

## بررسی تأثیر گروه درمانی بر میزان افسردگی مبتلایان به سکته قلبی در بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۸۱

فرزانه شیخ‌الاسلامی\*

### چکیده:

از مسایل مهمی که مبتلایان به سکته قلبی با آن روبرو هستند مشکلات روحی و روانی نظیر افسردگی می باشد که حدوداً ۶۵ درصد بیماران آن را تجربه می کنند و بهمین سبب موجب تاخیر در بازگشت به کار، کاهش کیفیت زندگی و افزایش خطر مرگ می شود. هدف از این پژوهش تعیین و مقایسه میانگین امتیاز افسردگی مبتلایان قبل، بعد و یکماه بعد از مداخله در دو گروه بود.

این پژوهش، مطالعه ای نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی، دو گروهی و سه مرحله ای است که بر روی ۲۲ بیمار مبتلا به سکته قلبی که بطور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند انجام شد ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه افسردگی بک بود که قبل، بعد و یکماه بعد از مداخله جهت تکمیل به افراد مورد پژوهش ارائه شد. مداخله به صورت جلسات گروه درمانی با طول عمر هشت جلسه و فراوانی دو بار در هفته و به مدت ۹۰-۸۵ دقیقه انجام شد. به منظور دستیابی به نتایج از نرم افزار SPSS و آزمونهای تی زوج و آزمون تی استودنت استفاده گردید.

با توجه به یافته ها مشاهده شد که میزان افسردگی مبتلایان به سکته قلبی بعد و یکماه بعد از مداخله کاهش قابل توجهی در مقایسه با قبل از مداخله داشته است و با  $P < 0/0001$  در گروه آزمون، تفاوت آماری معنی داری مشاهده گردید.

باتوجه به نتایج، گروه درمانی تأثیر بسزایی بر کاهش میزان افسردگی مبتلایان داشته است و تداوم اثر آن تا یکماه بعد از مداخله نیز قابل مشاهده است.

کلید واژه ها: افسردگی / انفارکتوس قلبی / گروه درمانی

### مقدمه:

در ایران نیز طبق گزارشات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی میزان بروز سکته قلبی افزایش یافته است و شایعترین علت مرگ و میر بالغین را تشکیل میدهد (۱) و در ایران اولین علت مرگ و میر افراد بالاتر از سی و پنج سال می باشد (۲).

از آنجا که قلب یکی از مهمترین و حساس ترین اعضا بدن آدمی است، آسیب به آن بر وضعیت روحی و روانی

سکته قلبی از جمله شایعترین بیماریهایی است که امروزه در جوامع مختلف به چشم می خورد بطوریکه طی آمار بدست آمده از آمریکا سالانه حدود ۱/۵ میلیون نفر به سکته قلبی مبتلا شده و شمار بسیار زیادی از آنان بستری می گردند که در نهایت بعلت از کارافتادگی نسبی این بیماران ضررهای اقتصادی فراوانی به جوامع وارد می شود.

\* کارشناس ارشد روانپرستاری دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی همدان

بیشتر بوده، به شکل حادثی بروز می کند (۷). با توجه به مطالب فوق بنظر میرسد که مسئله نوتوانی این بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است، هدف از نوتوانی بیمار توسعه و اصلاح کیفیت زندگی و برگرداندن هرچه سریعتر بیمار بروش زندگی طبیعی و نزدیک به طبیعی است (۸).

روان درمانی گروهی نیز از جمله اقدامات مشاوره ای روانی اجتماعی است که در آن افراد مبتلا به ناراحتیهای عاطفی که بدقت انتخاب شده اند در گروهی به هدایت درمانگر آموزش دیده شرکت کرده و تعاملهای گروه در جهت اصلاح هدایت می شود (۹) و از آنجا که پرستاران مسئولیت مراقبت ۲۴ ساعته بیماران را بر عهده دارند می توانند گروههای بیماران را رهبری کنند که دادن این مسئولیت به پرستاران مقرون به صرفه بوده و یک مداخله درمانی محسوب میگردد. امروزه مدت بستری شدن بیماران در بیمارستان کوتاه مدت شده و بدنبال آن تقاضا برای مداخلات کم هزینه افزایش یافته، لذا کار با این گروهها یک مراقبت موثر و در حال توسعه می باشد (۱۰) به همین جهت پژوهشگر برآن شد که مطالعه ای با هدف تعیین تأثیر گروه درمانی بر میزان افسردگی مبتلایان به سکتة قلبی در بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۸۱ انجام دهد.

