شناختی بر افسردگی و اضطراب و علائم قلبی بیماران دچار سکته قلبی

## چکیده

هدف: اضطراب و افسردگی از عوامل زمینه ساز و پیآیند بیماری سکته قلبی می باشد که برطرف شدن افسردگی و اضطراب این بیماران گام مهمی در جهت کاهش سکته مجدد و زندگی بدون اضطراب و افسردگی می باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر رفتاردرمانی شناختی بر اضطراب و افسردگی بیماران دچار سکته قلبی می باشد.

**روش کار:** این مطالعه تجربی که بر روی ۳۰ نفر از بیماران بستری در بخش CCU با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب که به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری کنترل و آزمایش جایگزین شدند انجام گردید. برای گروه آزمون ده جلسه مداخله رفتار درمانی شناختی بصورت انفرادی اجرا شد و گروه کنترل تحت مداخله ای قرار نمی گرفت. برای هر دو گروه قبل و بعد از مداخله، پرسشنامه نشانه های اختلال روانی scl-90 تکمیل گردید. اطلاعات در پایان وارد کامپیوتر و با استفاده از نرم افزار SPSS 16 و آزمون های آماری کای دو، مان ویتنی، تی و تی زوج مورد آنالیز قرار گرفت.

**یافته ها:** دربررسی مقایسه میانگین نمره نشانه های افسردگی بین دو گروه قبل از درمان با هم هیچ تفاوت معنا داری نداشتند اما بعد از درمان میانگین نمره افسردگی در گروه آزمون کاهش معنی دار داشت. اما در مقایسه میانگین نمره نشانه های اضطراب بین دو گروه قبل از درمان تفاوت نداشت اما بعد از درمان گروه دریافت کننده رفتار درمانی شناختی نشانه های اضطراب کمتری را داشتند.

**نتیجه گیری:** مداخلات رفتار درمانی شناختی بصورت انفرادی بر اضطراب و افسردگی بیماران سکته قلبی موثر است و با آموزش مداخلات رفتار درمانی شناختی به بیماران و پرسنل و بکارگیری این مداخلات می توان گامی را در جهت کاهش افسردگی و اضطراب پس از سکته قلبی در بیماران برداشت.

**واژگان کلیدی:** رفتاردرمانی شناختی، اضطراب، افسردگی، سکته قلبی

فهرست مطالب ..... صفحه

## فصل اول: کلیات تحقیق

- ۱-۱ مقدمه ..... ۱
- ۲-۱ بیان مساله ..... ۳
- ۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق ..... ۷
- ۴-۱ اهداف تحقیق ..... ۸
- ۱-۴-۱ اهداف کلی ..... ۸
- ۲-۴-۱ اهداف فرعی ..... ۸
- ۵-۱ سوالهای تحقیق ..... ۹
- ۱-۵-۱ سوال اصلی ..... ۹
- ۲-۵-۱ سوالهای فرعی ..... ۹
- ۶-۱ فرضیه های تحقیق ..... ۱۰
- ۱-۶-۱ فرضیه اصلی ..... ۱۰
- ۲-۶-۱ فرضیه های فرعی ..... ۱۰
- ۷-۱ تعریف واژه ها ..... ۱۱
- ۱-۷-۱ تعریف نظری ..... ۱۱
- ۲-۷-۱ تعریف عملیاتی ..... ۱۲

