Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 24, No.4, Jul 2016
Pages: 340-351

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۴، شماره ۴، تیر ۱۳۹۵
صفحه: ۳۵۱-۳۴۰

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش نگرانی، اضطراب و حملهٔ وحشت‌زدگی بیماران مبتلا به افتادگی دریچهٔ میترال

عبدالرحیم جمشیدزهی شه‌بخش[۱]، محمدجواد اصغری ابراهیم‌آباد*[۲]، علی مشهدی[۳]، سیدهاشم دانش‌ثانی[۴]

چکیده

مقدمه: افتادگی دریچه میترال یک سندرم قلبی است که با پیامدهای جسمی و روان‌شناختی قابل ملاحظه‌ای برای مبتلایان همراه است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش نگرانی، اضطراب منتشر و حملهٔ وحشت‌زدگی بیماران مبتلا افتادگی دریچه میترال انجام شد.

روش بررسی: روش تحقیق شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. ۱۶ نفر بیمار مبتلا به افتادگی دریچه میترال به تصادف در دو گروه آزمایش (۸ نفر) و کنترل (۸ نفر) قرار گرفتند. درمان شناختی رفتاری طی۱۰ جلسه و هفته‌ای دو بار با تأکید بر بازسازی شناختی، اصلاح تحریفات شناختی و آموزش تکنیک‌های رفتاری برای گروه آزمایش به کار گرفته شد. برای آزمودنی‌ها مقیاس نگرانی‌های سلامت اسپات و دوش (HCQ)، اضطراب منتشر(GAD- 7) و پرسشنامه وحشت‌زدگی آلبانی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون انجام شد. سپس داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که نگرانی، اضطراب و حملات وحشت‌زدگی به طور معنی‌داری در گروه آزمایش کاهش یافته است

نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری در کاهش نگرانی، اضطراب و وحشت‌زدگی بیماران مبتلا به افتادگی دریچه میترال دارای کارایی قابل ملاحظه‌ای است؛ بنابراین توصیه می‌شود برای مبتلایان به پرولاپس دریچه میترال در کنار دارودرمانی از درمان شناختی رفتاری به عنوان درمان مکمل استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: افتادگی دریچه میترال، نگرانی، اضطراب منتشر، حملهٔ وحشت‌زدگی، گروه درمانی شناختی- رفتاری

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و کارشناس امور روانی بیمارستان روانپزشکی بهاران،.زاهدان
۲- استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد
۳- دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد
۴- استاد، گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۵۵۱۳۷۱۷۶ ، پست الکترونیکی: Mjasghari@um.ac.ir
تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۵/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۵/۲۴

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

قلب عضوی مهم و اساسی در بدن انسان است که ادامهٔ حیات را ممکن می‌سازد. قلب دارای دریچه‌های مختلفی است که کنترل جریان خون به درون بطن‌ها را به عهده دارند یکی از این دریچه‌ها دریچه میترال است که دهلیز چپ و بطن چپ را از هم جدا می‌کند و راه ارتباطی بین دهلیز چپ و بطن چپ محسوب می‌شود. در هنگام انقباض دهلیز چپ دریچه مزبور باز می‌شود و خون وارد بطن چپ می‌گردد یعنی خون از بالا، دهلیز چپ وارد قسمت پائین قلب، بطن چپ می‌شود و در موقع انقباض بطن که خون وارد عروق بدن شده و به گردش درمی‌آید این دریچه بسته می‌شوند یعنی وقتی که قسمت پائین سمت چپ قلب، بطن چپ منقبض می‌شود خون به دهلیز برگشت داده می‌شود تا خون وارد عروق شود، دریچه میترال بسته می‌شود تا مانع برگشت خون به بطن شود(۱). ممکن است دریچه میترال به علل مختلف از جمله عوامل ارثی یا تب روماتیسمی دچار افتادگی شود. افتادگی دریچه میترال (mitral valve prolapse) یک سندرم شایع و با تظاهرات مختلف است (۲). در حدود ۵ تا ۱۰ درصد از جمعیت به این سندرم که یکی از شایع‌ترین ناهنجاری‌های دریچه‌ای قلب به شمار می‌رود، مبتلا می‌باشند (۳). گفته می‌شود که ۱۵ میلیون آمریکایی مبتلا به این سندرم می‌باشند. پرولاپس دریچه میترال اغلب در دهه‌های دوم و سوم عمر تشخیص داده می‌شود(۴). افتادگی دریچه میترال زمانی به وجود می‌آید که لبه‌های دو لت دریچه با یکدیگر جفت نشده و در نتیجه باعث نارسا شدن دریچه می‌شود(۵). به عبارتی، افتادگی دریچه میترال هنگامی رخ می‌دهد که دریچه بین دهلیز چپ در بالا و بطن چپ در پائین در قلب به درستی بسته نمی‌شود و دریچه میترال به سمت بالا یا به سمت دهلیز چپ برآمدگی پیدا می‌کند(۶). بسیاری از مردم که افتادگی دریچه میترال دارند هیچ علائمی ندارند و هنگامی که تشخیص داده می‌شوند ممکن است از ابتلا به بیماری قلبی تعجب کنند و دچار اضطراب می‌شوند(۷). در واقع سندرم افتادگی دریچه میترال یک سندرم شایع روان- تنی در انسان است(۸). این سندرم دارای علائم روان‌شناختی مهمی است و ممکن است کنار آمدن این افراد با بیماری‌شان را مشکل کند (۹). از علائم مهم روان‌شناختی این عارضه می‌توان به حملات وحشت‌زدگی(۱۰)، اضطراب(۱۱). افسردگی و نگرانی(۱۲) و خستگی(۱۳) اشاره کرد.