### روش کار:

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی می باشد. بدلیل اینکه افسردگی در دو گروه (آزمون و کنترل) و در سه مرحله قبل، بعد و یکماه بعد مورد سنجش قرار گرفته، دو گروهی و سه مرحله ای و به صورت آینده نگر می باشد.

محیط پژوهش بیمارستانهای الزهرا، فیض و نور شهرستان اصفهان بود که مرکز شناخته شده ای جهت درمان بیماران قلبی می باشد و بیشترین مراجعین مبتلا به سکتة قلبی را دارا هستند.

جامعه این پژوهش را کلیه بیمارانی که برای اولین بار با تشخیص سکتة قلبی در بخشهای مراقبت ویژه قلبی بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بستری شده و ترخیص شده اند تشکیل داده است. نمونه پژوهش شامل بیمارانی بود که برای اولین بار با تشخیص سکتة قلبی در بخشهای مراقبت ویژه قلبی بیمارستان های منتخب بستری شده و معیارهای تعیین شده برای واحدهای مورد پژوهش شامل: بیمارانی که

فرد تأثیر نامطلوب می گذارد که بیماریهایی چون سکتة قلبی نیز از این پدیده مستثنی نیستند. بررسی های متعددی که در سالهای گذشته روی بیماری انجام شده نشان داده است که رفتارهایی چون افسردگی، اضطراب، خشم و احساس دشمنی و استرس های زندگی، زمینه ساز بیماریهای قلبی است و از سوی دیگر رویداد بیماری قلبی نیز همین پاسخ های رفتاری را پدید می آورد (۳). بنابراین از جمله مسائل مهمی که بیماران با سکتة قلبی با آن مواجه هستند مشکلات روحی و روانی آنهاست که باید حالتی روحی آنها را شناخته و در کاهش ناراحتی ناشی از آن اقدام کرد، بطوریکه عدم توجه به استرسها و واکنش های روانی مبتلایان سبب وسعت بیماری آنان می گردد (۴).

بطور کلی ۱۰-۵ درصد از بیماران جسمی در مراقبتهای اولیه درمان از افسردگی اساسی رنج می برند و شیوع افسردگی بیماران بستری در بیمارستان حتی بیشتر از ۱۵-۱۰ درصد است. همچنین افسردگی، بر پیش آگهی سکتة قلبی تأثیر منفی دارد چون اینگونه بیماران تمایلی به ادامه برنامه های نوتوانی نداشته و اغلب از نظر اجتماعی منزوی هستند و در مورد رعایت رژیم غذایی و دارویی و نیز ترک سیگار تحمل کمی از خود نشان می دهند و همچنین توصیه های فعالیتهای ورزشی را بکار نمی بندند و از طرفی چون خلق افسرده یک واکنش طبیعی به دنبال سکتة قلبی محسوب می شود نه تنها توسط بیماران بلکه پزشکان قلب نیز آن را نادیده گرفته و به همین جهت بیماران خلق افسرده خود را گزارش نکرده و افسردگی آنان اغلب تشخیص داده نمی شود (۵) افسردگی مهم ترین مانع مداوای سکتة قلبی است، زیرا موجب عدم پذیرش بیماری شده و انگیزه بیمار را برای ادامه درمان کاهش می دهد. همچنین تأثیر منفی بر پیش آگهی بیماری قلبی عروقی دارد (۶) و با توجه به اینکه افسردگی در ۱۹-۱۳ درصد بیماران با سکتة قلبی گزارش شده، مشاهده گردیده است که در این بیماران افسردگی سبب عوارض متعددی چون افزایش مرگ و میر، آنژین، آریتمی، بستری شدنهای مجدد و ناتوانی طولانی مدت و افزایش مصرف سیگار می شود. همچنین مشخص شده که ابتلا به افسردگی میزان مرگ و میر را تا ۱۸ ماه پس از سکتة قلبی افزایش می دهد، همچنین در بیمارانی که سیستم حمایتی ضعیفی دارند مشکل آنها

درباره سکتة قلبی و بیان احساسات و نگرانی هایشان بود. از جلسه چهارم به بعد اعضا افکار منفی و خطاهای شناختی خود را شناخته و با هدایت درمانگر در جهت شناسایی راه های غلبه بر افکار منفی و بکار گیری آن تشویق شده و با بحث و تعامل گروهی توانستند بر افکار اتوماتیک و خطاهای شناختی خود غلبه نمایند. همچنین درمانگر تکالیفی را برای کار و تمرین در منزل در پایان هر جلسه به اعضای گروه ارائه نموده و در هر جلسه بازخورد آن را دریافت می نمود. پرسشنامه ها نیز قبل از تشکیل جلسات و در آخرین جلسه گروه و یکماه بعد از گروه درمانی به طور همزمان به افراد مورد پژوهش در هر دو گروه آزمون و کنترل جهت تکمیل داده شد.