## فصل دوم: سابقه و پیشینه پژوهش

- ۱-۲ مقدمه ..... ۱۴
- ۲-۲ مبانی نظری ..... ۱۵

- ۱-۲-۲ ۱- سکته قلبی ..... ۱۵
- ۱-۲-۲ ۱-۱-۲-۲ ۱- تظاهرات بالینی ..... ۲۳
- ۱-۲-۲ ۱-۱-۱-۲-۲ ۱- درد قفسه سینه ..... ۲۳
- ۱-۲-۲ ۱-۱-۲-۲ ۲- تاکی کاردی ..... ۲۳
- ۱-۲-۲ ۱-۱-۲-۲ ۳- تاکی پنه ..... ۲۴
- ۱-۲-۲ ۱-۲-۲-۲ ۲- ریسک فاکتورها ..... ۲۴
- ۱-۲-۲ ۱-۲-۱-۲-۲ ۱- رژیم غذایی ..... ۲۵
- ۱-۲-۲ ۱-۲-۱-۲-۲ ۲- فشارخون بالا ..... ۲۷
- ۱-۲-۲ ۱-۲-۱-۲-۲ ۳- سن ..... ۳۱
- ۱-۲-۲ ۱-۲-۱-۲-۲ ۴- جنس ..... ۳۲
- ۱-۲-۲ ۱-۲-۱-۲-۲ ۵- سیگار ..... ۳۳
- ۱-۲-۲ ۱-۲-۱-۲-۲ ۶- دیابت ..... ۳۴
- ۱-۲-۲ ۱-۲-۱-۲-۲ ۷- استرس ..... ۳۴
- ۱-۲-۲ ۱-۲-۱-۲-۲ ۳- درمان سکته قلبی ..... ۳۶
- ۱-۲-۲ ۲-۲-۲ ۲- اضطراب ..... ۳۷
- ۱-۲-۲ ۱-۲-۲-۲ ۱- انواع اختلالات اضطرابی ..... ۴۰
- ۱-۲-۲ ۲-۲-۲-۲ ۲- عوامل خطر ساز مشترک در میان اختلالات اضطرابی ..... ۴۱
- ۱-۲-۲ ۳-۲-۲-۲ ۳- اتیولوژی ..... ۴۲
- ۱-۲-۲ ۴-۲-۲-۲ ۴- نظریه های اضطراب ..... ۴۳



..... ۴۶	۳-۲-۲ افسردگی
..... ۴۸	۱-۳-۲-۲ اپیدمیولوژی
..... ۴۸	۲-۳-۲-۲ اتیولوژی
..... ۴۹	۳-۳-۲-۲ نظریه های افسردگی
..... ۵۱	۴-۳-۲-۲ نشانه های افسردگی
..... ۵۱	۵-۳-۲-۲ علائم بالینی
..... ۵۳	۶-۳-۲-۲ انواع اختلالات افسردگی
..... ۵۵	۷-۳-۲-۲ پروگنوز
..... ۵۶	۸- ۳-۲-۲ درمان
..... ۵۹	۴-۲-۲ رفتاردرمانی شناختی
..... ۶۶	۳-۲ پیشینه پژوهشهای انجام شده
..... ۶۶	۱-۳-۲ پژوهشهای خارجی
..... ۷۰	۱-۳-۲ پژوهشهای داخلی

## فصل سوم: روش اجرای تحقیق

..... ۸۰	۱-۳ مقدمه
..... ۸۱	۲-۳ روش تحقیق
..... ۸۱	۳-۳ خلاصه جلسات
..... ۸۲	۴-۳ مراحل اجرای تحقیق
..... ۸۳	۵-۳ نوع پژوهش
..... ۸۳	۶-۳ ابزار جمع آوری داده ها

- ۸۳..... ۱-۶-۳ تاریخچه و اصل ابزار
- ۸۴..... ۲-۶-۳ شیوه نمره گذاری
- ۸۴..... ۳-۶-۳ روایی و پایایی ابزار
- ۸۵..... ۷-۳ جامعه آماری
- ۸۵..... ۸-۳ روش نمونه گیری و حجم نمونه
- ۸۵..... ۹-۳ روش تجزیه و تحلیل داده ها

### فصل چهارم: تجزیه و تحلیل

- ۸۷..... ۱-۴ مقدمه
- ۸۸..... ۲-۴ اطلاعات جمعیت شناختی
- ۵۲..... ۳-۴ بررسی سوالات و فرضیه های پژوهش
- ۹۵..... ۱-۳-۴ فرضیه اصلی
- ۱۰۰..... ۲-۳-۴ فرضیه های فرعی

### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

- ۱۲۸..... ۱-۵ مقدمه
- ۱۲۹..... ۲-۵ بحث و نتیجه گیری
- ۱۲۹..... ۱-۲-۵ فرضیه اصلی
- ۱۳۰..... ۲-۲-۵ فرضیه فرعی
- ۱۴۰..... 3-5 محدودیتهای تحقیق