در حال حاضر هیچ درمان قطعی برای افتادگی دریچه میترال وجود ندارد(۱۴). تنها درمانی که در حال حاضر وجود دارد و باعث بهبودی نسبی این بیماران می‌شود دارو درمانی و جراحی لت‌های دریچه میترال است(۱۵). برای آریتمی‌های قلب و کاهش درد قفسه سینه داروهای بتابلوکر(Beta blocker) مثل پروپرانولول(Propranolol) و وراپامیل(Verapamil) تجویز می‌شود و در صورت پیشرفت بیماری که در نهایت منجر به نارسایی دریچه میترال می‌شود از عمل جراحی برای ترمیم یا پیوند دریچه مصنوعی استفاده می‌شود(۱۶).

یکی از روش‌هایی که امروزه در کنار درمان های پزشکی به کار می‌رود، درمان شناختی- رفتاری است، این شیوه درمانی از تلفیق رویکردهای شناختی و رفتاری به وجود آمده است(۱۷). پیلایی(Pillai) معتقد است که این روش درمانی می‌تواند درمان روانی مؤثری برای افسردگی اساسی در بیماران مبتلا به سرطان و بیماری‌های قلبی باشد (۱۸). اثربخش بودن روش درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش بهزیستی ذهنی در بیماران قلبی(۱۹)، ارتقای حالات عاطفی(۲۰)، بهزیستی ذهنی و امید در مبتلایان به ام اس(۲۱)؛ افزایش سلامت عمومی در مبتلایان به آسم(۲۲) و کاهش پیامد های پزشکی(۲۳) و نشانه‌های افسردگی و اضطراب در بیماران دچار سکته قلبی، بررسی و به اثبات رسیده است(۲۴). دریک پژوهش مندس لیون پوول و کاپلان(Mendes Deleon, Powell, Kaplan) نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش علائم بیماران کرونری می‌شود(۲۵)، در یک تحقیق درمان شناختی رفتاری روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و انسداد ریوی مزمن اجرا شد. نتایج نشان داد که این درمان به طور معنی‌داری منجر به کاهش اضطراب و وحشت‌زدگی در بیماران می‌گردد(۲۶). کریمی و همکاران در پژوهشی نشان دادند درمان شناختی- رفتاری باعث بهزیستی روانی یا ذهنی بیماران قلبی عروقی می‌شود(۲۷). همچنین نجفی در پژوهشی اثربخش بودن درمان شناختی- رفتاری را در کاهش استرس بیماران قلبی عروقی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

نشان داد(۲۸). پژوهش بیاضی و همکاران نشان داد درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش علائم اضطراب و نگرانی در بیماران قلبی عروقی می‌شود(۲۹).

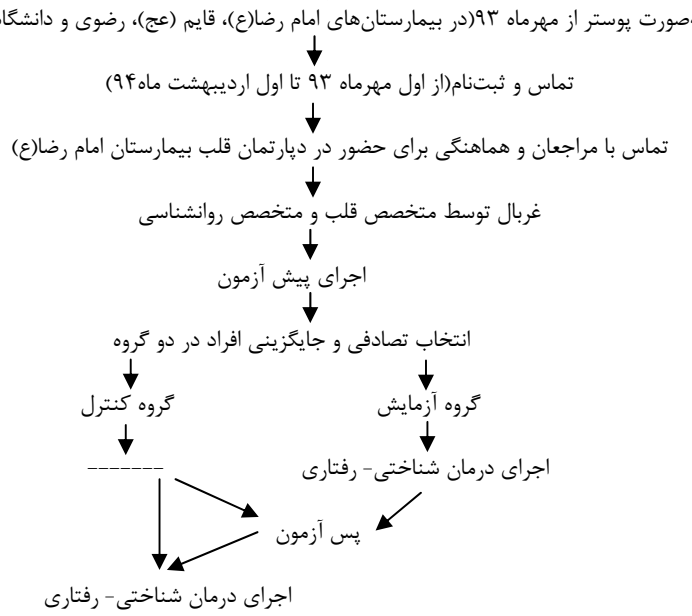
با توجه به این که اثربخش بودن این روش درمانی در زمینهٔ مشکلات روان‌شناختی هدف این پژوهش این است که آیا درمان شناختی-رفتاری بر نگرانی، اضطراب و وحشت‌زدگی، بیماران مبتلا به افتادگی دریچه میترال تأثیر دارد.