داده های این پژوهش از نوع کمی بوده و از روشهای آماری توصیفی و استنباطی آزمونهای تی زوج و آزمون تی استودنت و نرم افزار spss جهت تجزیه و تحلیل آنها استفاده شده است و برای کلیه آزمونهای خطا ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

### نتایج:

با توجه به یافته ها بیشترین فراوانی امتیاز افسردگی قبل از مطالعه در گروه آزمون امتیاز ۱۷ و در گروه کنترل ۱۵ به میزان ۲۷/۲ درصد و بعد از مداخله در گروه آزمون ۱۴ در گروه کنترل ۱۶ به میزان ۲۷/۲ درصد بوده که یکماه بعد از مداخله امتیاز افسردگی در گروه آزمون به ۱۳ با ۳۶/۳ درصد و در گروه کنترل به ۱۶ با ۲۷/۲ درصد رسیده است. یافته ها نشان میدهد که بیشترین فراوانی امتیاز افسردگی بعد از مداخله در گروه آزمون کاهش یافته و از ۱۷ به ۱۵ رسیده که حتی یکماه بعد از مداخله کاهش بیشتری را نشان داده است و این درحالی است که بیشترین فراوانی امتیاز افسردگی در گروه کنترل بعد از مداخله از ۱۵ به ۱۶ افزایش یافته است. با توجه به نتایج میانگین امتیاز افسردگی قبل از مداخله ۱۶/۳۶ با خطای معیار ۳/۲۹ بوده است که بعد از مداخله تا ۱۳/۰۹ با خطای معیار ۲/۷۳ کاهش یافته و نیز یکماه بعد از مداخله تا ۱۲/۰۹ با خطای معیار ۲/۶۲ کاهش بیشتری داشته است و همچنین میانگین امتیاز افسردگی در گروه کنترل قبل از مداخله ۱۶ با خطای معیار ۲/۶۸ بود که بعد و یکماه بعد از مداخله بترتیب به ۱۶/۰۹ با خطای معیار ۲/۹۴ و ۱۵/۹۰ با خطای معیار ۲/۷۳ رسیده است. یافته های منتج از آزمون آماری

برای اولین بار با تشخیص سکتة قلبی در بخش مراقبت ویژه قلبی بستری شده در حال ترخیص بوده ( بر اساس پرونده بیمار) مسلمان، فارسی زبان بودند، در محدود سنی ۶۰-۴۰ سال قرار داشته و دارای آدرس و مشخص و تلفن قابل دسترس باشند. حجم نمونه ها ۲۲ نفر بود و نمونه گیری نیز به روش تصادفی انجام شد جهت گردآوری داده ها از ابزار پرسشنامه استفاده گردید که شامل دوبخش بود. بخش اول پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بخش دوم پرسشنامه افسردگی بک بود. پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ سوال است که هر یک ۴ گزینه دارد برای هر گزینه پایین ترین نمره صفر و بالاترین نمره سه در نظر گرفته شده است بنابراین کمترین نمره ای که بدست می آید صفر و بیشترین نمره ای که حاصل می شود ۶۳ است. پرسشنامه افسردگی بک روی تعداد زیادی از افراد ایران آزمایش شده است. اولین بار بک در سال ۱۹۶۱، این تست را تدوین کرده است و هدف وی سنجش میزان فراوانی در افراد بود، این آزمون در سال ۱۹۷۱ توسط نادر نوع پرست به فارسی ترجمه و اقتباس شد (۱۱). میرصدراپی به نقل از پرتو (۱۳۶۷) می نویسد: تست افسردگی بک بعنوان یک تست مستقل از فرهنگ خاص شناخته شده و مخصوص هیچ طبقه اقتصادی و تحصیلی خاصی نیست و برای هر فردی از هر طبقه ای قابل اجراست (۱۲).

روش انجام پژوهش به این صورت بود که افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند و گروه آزمون هشت جلسه، دو بار در هفته و هر جلسه به مدت ۹۰-۴۵ دقیقه در جلسات گروه درمانی شرکت نمودند. این جلسات توسط پژوهشگر و تحت نظارت درمانگر مجرب که روانپرستار می باشد، هدایت گردید. خصوصیات گروه از نوع نامتجانس، ۱۱ نفره، مدت گروه ۹۰-۴۵ دقیقه، با فراوانی دو بار در هفته و عمر ۸ جلسه بود.