4-5 پیشنهادهای کاربردی ..... ۱۳۹

5-5 پیشنهادهای نظری ..... ۱۳۹

## فهرست جداول و نمودارها

- جدول ۱-۴: نحوه توزیع سن آزمودنیهای پژوهش به تفکیک گروه (  $n = 30$  ) ..... ۸۹
- جدول ۲-۴: نحوه توزیع جنسیت آزمودنیهای پژوهش به تفکیک گروه (  $n = 30$  ) ..... ۹۰
- جدول ۳-۴: وضعیت تحصیلات آزمودنیهای پژوهش به تفکیک گروه (  $n = 30$  ) ..... ۹۱
- جدول ۴-۴: عوامل زمینساز بیماری قلبی در آزمودنیهای پژوهش به تفکیک گروه (  $n = 30$  ) ..... ۹۲
- جدول ۵-۴: آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای آزمون نرمال بودن توزیع نمرات ..... ۹۴
- جدول ۶-۴: ضرایب همبستگی پیرسون برای تعیین ارتباط میان متغیرهای وابسته ..... ۹۷
- جدول ۷-۴: تحلیل واریانس چندمتغیری نسبتهای F برای اثر تعاملی مداخله CBT بر تغییر نمرات متغیرهای وابسته ..... ۹۸
- جدول ۸-۴: تحلیل واریانس تک متغیری نسبتهای F برای اثر تعاملی مداخله CBT بر تغییر نمرات متغیرهای وابسته ..... ۹۹
- جدول ۹-۴: آزمون تحلیل کوواریانس برای آزمون معناداری تفاوت نمرات افسردگی ..... ۱۰۲
- جدول ۱۰-۴: آزمون تحلیل کوواریانس برای آزمون معناداری تفاوت نمرات اضطراب ..... ۱۰۳
- جدول ۱۱-۴: آزمون تحلیل کوواریانس برای آزمون معناداری تفاوت نمرات شکایات جسمانی ..... ۱۰۵
- جدول ۱۲-۴: آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس نمرات حساسیت روابط تقابل ..... ۱۰۶
- جدول ۱۳-۴: آزمون تحلیل واریانس با اندازهگیری مکرر برای آزمون معناداری تفاوت تغییر نمرات حساسیت در روابط متقابل ..... ۱۰۷
- جدول ۱۴-۴: آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس نمرات علائم وسواسی جبری ..... ۱۰۸
- جدول ۱۵-۴: آزمون تحلیل واریانس با اندازهگیری مکرر برای آزمون معناداری تفاوت تغییر نمرات علائم ..... ۱۰۹
- جدول ۱۶-۴: آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس نمرات پرخاشگری ..... ۱۱۰