روش بررسی

این پژوهش، شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است در این پژوهش مداخله درمانی (آموزش شناختی-رفتاری به صورت گروهی) بر گروه آزمایشی که متشکل از افراد مبتلا به سندرم پرولاپس دریچه میترال بودند اعمال گردید، درحالی که گروه کنترل این مداخله درمانی را دریافت نکردند. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به سندرم دریچه میترال می‌باشند. نمونهٔ مورد نظر در این پژوهش ۱۶ نفر زن ۸ نفر گروه آزمایش، ۸ نفر گروه کنترل (به علت کمبود مراجعه‌کننده، حجم نمونه کم است) است که بعد از انجام تبلیغات خود را معرفی کردند. ملاک‌های ورود پژوهش ۱- عدم مصرف دارو شیمیایی و گیاهی۲- سن بین ۱۸ تا ۳۵ سال۳- داشتن حداقل مدرک دیپلم۴ – استفاده نکردن هم‌زمان خدمات روان‌شناختی یک جای دیگر ۵- نداشتن تشخیص بیماری‌های جسمانی یا روان‌شناختی۶- تشخیص افتادگی دریچه میترال گرفته باشند. ملاک‌های خروج از پژوهش: ۱- غیبت بیش از یک جلسه ۲- انجام ندادن تکالیف خانگی بیش از دو بار ۳- به تمسخر گرفتن سایر اعضا ۴- رفتارهای نامتعارف(توهین، فحاشی و...) که باعث سلب آرامش سایر اعضا شود.

شیوه اجرای پژوهش: پس از اینکه داوطلبان(۱۹ نفر) برای همکاری معرفی شدند یک غربال انجام شد و ۱۶ نفر که واجد ملاک‌های پژوهش بودند انتخاب شد و بعد به صورت تصادفی در دو گروه ۸ نفری(به علت کمبود مراجعه‌کننده و طولانی شدن زمان پژوهش) جایگزین شدندکه یکی از این دو گروه، گروه آزمایش و دیگری به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شد؛ و بعد از اتمام نمونه‌گیری و مشخص شدن گروه آزمایش و کنترل، برای هر دو گروه پیش‌آزمون انجام گرفت؛ و به مدت ۱۰ جلسه درمان شناختی رفتاری بر گروه آزمایش ارایه شد و بعد از ۱۰ جلسه از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. به دلیل مسائل اخلاقی بعد از انجام پس آزمون از هر دو گروه مداخله برای گروه کنترل هم انجام شد و با استفاده از SPSS ویرایش ۲۲ به روش آماری کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

فلودیاگرام مطالعه



[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

ابزارها

مقیاس اختلال اضطراب منتشر(7 -GAD): این مقیاس دارای ۷ سؤال است و با نمره صفر، ۲،۱ و۳ نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات مقیاس 7 -GAD از بین 13 سؤالی که برای سنجش اختلال اضطراب فراگیر بر روی ۲۹۸۲ نفر بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که از۱۵ مرکز بالینی در ۱۲ ایالت امریکا اجرا گردید، انتخاب شدند. با تحلیل داده‌ها از طریق بررسی همبستگی هر ماده با نمره کل مقیاس۱۳ ماده‌ای، بهترین مواد برای مقیاس GAD–7 انتخاب شدند. اعتبار واگرای(divergent validity) هر ماده از طریق محاسبه تفاوت بین همبستگی هر ماده با نمره اضطراب ۱۳ ماده‌ای و نمره افسردگی پرسشنامه ۸ ماده‌ای ارزیابی سلامتی بیمار (PHQ-8) (8-item patient health questionnaire) بررسی شد، اعتبار همگرای(convergent validity) هر ماده از طریق بررسی همبستگی نسخه نهایی مقیاس7- GAD با پرسشنامه اضطراب بک و خرده مقیاس اضطراب سیاهه نشانه‌های بالینی (symptom checklist-90) (۹۰ -SCLصورت پذیرفت اعتبار سازه(construct validity) مقیاس از طریق تحلیل کوواریانس و مقیاس‌های بین مقیاس نهایی7-GAD و مقیاس کارکردی فرم کوتاه ۲۰ سؤالی زمینه یابی سلامت عمومی(short-form (general health survey (sf-20) (SF-20) انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۲ ذکر شده که حاکی از همسانی درونی فوق‌العاده 7- GAD در نمونه خارجی است و ضریب باز آزمایی آن با فاصله دو هفته ۰/۸۳ به دست آمد که بیانگر پایایی خوب مقیاس است اعتبار 7-GAD از طریق محاسبه همبستگی آن با دو پرسشنامه اضطراب بک و خرده مقیاس اضطراب سیاهه نشانه بالینی (SCL-90) به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش شده که وجود اعتبار همگرای مناسب مقیاس را نشان می‌دهد(۳۰). در پژوهش نائنیان و همکاران، ضریب همبستگی 7-GAD با مقیاس اضطراب حالت اسپیلبرگر، مقیاس اضطراب صفت اسپیلبرگر و خرده مقیاس اضطراب۹۰ -SCL به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۵۲ و ۰/۶۳ به دست آمد(۳۱).

پرسشنامه وحشت‌زدگی آلبانی: پرسشنامه وحشت‌زدگی آلبانی یک ابزار ۲۷ سؤالی است که نشانه‌های وحشت‌زدگی و ترس از مکان‌های باز را می‌سنجد. زینبارک و بارلو الفای کرونباخ این آزمون را ۰/۹۵ به دست آوردند، بارلو خرده مقیاس‌های این آزمون را با نمره کل آزمون مورد بررسی قرار داد همبستگی خرده مقیاس وحشت‌زدگی و ترس از مکان‌های باز با نمره کل به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۵۷ به دست آمد(۳۲). تیموتی و همکاران این همبستگی را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷ به دست آوردند(۳۳).