در طی جلسه اول اعضای گروه با هم آشنا شده و قوانین و اهداف کار تنظیم گردید در طی جلسه دوم و سوم نیازها و مشکلات افراد بیان و به سؤالات آنان در مورد بیماری و عوارض آن همچنین داروهای مورد استفاده پاسخ گفته شد.

اهداف این جلسات افزایش اطلاعات و آگاهی بیماران

$p < 0/0001$  تفاوت آماری معنی دار میباشد در حالیکه بعد و یکماه بعد از مداخله با  $t = 0$  و  $p = 1$  اختلاف معنی داری ملاحظه نمی شود. این یافته ها نشان می دهد که افسردگی گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری داشته و تأثیر آن تا یکماه بعد نیز ادامه دارد (جدول ۲).

جدول ۲: تعیین و مقایسه میانگین اختلافات امتیاز افسردگی گروه آزمون با کنترل

نتایج آماری	خطای معیار	میانگین اختلافات	شاخصهای آماری امتیاز افسردگی (آزمون و کنترل)
$t = 7/68$ $P < 0/0001$	۰/۴۳۷۹	۳/۳۶	قبل و بعد از مداخله
$t = 6/96$ $P < 0/0001$	۰/۴۸۲۶	۳/۳۶	قبل و یکماه بعد از مداخله
$t = 0$ $P = 1$	۰/۸۲۶۶	.	بعد و یکماه بعد از مداخله

### بحث:

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش مشاهده می شود که افسردگی بیماران بعد از مداخله در مقایسه با گروه کنترل به میزان قابل توجهی کاهش یافته که تا یکماه بعد نیز اثر آن باقیمانده است. استریک نشان داد که خلق افسرده بعد از سکنه قلبی اغلب واکنشی طبیعی محسوب می شود. مطالعات وی نشان داد که میزان افسردگی اساسی در مبتلایان به سکنه قلبی ۳۰-۱۵ درصد در ۱۸ ماهه اول می باشد و ۲۰ درصد دیگر افسردگی خفیفی را گزارش می کنند (۸).

پژوهشگر دیگری نشان داد که بروز افسردگی بعد از سکنه قلبی می تواند از موانع بهبود بیماری و افزایش احتمال مرگ باشد (۱۳) یافته ها همچنین نشان می دهد که میزان افسردگی افراد در گروه کنترل بعد از مداخله افزایش یافته که احتمالاً نشانگر این است که بعد از سپری کردن دوره حاد بیماری و واکنش نسبت به آن فرد دچار افسردگی بیشتری می گردد و احتمالاً مدتی بعد یا به علت حمایت اجتماعی و خانوادگی بیماران و یا برگشت به کار و شروع فعالیتهای روزمره زندگی از میزان افسردگی آنان کاسته می شود. گورمن و همکاران می نویسند که تغییر در روش زندگی، مسئولیت

مطرح کننده این است که اختلاف میانگین امتیاز افسردگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون  $3/27$  با خطای معیار  $0/35$  در گروه کنترل  $0/09$  با خطای معیار  $0/25$  با  $t = 9/11$  و  $P < 0/0001$  تفاوت آماری معنی داری را نشان میدهد. همچنین اختلاف میانگین امتیاز افسردگی قبل و یکماه بعد از مداخله در گروه آزمون  $3/45$  با خطای معیار  $0/36$  و  $t = 9/44$  و  $P < 0/0001$  تفاوت آماری معنی داری را نشان میدهد در حالیکه گروه کنترل با اختلاف میانگین  $0/18$  و خطای معیار  $0/29$  و  $t = 0/61$  و  $P = 0/5$  تفاوت آماری معنی داری را نشان نمی دهد. از طرفی اختلاف میانگین امتیاز افسردگی بعد و یکماه بعد از مداخله در گروه آزمون  $0/18$  با خطای معیار  $0/26$  و  $t = 0/69$  و در گروه کنترل  $9/09$  با خطای معیار  $0/31$  و  $t = 0$  تفاوت آماری معنی دار مشاهده نشد، با توجه به نتایج آزمون آماری و مقایسه دو گروهی قبل و بعد از افسردگی اختلاف میانگین منفی نشاندهنده ارتباط معکوس شدت افسردگی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل می باشد یعنی با گذشت زمان افسردگی واحدهای پژوهش در گروه کنترل نه تنها کاهش نیافته بلکه افزایش نیز داشته است (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه میانگین امتیاز افسردگی قبل، بعد و یکماه بعد از مداخله در گروه های آزمون و کنترل