- جدول ۱۷-۴: آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون معناداری تفاوت تغییر نمرات پرخاشگری.....۱۱۱
- جدول ۱۸-۴: آزمون یومانویتی برای آزمون معناداری تفاوت تغییر نمرات ترس مرضی ..... ۱۱۳
- جدول ۱۹-۴: آزمون تحلیل کوواریانس برای آزمون معناداری تفاوت نمرات افکار پارانوئید..... ۱۱۵
- جدول ۲۰-۴: آزمون لون برای آزمون برابری واریانس نمرات روانگسستگی ..... ۱۱۶
- جدول ۲۱-۴: آزمون t برای معناداری تفاوت میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل برای روانگسستگی..... ۱۱۷
- جدول ۲۲-۴: آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس نمرات شاخص کلی سلامت ..... ۱۱۸
- جدول ۲۳-۴: آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون معناداری تفاوت تغییر نمرات شاخص شدت..... ۱۱۹
- جدول ۲۴-۴: آزمون تحلیل کوواریانس برای آزمون معناداری تفاوت نمرات علائم قلبی ..... ۱۲۱
- جدول ۲۵-۴: ویژگیهای توصیفی علائم قلبی و خردهمقیاسهای آن در دو گروه ..... ۱۲۲
- جدول ۲۶-۴: ضرایب همبستگی پیرسون برای تعیین ارتباط میان متغیرهای وابسته ..... ۱۲۳
- جدول ۲۷-۴: تحلیل واریانس چندمتغیری نسبتهای F برای اثر تعاملی مداخله CBT بر تغییر نمرات متغیرهای وابسته..... ۱۲۴
- جدول ۲۸-۴: تحلیل واریانس تک متغیری نسبتهای F برای اثر تعاملی مداخله CBT بر تغییر نمرات متغیرهای وابسته..... ۱۲۵
- نمودار ۱-۴: نمایش تغییر نمرات افسردگی در دو گروه ..... ۹۹
- نمودار ۲-۴: نمایش تغییر نمرات اضطراب در دو گروه ..... ۱۰۰
- نمودار ۳-۴: نمایش تغییر نمرات علائم قلبی در دو گروه ..... ۱۰۰
- نمودار ۴-۴: پراکندگی نمرات افسردگی دو گروه ..... ۱۰۱
- نمودار ۵-۴: نمایش تغییر نمرات افسردگی در دو گروه ..... ۱۰۲
- نمودار ۶-۴: پراکندگی نمرات اضطراب دو گروه ..... ۱۰۳
- نمودار ۷-۴: نمایش تغییر نمرات اضطراب در دو گروه ..... ۱۰۴
- نمودار ۸-۴: پراکندگی نمرات شکایات جسمانی در دو گروه ..... ۱۰۵

- نمودار ۹-۴: نمایش تغییر نمرات شکایات جسمانی در دو گروه ..... ۱۰۶
- نمودار ۱۰-۴: نمایش تغییر نمرات حساسیت در روابط متقابل در دو گروه ..... ۱۰۸
- نمودار ۱۱-۴: نمایش تغییر نمرات علائم وسواسی جبری در دو گروه ..... ۱۱۰
- نمودار ۱۲-۴: نمایش تغییر نمرات پرخاشگری در دو گروه ..... ۱۱۲
- نمودار ۱۳-۴: نمایش تغییر نمرات ترس مرضی در دو گروه ..... ۱۱۳
- نمودار ۱۴-۴: پراکندگی نمرات افکار پارانوئید دو گروه ..... ۱۱۴
- نمودار ۱۵-۴: نمایش تغییر نمرات افکار پارانوئید دردو گروه ..... ۱۱۵
- نمودار ۱۶-۴: نمایش تغییر نمرات روانگسستگی در دو گروه ..... ۱۱۷
- نمودار ۱۷-۴: نمایش تغییر نمرات شاخص کلی سلامت در دو گروه ..... ۱۱۸
- نمودار ۱۸-۴: پراکندگی نمرات علائم قلبی دو گروه ..... ۱۲۰
- نمودار ۱۹-۴: نمایش تغییر نمرات علائم قلبی در دو گروه ..... ۱۲۱
- نمودار ۲۰-۴: نمایش تغییر نمرات فشارخون سیستولیک در دو گروه ..... ۱۲۵
- نمودار ۲۱-۴: نمایش تغییر نمرات فشارخون دیاستولیک در دو گروه ..... ۱۲۶
- نمودار ۲۲-۴: نمایش تغییر نمرات ضربان قلب در دو گروه ..... ۱۲۶
- نمودار ۲۳-۴: نمایش تغییر نمرات درد قفسه سینه صدری در دو گروه ..... ۱۲۷
- نمودار ۲۴-۴: نمایش تغییر نمرات تنگی نفس در دو گروه ..... ۱۲۷

## منابع و ماخذ.....

- منابه فارسی..... ۱۴۱
- منابع لاتین..... ۱۴۷

# فصل اول

## کلیات تحقیق

## ۱ + مقدمه

هر بیماری به ظاهر جسمی بیمار را از فعالیتهای روزمره خود باز می‌دارد و وی را نگران پیش‌آگهی بیماری و سلامت خود و ضرر و زیان مادی و معنوی ناشی از آن می‌کند و باعث اضطراب و هیجان در فرد شده و در نتیجه این واکنشها دگرگونی‌هایی در محیط زیست درون فرد ایجاد شده که بر قلب و عروق و دستگاه گوارش و تنفس و عضلات و همه نسوج وی تاثیر می‌گذارد (جلیلی ۱۳۷۱).