پرسشنامهٔ نگرانی‌های سلامت اسپات (Spot) و دوش (Douch)(HCQ): پرسشنامهٔ نگرانی‌های سلامت دارای ۵۴ سوال و سه خرده مقیاس نگرانی‌های سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی است. نتیجه محاسبات انجام شده در مورد، برآورد اعتبار خرده مقیاس‌های تشکیل‌دهندهٔ HCQ-54 حکایت از آن دارد که مقدار ضریب آلفا، به ترتیب برای خرده مقیاس‌های نگرانی‌های جسمی برابر با۰/۸۷ نگرانی‌های روانی ۰/۹۱ و نگرانی‌های اجتماعی۰/۸۵ و کل مقیاس نگرانی‌های سلامت برابر با ۰/۹۶ است اسپات و دوش اعتبار این آزمون را ۰/۹۲ به دست آوردند(۳۴). دلاور و همکاران مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور را برای نگرانی‌های سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۹۳، ۰/۸۹ و برای کل مقیاس نگرانی‌های سلامت برابر با۰/۸۰ و روایی مقیاس‌های فوق را به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۸۲ و برای کل مقیاس نگرانی‌های سلامت ۰/۸۳ به دست آوردند(۳۴).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول۱: مختصر پروتکل درمانی

جلسه اول	خوش‌آمد گویی، معرفی به‌صورت خلاصه، بیان قوانین گروه درمانی، توضیح رابطه روان و بدن و چگونگی اثر گذاری عوامل روانی بر مشکلات پزشکی؛ تفکر، احساس، فیزیولوژیک، رفتار(مثلث شناختی)، A-B-C، مثال قدیس، مثال، چمدان. تمرین: آرمیدگی تخیلی هدایت شده. تعیین تکالیف برای جلسهٔ آینده
جلسه دوم	مرور تکالیف جلسه قبل. افکار منفی و سایر واقعیت‌های احتمالی. تمرین: شناسایی افکار منفی. تحریف‌های شناختی. تمرین: شناسایی تحریف‌های خطاهای منطقی. تمرین: شناسایی خطاهای منطقی. تعیین تکالیف برای جلسهٔ آینده
جلسه سوم	مرور تکالیف جلسه قبل. مزیت توقف افکار منفی. تمرین اول: تمرکز بر یک شیء و بیان کردن جزییات. تمرین دوم: تمرین‌های ذهنی(شمارش معکوس). تمرین سوم: مرور خاطرات خوش و خیال پردازی‌های خوش آیند. تمرین چهارم: فعالیت‌های جالب و مورد علاقه. تعیین تکالیف برای جلسهٔ آینده
جلسه چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل. مدل هیجانی گرینبرگ و توضیح و تبیین تکنیک‌های پردازش هیجانی. تمرین تکنیک دستیابی به هیجان‌ها. تمرین تکنیک نوشتن آرامش بخش. تمرین شناسایی گره‌های کور. تمرین تکنیک بهبود پردازش هیجانی. تعیین تکالیف برای جلسهٔ آینده.
جلسه پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل. منطق آرام سازی عضلانی. تمرین: آرمیدگی عضلانی برای ۱۶ گروه عضلانی به ترتیب ذیل. ۱-پایین دست راست ۲- پایین دست چپ ۳- بالای دست راست ۴- بالای دست چپ ۵- پایین پای راست ۶- پایین پای چپ ۷- بالای پای راست ۸- بالای پای چپ ۹- شکم ۱۰ قفسه ی سینه ۱۱- شانه ها ۱۲- گردن ۱۳- دهان، آرواره، گلو ۱۴- چشم ها ۱۵- پایین پیشانی ۱۶- بالای پیشانی. تعیین تکالیف برای جلسهٔ آینده
جلسه ششم	مرور تکالیف جلسه قبل. تمرین: آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه عضلانی به ترتیب ذیل ۱-بالا و پایین دست ها ۲- بالا و پایین پا ها ۳- شکم ۴- قفسه سینه ۵- شانه ها ۶- گردن ۷- چشم ها ۸- بالا و پایین پیشانی. تمرین: آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه عضلانی به ترتیب ذیل. ۱-شکم ۲- قفسه سینه ۳- شانه ها ۴- بالا و پایین پیشانی. تعیین تکالیف برای جلسهٔ آینده
جلسه هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل. حساسیت زدایی منظم. تمرین: حساسیت زدایی منظم به‌صورت تجسمی. غرقه سازی. تمرین غرقه سازی به‌صورت تجسمی. تعیین تکالیف برای جلسهٔ آینده
جلسه هشتم	مرور تکالیف جلسه قبل. فرض ها و قواعد ناکارآمد. تمرین: شناسایی فرض ها و قواعد ناکارآمد، تمثیل هیولای دریاچه. تحلیل منطقی. تمرین تحلیل منطقی. تعیین تکالیف برای جلسهٔ آینده
جلسه نهم	مرور تکالیف جلسه قبل. طرحواره‌ها ناسازگار و ارتباط آن‌ها با فرض ها ناکارآمد و افکار منفی خو دآیند. تمرین: شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد با استفاده از پیکان رو به پایین. تزریق فکر. تمرین: تزریق فکر. تعیین تکالیف برای جلسهٔ آینده
جلسه دهم	مرور تکالیف جلسه قبل. تغییر ادراکی. تمرین: تکمیل برگهای تغییر ادراکی. بازداری قشری اختیاری. تمرین: بازداری قشری اختیاری. تعیین تکالیف برای جلسهٔ آینده.