بیماریهای قلبی - عروقی (CAD)، علت اصلی مرگ در جهان و بیماری عروق کرونر شایعترین بیماری قلبی-عروقی است، بطوریکه ۵۰ درصد از علل مرگ در کشورهای پیشرفته را به خود اختصاص داده و هر ساله افراد زیادی در اثر ابتلا و عدم درمان آن جان باخته یا به انواع ناتوانی‌های مزمن دچار می‌شوند. 40 درصد مردان و ۲۰ درصد زنان از بیماریهای قلبی رنج می‌برند. در ایران نیز ای بیماری رو به افزایش است، بطوریکه ۳۸ درصد علل مرگ و میر در سال ۱۳۷۵ مربوط به بیماریهای قلبی -عروقی بوده و این رقم در سال ۱۳۷۸ در تهران ۴۶ درصد بوده است (شریف، ۱۳۹۰).

بیماریهای قلبی و عروقی شایعترین اختلالات جدی در کشورهای توسعه یافته هستند. طبق گزارش انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۰۲ حدود ۶۲ میلیون زن و ۳۰ میلیون مرد یعنی بیش از یک نفر از هر پنج نفر دچار یک نوع بیماری قلبی بوده‌اند. میزان شیوع به صورت پیشرونده با افزایش سن از ۵ درصد در سن ۲۰ سالگی به ۷۵ درصد در سن بالای ۷۵ سالگی افزایش می‌یابد (هاریسون ترجمه دهنادی مقدم ۲۰۰۵).

سکته قلبی از جمله شایعترین بیماریهایی است که امروزه در جوامع مختلف به چشم می‌خورد. میزان ابتلا به سکته قلبی نسبت به زمان گذشته به طور چشمگیری افزایش یافته است در ایران نیز بر اساس گزارشات وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی سکته قلبی شایعترین علت مرگ و میر افراد بالای سی و پنج سال را تشکیل می‌دهد (دادستان ۱۳۷۷).

با توجه به اینکه قلب یکی از مهمترین و حساس‌ترین اعضای بدن آدمی است آسیب وارده به آن بر وضعیت روانی افراد تاثیرنا مطلوب می‌گذارد که بیماریهایی چون سکته قلبی از جمله این آسیبهاست. بررسی‌های متعددی که در سالهای اخیر انجام شده نشان داده است که اضطراب و افسردگی و خشم و استرس زمینه ساز بیماریهای قلبی است و از سوی دیگر رویداد بیماری قلبی نیز همین پاسخها را در افراد پدید می‌آورد (توسلی ۱۳۷۹).

پس از بروز سکته قلبی افراد دچار مشکلات روانی شده که بر میزان بهبودی آنها تاثیر می گذارد و باعث بروز مجدد سکته و یا در نهایت مرگ می شود. عدم توجه به استرسها و واکنشهای روانی مبتلایان سبب توسعه بیماری آنها می گردد. اضطراب و افسردگی متعاقب سکته قلبی شایع است (دیت ۱، ۲۰۰۰).

مطالعات و پژوهشهای متعدد نشان داده اند که بیماران بیشترین علت اضطراب را ترس از مردن و سکته قلبی مجدد بیان کرده اند. خطر حوادث عروق کرونر در مبتلایان به سکته قلبی که سطح اضطراب زیادی را تجربه می کنند ۳ تا ۵ برابر بیشتر از بیماران غیر مضطرب است. همچنین بروز حوادث قلبی در بیماران سکته قلبی که اضطراب دارند بلافاصله پس از سکته و چند ماه بعد از آن افزایش می یابد. تحقیقات نشان دادند که سطح بالای اضطراب خطر مرگ ناگهانی را تا سه برابر افزایش می دهد (بروشوت ۳، ۱۹۹۴).