نتایج

در این پژوهش قبل از تحلیل داده ها ویژگی‌های جمعیت شناختی مورد بررسی قرار گرفت و برای طبیعی بودن توزیع نمرات از آزمون کلموگروف-اسمیرنف استفاده شد که سطح معنی‌داری برای نگرانی، اضطراب منتشر و حملات وحشت‌زدگی به ترتیب (۸۱/۸۸،۰/۰، ۰/۷۱)، محاسبه شد که همه بزرگ‌تر از(۰/۰۵) هستند، بر این اساس توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌گردد؛ و همچنین برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین استفاده شد و سطح معنی‌داری برای نگرانی، اضطراب منتشر و حملات وحشت‌زدگی به ترتیب(۰/۲۵، ۰/۵۵، ۰/۰۹)، به دست آمد. با توجه به معنی‌دار نبودن این مقادیر فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. جدول۲ متغیرهای جمعیت شناختی نمونهٔ مورد پژوهش را نشان می‌دهد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی (اطلاعات پایه) نمونه مورد پژوهش را در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	وضعیت تحصیلی و تأهل	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	آزمایش	-	۸	۵۰	۲۵/۸۷	۳/۴۴
	کنترل	-	۸	۵۰	۲۴/۶۲	۱/۵
تحصیلات	آزمایش	لیسانس	۳	۳۷/۵	-	-
		فوق لیسانس	۵	۶۲/۵	-	-
	کنترل	لیسانس	۴	۵۰	-	-
		فوق لیسانس	۴	۵۰	-	-
وضعیت تأهل	آزمایش	مجرد	۶	۷۵	-	-
		متأهل	۲	۲۵	-	-
	کنترل	مجرد	۸	۱۰۰	-	-
		متأهل	۰	۰	-	-

جدول(۳)، میانگین و انحراف معیار نمره‌های نگرانی، اضطراب منتشر و حملهٔ وحشت‌زدگی بیماران دو گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیرهای نگرانی، اضطراب منتشر و حملهٔ وحشت‌زدگی، گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون.

مرحله		نگرانی		اضطراب		وحشت زدگی	
	گروه	M	S.D	M	S.D	M	S.D
پیش آزمون	آزمایش	۹۵/۱۲	۹/۷۷	۱۲/۲۵	۰/۸۸	۸۹	۱۲/۵۳
	کنترل	۸۹/۵	۶/۳۴	۸/۸۷	۱/۳۴	۸۲/۶۲	۸/۶۲
پس آزمون	آزمایش	۶۴/۷۵	۹/۸۵	۷/۵	۱/۱۴	۵۵/۸۷	۴/۷۷
	کنترل	۸۸/۶۲	۵/۲۲	۱۰/۶۲	۰/۷۰	۷۸	۹/۹

با ملاحظه جدول۳ می‌توان به تفاوت زیاد میانگین‌های بیماران در مرحله های پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای نگرانی، اضطراب منتشر و حملهٔ وحشت زدگی در گروه آزمایش و تفاوت کم میانگین ها در گروه کنترل پی برد.

جدول۴ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون نگرانی، اضطراب منتشر و حملهٔ وحشت‌زدگی گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول۴: تحلیل کوواریانس مربوط به میانگین پیش آزمون- پس آزمون گروه آزمایش و کنترل، متغیرهای، نگرانی، اضطراب منتشر و حملهٔ وحشت‌زدگی

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	سطح F	سطح معنی‌داری P
نگرانی	پیش‌آزمون	۳۶/۶۹	۱	۳۶/۶۹	۰/۰۶	۰/۷۹
	پس‌آزمون	۲۱۶۹/۹۳	۱	۲۱۶۹/۹۳	۵/۰۷	۰/۰۵
	خطا	۶۹۲۶/۶۸	۱۳	۵۳۲/۸۲		
	کل	۹۲۴۳/۴۳	۱۵			
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۷/۷۵	۱	۱۷/۷۵	۲/۷۴	۰/۱۲
	پس‌آزمون	۵۶/۴۳	۱	۵۶/۴۳	۸/۷۲	۰/۰۱
	خطا	۸۴/۱۲	۱۳	۶/۴۷		
	کل	۱۴۰/۹۳	۱۵			
وحشت‌زدگی	پیش‌آزمون	۹۷۴/۲۰	۱	۹۷۴/۲۰	۲/۱۸	۰/۱۶
	پس‌آزمون	۲۲۵۰/۹۶	۱	۲۲۵۰/۹۶	۵/۰۵	۰/۰۴۳
	خطا	۵۷۹۴/۶۷	۱۳	۴۴۵/۷۴		
	کل	۸۷۲۶/۹۳	۱۵			

با توجه به نتایج جدول۴ مقدار F برای نگرانی، اضطراب منتشر و حملهٔ وحشت‌زدگی به ترتیب (۸/۵،۷۲/۰۷ و ۵/۰۵) است و به ترتیب در سطح (۰/۰۵، ۰/۰۱ و ۰/۰۵ >p) معنی‌دار است. بر این اساس می‌توان بیان داشت درمان شناختی- رفتاری سبب کاهش نگرانی، اضطراب و حملهٔ وحشت‌زدگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

بحث

نگرانی، اضطراب و حمله‌های وحشت‌زدگی در بیماران دچار افتادگی دریچه میترال معمولاً کنار آمدن آن‌ها را با بیماری سخت می‌کند، با در نظر گرفتن سطوح آسیب‌دیدگی شناختی این بیماران، ممکن است درمان شناختی- رفتاری نقش تعیین کننده‌ای در بهبود وضعیت روانی آن‌ها بازی کند. مداخلاتی که سبب افزایش رشد شخصی، احساس کنترل و یافتن معنی در زندگی می‌شوند، در بهبود کیفیت زندگی و مشکلات روان‌شناختی این بیماران ممکن است مؤثر واقع شود(۱۷). نتایج این پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری بر نگرانی، اضطراب و وحشت‌زدگی بیماران افتادگی دریچه میترال، مؤثر است.

گروه مداخله که تحت مداخله شناختی- رفتاری قرار گرفته بود نسبت به گروه کنترل که مداخله‌ای دریافت نکرده بود، در علائم نگرانی، اضطراب و وحشت‌زدگی کاهش معنی‌داری را نشان داد؛ بنابراین سه فرضیه مطرح شده در پژوهش حاضر تأیید می‌شود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده توسط، چوب‌فروش‌زاده، کلانتری، مولودی(۱۹)، اکبری، آقا محمدیان، قنبری هاشم‌آبادی(۲۰)، هاژیر، احدی، پورشهباز، رضایی(۲۱)، آقاباقری، محمدخانی، عمرانی، فراهمند(۲۲)، رضایی، کج باف، وکیلی، دهقانی(۲۳)، ساب(Saab) و همکاران(۲۴)، مندس دی لیون، پوول، کاپلان (۲۵)، کالی(Cully)، پائوکرت(Paukert)، فالکو(Falco)، استانلی(Stanley) (۲۶)، کریمی، کاکابرایی، یزدانبخش، مرادی(۲۷)، نجفی(۲۸)، بیاضی(۲۹) که به مطالعه تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم روان‌شناختی از جمله نگرانی، اضطراب و وحشت‌زدگی، افراد مبتلا به بیماری‌های پزشکی پرداخته اند، همسو است، در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، عاملی که منجر به نگرانی، اضطراب و وحشت زدگی در بیماران دچار افتادگی دریچه میترال می‌شود، با نوع نگرش این بیماران و تفسیر علائم جسمانی مثل درد قفسهٔ سینه، تنگی نفس و تپش قلب به عنوان پدیده ای غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل‌کنترل؛ تحریف‌های شناختی همچون فاجعه آفرینی، تعمیم افراطی، افکار خود آیند منفی و

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

باورهای ناکارآمد منفی در مورد افتادگی دریچه میترال؛ ارزیابی بیمار از تأثیر افتادگی دریچه میترال بر روند زندگی‌اش و تنیدگی و تحریک‌پذیری مفرط ناشی از این افکار منفی از جمله عواملی هستند که بیشتر از خود بیماری سبب نگرانی، اضطراب و وحشت‌زدگی در این بیماران شده است. باورهای خاص درباره افتادگی دریچه میترال منجر به روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه، تشدید علائم روانی-جسمی و رنج و ناتوانی ناشی از آن می‌شود. گروه‌درمانی شناختی-رفتاری نخست این زمینه را فراهم می‌کند تا بیماران آزادانه و بدون ترس افکار و باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی خود را بیان کنند، سپس به بررسی و اصلاح افکار، باورها زیربنایی و تحریف‌های شناختی پرداخته می‌شود.

بر طبق مدل شناخت درمانی بک، درمان شناختی زمانی بیشترین اثربخشی خود را خواهد داشت که درمانگر به اصلاح این فرض‌های زیربنایی در بیماران پرداخته و تفکرات مثبت و منطقی و غیرافراطی را جانشین این تحریفات فکری نماید(۱۷). در پژوهش حاضر، طی مداخله تلاش شد تا با شناسایی افکار، باورها وطرحواره‌های ناکارآمد، که بیشتر در مورد بیماری بودند، به مرور بیماران را با افکار و نگرش های ناکارآمدشان آشنا نموده و از طریق تکنیک‌های شناخت درمانی به اصلاح افکار و فرض‌های زیربنایی ناکارآمد در بیماران پرداخته شود و همچنین تن آرامی برای مقابله با تنیدگی انجام گرفت. یافته‌های پژوهش مؤید مؤثر بودن کاربرد تکنیک‌های فوق در کاهش نگرانی، اضطراب و وحشت‌زدگی در این بیماران است.

نتیجه‌گیری

گروه درمانی شناختی-رفتاری باعث کاهش نگرانی، اضطراب و وحشت‌زدگی افراد مبتلا به سندرم افتادگی دریچه میترال قلب می‌شود و با استفاده از آن می‌توان مشکل نگرانی، اضطراب و وحشت‌زدگی را در مبتلایان تقلیل داد.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان حجم کم نمونه. نمونه‌گیری در دسترس، کمبود پیشینهٔ پژوهشی در زمینهٔ اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر مبتلایان به افتادگی دریچه میترال و در دسترس نبودن منابع به‌روزتر اشاره کرد که باید در تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرد.