با توجه به اینکه اغلب بیماران دچار اضطراب و افکار منفی در خصوص احتمال حمله بعدی و مرگ ناگهانی می شوند و این اشتغال ذهنی بهداشت جسمی و روانی آنها را دچار مخاطره می سازد استفاده از روشهای ضد اضطراب و ضد افسردگی و درمانهای روانشناختی که بواسطه آنها بتوان باور و افکار منفی افراد را تغییر داد از اقدامات مهم برای آنها به شمار می آید (هربرت ۳، ۱۹۹۴).

از نظر لوین بیماران بعد از سکته درجاتی از اضطراب را گزارش می کنند که منشأ آن می تواند ترس از عود علائم و مرگ ناگهانی و کمبود اطلاعات لازم پیرامون سکته باشد که این عوامل موجب هراس بیماران شده و آنان را تحریک پذیر می کند. بنابراین رواندرمانی و توانبخشی و حمایت اجتماعی از این بیماران نقش مهمی در کاهش تنش و بازگشت آنها به فعالیت روزمره و عادی زندگی دارد. سلیگمن با اجرای فنون روانشناختی دریافت که اضطراب و افسردگی بیماران تحت تاثیر این روشها قرار گرفته و به طور کوتاه مدت پس از ۸ جلسه کاهش می یابد (حمید ۱۳۸۶).

---

1. Deite D

2. Brosschot JF

3. Herbert TB



بنابر مطالب فوق در این پژوهش در صددیم تا به بررسی تاثیر رفتاردرمانی شناختی بر اضطراب و افسردگی و علائم قلبی بیماران دچار سکته قلبی بپردازیم و با کسب نتایجی در این زمینه راهکارهای مناسبی را در جهت کمک به این بیماران و کاهش علائم جسمی و روانشناختی و عود بیماری و بازگشت به بیمارستان و مرگ و میر و مصرف دارو ارائه دهیم.

## ۲-۱ بیان مسأله

هدف از این مطالعه عبارت است از بررسی تاثیر رفتار درمانی شناختی بر علائم جسمی و روانشناختی بیماران دچار سکته قلبی انفارکتوس حاد میوکارد (سکته حاد قلبی) مرگ سلولهای قلبی است که در اثر کاهش یا فقدان خونرسانی بافت قلب رخ داده و در ادامه به دلیل اختلال در عملکرد قلب، مشکلات خونرسانی در کل بدن مشاهده میگردد (داوودوند ۱۳۸۷).

انفارکتوس میوکارد شروع مشکلات عدیده قلبی است که فرد را تا مدتها پس از ترخیص به مراکز درمانی میکشا ند. بیماریهای قلبی عروقی با ۱۲ میلیون مرگ، علت اصلی مرگ در دنیاست که ۸۲٪ از آنها در کشورهای در حال توسعه رخ میدهد و پیش بینی میگردد که این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۲۰ میلیون مرگ برسد. ایران نیز از این قاعده مستثنی نبوده و رتبه اول را در میزان مرگ و میر ( ۴۵.۳٪ از کل میزان مرگ و میر) افراد بالای ۳۵ سال را داراست ( بیرانوند ۱۳۸۹). با وجود بار عظیم بهداشتی اقتصادی بر جوامع ، بیماریهای قلبی عروقی، قابل پیشگیری ترین بیماریهای غیر قابل انتقال انسان است (سزاوار ۱۳۸۹).

در سال ۲۰۰۶ از ۸۱.۱ میلیون مورد بستری در اثر بیماریهای قلبی، ۸.۵ میلیون (۳.۶٪) مورد انفارکتوس میوکارد به ثبت رسیده است و بیماریهای قلبی عروقی عامل مرگ ۱ نفر از هر ۲.۹ نفر مرگ در ایالات متحده است (aha 2010). مطالعات نشان میدهد که سن بروز بیماریهای قلبی رو به کاهش است. در گذشته این بیماری مختص سالمندان بود اما در حال حاضر در جوانها نیز بروز میکند (نعمتی پور ۱۳۸۹).