پیشنهادها

از آنجا که گروه درمانی شناختی- رفتاری باعث کاهش نگرانی، اضطراب و وحشت‌زدگی افراد مبتلا به سندرم افتادگی دریچه میترال قلب می‌شود. پیشنهاد می‌شود. از درمان شناختی- رفتاری برای بهبود علائم افتادگی دریچه میترال، در کنار دارو درمانی به عنوان درمان مکمل استفاده شود.

سپاسگزاری

از تمامی کارکنان بخش قلب بیمارستان امام رضا(ع) مشهد و کلینیک روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد بابت همکاری دوستانه‌شان نهایت تشکر و قدردانی داریم.

References:

1- Douglas L, Douglas P, Peter L, Robert O. ***Heart disease a text book ofcardiovascular medicine.*** 2015: 363.

2- Pervichko, E., Zinchenko, Yu., Martynov, A. ***Peculiarities of emotional regulation with MVP patients: a study of the effects of rational-emotive therapy***. Procedia Social and Behavioral Sciences 2013; 78 (10): 290-4.

3- Van der ham, j.k. de vries, d.p . ***mitral valve prolapse: a study of 45 children,*** Cardiovascular J South Africa 2003 ; 14 (4): 191-4.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

4- Jacobs W, Chamoun A, Stouffer GA. ***Mitral valve prolapse: a review of the literature***. Am J Med Sci 2001; 321 (23): 401-10.

5- Minardi G, Pino PG, Manzara CC, Pulignano G, Stefanini GG, Viceconte GN, et al. ***Preoperative scallop-by-scallop assessment of mitral prolapse using 2D-transthoracic echocardiography***. Cardiovascular Ultrasound 2010; 8 (1): 1-12.

6- Lancellotti P, Moura L, Pierard LA, Popescu BA, Tribouilloy C, Hagendorff A, et al. ***European Association of Echocardiography recommendations for the assessment of valvular regurgitation***. Part 2: mitral and tricuspid regurgitation (native valve disease). Euro J Echocardiography 2010; 11(4): 32-37.

7- Mergl R, Seidscheck I, Allgaier AK, et al. ***Depressive, anxiety and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition***. Depress Anxiety 2007; 34(24): 185-95.

8- Scordo, K**.** ***Medication use and symptoms in individuals with mitral valve prolapse syndrome***. Clinical Nurs Res 2007; 16(10): 58-71

9- Bobkowski W, Nowak A, Durlach J. ***The importance of magnesium status in the pathophysiology of mitral valve prolapse.*** Magnes Res 2005; 18(8): 35-52.

10- Freitag CM, Domschke K, Rothe C, et al. ***Interaction of serotonergic and noradrenergic gene variants in panic disorder***. Psychiatr Genet 2006; 26(16): 59-65.

11- Filho AS, Maciel BC, Martin-Santos R, et al. ***Does the association between mitral valve prolapse and panic disorder really exist***. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2008; 23(10): 38-47.

12- Benjamin J, Ben-Zion IZ, Dannon P, et al . ***Lack of association between joint hyperlaxity and I: panic disorder, and II: reactivity to carbon dioxide in healthy volunteers***. Hum Psychopharmacol 2001; 31 (16):189-92.

13- Freed LA, Benjamin EJ, Levy D, et al. ***Mitral valve prolapsed in the general population: the benign nature of echocardiographic features in the Framingham Heart Study***. J Am Coll Cardiol 2002; 40(28): 1298-304.

14- Messias E, Eaton W, Nestadt G, et al. ***Psychiatrists' ascertained treatment needs for mental disorders in a population-based sample***. Psychiatr Serv 2007; 58(18): 7-73.

15- Yamaguchi H, Eishi K. ***Surgical treatment of active infective mitral valve endocarditis***. Ann Thorac Cardiovasc Surg 2007;16(13): 150-5.

16- Sutton M.J, weyman AE. Mitral ***valve prolapsed prevalence and camplication***. Circulation 2002; 106(78): 1305-12.

17- Hawton K, Msalkooskiss P, Kirk J, Clark D. ***Cognitive behavior therapy: a practical guide for treatment of mental disorders***. Translation Qasemzadeh H,Tehran, Arjmand Publication. 2010, 15-309. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

18- Pillai M. ***Efficacy of cognitive –behaviory therapy (CBT) on depressed spouses of cancer patients in an adjubvant care setting***. J Pharmacy Biologic Sci 2012; 2(2): 26-31.