---

۱. Myocardial Infarction

2. American Heart Association

ریسک فاکتورهای شناخته شده ی بیماریهای قلبی عروقی شامل فشار خون بالا، هیپرلیپیدمی (افزایش چربی خون)، چاقی، سیگار، استرس، افسردگی و عوامل مختلف دیگری است. فشار خون بالا باعث التهاب و تخریب دیواره شریانها شده که این امر با تجمع چربی در جدار شریانها و تصلب شرایین همراه بوده و در نهایت به تخریب شریانهای کوچک و بروز حملات قلبی می انجامد. ۹۰ تا ۹۵٪ فشار خون بالا از نوع اولیه و قابل پیشگیری است. با وجود خطر زیاد این عامل در بروز بیماریهای قلبی، میزان کنترل فشار خون در دنیا پایین بوده و در برخی جوامع به ۱۰٪، و در ایران به ۴۱٪ میرسد (نویدیان ۱۳۸۹). ۳۰.۷٪ از بیماران دچار انفارکتوس میوکارد، فشار خون بالا دارند. که این بیماران در مقایسه با افراد غیر فشار خونی، برداشت و پنداشت ناگوارتری از حمله قلبی خود دارند در نتیجه این افراد پس از سکنه قلبی طرحواره شناختی منفی در مورد برخی ابعاد حمله قلبی دارند. بر اساس نظریه لونتال ۱ و همکاران، بیماران رفتار و واکنشهای هیجانی خویش به بیماری را بر اساس ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل پذیری و درمان پذیری و مدت زمان بیماری تنظیم مینمایند. این ابعاد شناختی پایین با بهزیستی پایین، برگشت به کار و ضعف در مراقبت از خود در بیماری مزمن ارتباط دارد. بر طبق مطالعات، میزان ناتوانی در بیمارانی که باور دارند سکنه قلبی آنان پیامدهای منفی خواهد داشت بیشتر بوده و با تاخیر به کار برگشتند (باقریان سرارودی ۱۳۸۹).

ارتباط زیادی بین روان و قلب وجود دارد. هیجانهای زیاد مانند اضطراب، عصبانیت، شادی و برانگیختگی جنسی باعث افزایش میزان ضربان قلب و فشار خون میگردند. حتی در گویشها و باورهای مردم جامعه نیز ارتباط تنگاتنگی بین قلب و روان دیده میشود. مردم بخشنده قلب بزرگ دارند و مردم خسیس قلب ندارند. در اولین ملاقات عاشقانه، هر ضربه قلب خود را حس میکنید و وقتی شکست میخورید قلبتان میشکند. هیجانها و تجربیات استرس زا بطور مستقیم از طریق سیستم عصبی خودکار و بطور غیر مستقیم از طریق سیستم غدد داخلی روی قلب تاثیر میگذارند و همچنین در موارد مرضی نیز سکنه قلبی باعث افسردگی و اضطراب میگردد (لیبی ۲۰۰۸).

- 
1. Leventhal
  2. Libby P

اضطراب پس از سکته قلبی یک مشکل روانشناختی شایع است که این میزان به ۵۰٪ افراد دچار انفارکتوس میوکارد میرسد (توفیقیان ۱۳۸۸). حدود ۵۳٪ بیماران با فشارخون بالای کنترل نشده، با وجود آموزشهای معمول، کنترل مناسبی بر فشار خون خود ندارند. بنابراین ضرورت بکارگیری روشهای موثرتر وجود دارد (نویدیان ۱۳۸۹).

سکته قلبی یک موقعیت تنش زااست که بر روی کیفیت زندگی بیماران تاثیر گذاشته و بیماران از طرق مختلف در جستجوی کسب اطلاعات برمیآیند تا بر این موقعیت غلبه کنند (گافارو ۱ ۲۰۰۵). اضطراب شخصی در افراد دچار بیماریهای قلبی عروقی خیلی شایع است (باقریان سرارودی ۱۳۸۸). افسردگی هنوز یکی از ریسک فاکتورهای بیماریهای قلبی بوده و یکی از خصیصه های شایع نارسایی قلبی است.

تقریباً ۲۵٪ بیماران تحت آنژیوگرافی ناشی از بیماریهای اسکمیک قلب افسردگی دارند و این در حالی است که ۱۸٪ افراد دچار انفارکتوس میوکارد معیارهای افسردگی اساسی را نشان داده و ۴۵٪ علائم مهم افسردگی دارند. این افسردگی با افزایش مرگ و میر همراه است. در حالی که متخصصین قلب بیان میکنند که ۲۵ تا ۳۰٪ بیماران آنان افسردگی دارند (ریولی ۲ ۲۰۰۷).

مطالعات نشان میدهد که افسردگی، اثرات مستقیم بر سیستم قلبی عروقی گذاشته و با تغییراتی در آهنگ خودکار قلبی همراه است (توسولیس ۳ ۲۰۰۹). بیمار دچار انفارکتوس میوکارد مرگ را در پیش روی خود میبیند و به شدت مضطرب است و هم وجود خود و هم نزدیکان را تهدید میکند (شرفی ۱۳۷۲). باقریان در مطالعه خود نشان داد ۴۵٪ بیماران پس از سکته قلبی دچار افسردگی بودند و بیان میدارد باورهای بیمار مبنی بر کنترل پذیر بودن این بیماری بر افسردگی پس از سکته اثر میگذارد (باقریان ۱۳۸۸).

---

۱. Gafarov W

2. Rivelli S

3. Tousoulis D

درد سینه نیز یک علامت غیر اختصاصی، غیر حساس و غیر قابل اعتماد ایسکمی است. درد ارتباط تنگاتنگی جهت نمایش یک مسئله مرضی ندارد. بسیاری از افراد دچار درد سینه بیماری قلبی نداشته و ایسکمی و سکته قلبی اغلب بدون علامت است. بنابر این درد سینه رابطه مستقیمی با مسائل روانشناختی دارد (لیبی 1 ۲۰۰۸). به اعتقاد کلارک ۲ ریشه بیماری ها را باید در رفتار جستجو کرد. اگر مردم در رفتارهایی که موجب بیماری میشوند تغییر ایجاد کنند از میزان شیوع بیماریها کاسته میشود (کاویانی، ۱۳۸۶).

رفتار درمانی شناختی 3 یکی از وسیعترین اشکال قابل تحقیق در روان درمانی است (باقریان ۱۳۸۸). رفتاردرمانی شناختی یک نگرش درمانی روانشناختی تثبیت شده است که در اختلالات و بیماریهایی نظیر افسردگی اساسی، اسکیزوفرنی، اضطراب، بی خوابی، سردرد، سرگیجه و بسیاری بیماریهای دیگر کاربرد دارد و شامل استراتژیهای ارزیابی، شناخت، و تکنیکهای رفتاردرمانی است مشتمل بر همکاری میان بیمار با متخصص بالینی و کاربرد در منزل (باتلر، ۲۰۰۶).

رفتار درمانی شناختی برای درمان نشانه ها و رفتارهای غیر عادی استفاده می شود از آنجایی که افکار و اعمالی از این نوع اغلب با یکدیگر همراهی دارند در اکثر موارد از تکنیک های رفتاری و شناختی همراه با هم استفاده می شود. ترکیب این فنون رفتار درمانی شناختی نامیده می شود (گلدنر 5 ۲۰۰۵ ترجمه صفرزاده). یکی از فنون رفتار درمانی شناختی آرام سازی عضلانی است. تغییرات فیزیولوژیکی که در هنگام آرام سازی روی می دهد نقطه مقابل تغییرات هنگام واکنشهای آدرنرژیک استرس است که بخشی از بسیاری هیجانات را تشکیل می دهد. سرعت ضربان قلب و فشارخون و تعداد تنفس در هنگام آرام سازی کاهش می یابد (کاپلان 6 ۲۰۰۳ ترجمه رفیعی). در این روش درمانی از کاهش تون عضلانی و برانگیختگی دستگاه خودکار برای تخفیف اضطراب استفاده می شود (گلدنر ۲۰۰۵ ترجمه صفرزاده).

---

1. Libby P

2. Klarck

3. Cognitive behavior therapy :CBT

4 Butler AC

5. Gelder

6. kaplan