19- ChoobfrooshZadeh A, Kalantari M, Moloodi H. ***The effectiveness of Cognitive behavioral stress management on subjective well-being of infertile women.***J Clinic Psychol 2009; 1(4): 1-9 . [Persian]

20- Akbari J, Agha Mohamadian HR, Ghanbari Hashem Abadi BA. ***Effect of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on anxiety and impulsivity symptoms in men with borderline personality disorder***. J Fundamentals Mental Health 2009; 10(4):17-23. [Persian]

21- Hazhir F, Ahadi H, Poorshahbaz A, Rezaei M***. Effectiveness of cognitive behavior therapy in changing cognitive representations of the patientsand improving emotional states of patients with multiple sclerosis***. J Kermansha Uni Med 2010; 4 (2):415-26. [Persian]

22- AghaBagheri H, Mohammadkhani P ,Omrani S, Farahmand V. ***Effectiveness of group-based cognitive therapy based on mindfulness upon increasing subjective well-being and hope in MS patients*** J Clinical Psychol 2012; 4(13): 10-9. [Persian]

23- Rezaei F, Kajbaf M, Vkilizarch N, Dehghani F***. Effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy in general health of asthmatic patients*** Knowledge and Health 2011; 6(3): 9-15. [Persian]

24- Saab PG, Bang H, Williams RB, Powell LH, Schneiderman N, thoresence, et al. ***The impact of cognitive behavioral group training on event- free survival in patients with myocardial infrction:the ENRICHDexperience.*** J Psychosom Res 2009; 67(39): 45-56.

25- Mendes de Leon CF, Powell LH, Kaplan BH. ***Change in coronary prone behaviors in the recurrent coronary prevention project***. Psychosom Med 1991; 53(21): 19-40.

26- Cully JA, Paukert A, Falco J, Stanley M. ***Cognitive-behavioral therapy: Innovations for cardiopulmonary patients with depression and anxiety***. Cogn Behav Pract 2009 16(4): 394-407

27- Karimi S, Kakabrayy K, Yazdanbakhsh K, Moradi Gh. ***Efficacy of cognitive behavioral therapy on mental well-being of patients with cardiovascular disease*** .Monthly Journal of Kermanshah University of Medical Sciences 2005; 18(2):189-93. [Persian]

28- Najafi n. ***Determining the effectiveness of cognitive-behavioral stress management training and stress reduction dysfunctional attitudes adolescents with coronary heart disease.*** Razi J Med Sci 2014; 21(128)8-17. [Persian]

29- Bayazi mh. ***The effectiveness ofcognitive-behavioral group interventionshort-term depression, anxiety and chronic stress with coronary heart disease.*** 2013; 14(54): 21-110. [Persian]

30- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB W, Bernd Lo we. ***A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7***. Arch Intern Med 2006: 166(10): 1092-7.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

31- Naiyniyan M, barley M, Sharifi M, H M. ***To evaluate the reliability and validity of the short scale Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)***. Quarter J Shahed University 2006; 166(10): 1092-7. [Persian]

32- Tozndeh Janny, H, Soltanzadeh Mzrowjy, H. ***The effect of reality therapy on depression in infertile women before treatment with the help of time, productivity IUI***. J Behavioural Sci 2014; 12(2): 46-53. [Persian]

33- Timothy A. Brown, Kamila S. White, David H. BarlowA. ***psychometric reanalysis of the Albany Panic and Phobia Questionnaire.*** Behav Res Therapy 2005; 43(19): 337-55.

34- DelawareAS, Bratyan CE, men againstH, MasoudianM. ***Standards and standardization questionnaire health concerns (HCQ-54), and students of undergraduate courses, public universities in Tehran***. J Edu Measure 2013; 11(8):1-38. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in Reducing Worry, Anxiety and Panic Attacks Mitral Valve Prolapse Patients

Abdulrahim Jamshidzehi ShahBakhsh (MA)[1] , Mohammad Javad Asghari ebrahim abad (PhD)[*2]
Ali Mashhadi (PhD)[3], Seyed Hashem Daneshsani (PhD)[4]

[1] *Hospital Mental Health Expert Spring, Zahdan, Iran*
[2] *Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran*
[3] *Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran*
[4] *Department of Cardiology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*

Received: 17 Aug 2015 ***Accepted:*** 24 May 2016

Abstract

Introduction: The mitral valve prolapse is a heart syndrome that is characterized by considerable physical and psychological consequences for affected patients. This study aimed to assess the efficacy of cognitive-behavioral therapy in reducing worrying, generalized anxiety and panic attacks in patients with mitral valve prolapse.

Methods: This study is quasi-experimental research with pretest-posttest and control group. 16 patients with mitral valve prolapse divided into to two groups: experimental (n = 8) and control (n = 8) groups. CBT was used during 10 sessions twice a week with a focus on cognitive restructuring, modification of cognitive distortions and training of behavioral techniques for the experimental group. For participants health concerns spot and doush (HCQ), Generalized anxiety disorder (GAD- 7) and Albania panic scales as pre-test, post-test.

Results: Data were analyzed by covariance analysis. The results showed that worrying, anxiety, and panic attacks significantly reduced in the experimental group.

Discussion: Cognitive behavioral therapy is remarkably effective for reducing fear, anxiety and panic patients with mitral valve prolapse. Therefore, it is recommended for the patients with mitral valve prolapse that cognitive behavioral therapy can be used as a complementary therapy.

Keywords: Mitral Valve Prolapse; Worry; Anxiety; Panic Attacks; Cognitive-Behavioral Therapy

This paper should be cited as:
Abdulrahim JamshidZehi ShahBakhsh , Mohammad Javad Asghari Ebrahim Abad, Ali Mashhadi, Seyed Hashem danesh Thani. ***The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Reducing Worry, Anxiety and Panic Attacks Mitral Valve Prolapse Patients*** .J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2016; 24(4): 340-351.

****Corresponding author: Tel: +98 9155137176, Email: Mjasghari@um.ac.ir***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]