نتایج گروه	افسردگی قبل و بعد از مطالعه		افسردگی قبل و یکماه بعد		افسردگی بعد از مطالعه و یکماه بعد	
	میانگین خطای معیار	نتایج آماری	میانگین خطای معیار	نتایج آماری	میانگین خطای معیار	نتایج آماری
آزمون	$0/35$	$p < 0/0001$	$3/45$	$t = 9/44$	$0/26$	$p = 0/5$
کنترل	$0/25$	$p = 0/72$	$0/18$	$t = 0/61$	$0/31$	$t = 0/28$

بنظر می رسد که میانگین اختلافات امتیاز افسردگی در گروه آزمون در سه مرحله زمانی یعنی قبل، بعد و یکماه بعد از مداخله تفاوت بارزی با گروه کنترل دارد. همچنین با مقایسه ای که توسط آزمون آماری بین دو گروه آزمون و کنترل بعمل آمده مشاهده می شود که قبل و بعد از مداخله با  $t = 7/68$  و  $p < 0/0001$  تفاوت آماری معنی داری در میانگین تغییرات امتیاز افسردگی وجود دارد و قبل و یکماه بعد از مداخله با  $t = 6/96$  و

بر کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سکتة قلبی را آشکار نموده است. پژوهشگر تأثیر مداخلات گروهی را در ایجاد بینش، شناخت و تغییر نگرش بیماران در طی زمان مداخله مورد مشاهده قرار داد و از آنجا که افسردگی احساس نامطلوبی است که بیماران آن را تجربه کرده اند و نیز با توجه به اینکه منشا احساس در فرد تفکرات اوست پژوهشگر با هدایت بیماران در جهت شناخت افکار اتوماتیک و ایجاد بحث و تعامل گروهی آنان را تشویق نمود تا در جهت تغییر افکار و در نهایت احساس خود تلاش کنند.

موضوعاتی که بیش از همه مورد بحث قرار می گرفت نگرانی در مورد آینده واحساس عدم شایستگی بود. اکثر بیماران قبل از بیماری فعال و توانمند بودند اما بیماری سبب توجه بیشتر خانواده به آنان شده است. بهر حال گروه با بحث در مورد این موضوعات در نهایت کار خود به این نتیجه رسید که انسان در هر مقطعی می تواند از توانمندیهایش بهره کافی برده و انسانی بارور باشد. گروه با تمرکز بر اینجا و اکنون در نهایت به این باور رسید که در این لحظه زنده است پس می تواند زندگی کند، کلام نهایی گروه این بود بیماری و ضعف جسمی به معنای مرگ و نابودی نیست، آنچه که هم اکنون سرمایه آنهاست زنده بودن و زندگی کردن است.

به اعتقاد پژوهشگر، اعضای گروه توانستند به شناخت در مورد افکار و رویارویی با احساسات خود نائل شوند و نتایج آماری نیز تأیید کننده این ادعاست. با توجه به یافته ها، تأثیر گروه درمانی بر کاهش میزان افسردگی مبتلایان آشکار می گردد اما با عنایت به اینکه مدت زمانی که واحدهای پژوهش تحت گروه درمانی قرار گرفته اند کوتاه و به مدت ۸ جلسه بوده است، همانگونه که مشاهده می شود مداخله تأثیر چشمگیری در کاهش افسردگی داشته و اثربخشی آن تا یکماه بعد از مداخله نیز بارز است بنابراین اگر در درمان این بیماران گروه درمانی را در زمان بیشتر وبا کیفیت و شرایط مطلوبتری انجام داد، مسلماً تأثیرات درمانی آن نیز قابل ملاحظه خواهد بود و همچنین با توجه به اینکه افسردگی افراد در گستره خفیف قرار داشته است اگر برای بیمارانی که مدت بیشتری از این علایم را تجربه کرده اند و حتی مبتلایانی که تحت دارو درمانی قرار گرفته اند چنین مداخله ای به شکل گسترده تر و

مراقبت، تغییر نقش ها و تغییر در الگوهای اجتماعی و ارتباط جنسی تأثیر قابل ملاحظه ای در پاسخ روانی بیمار می گذارد که این اثرات را می توان در افزایش میزان افسردگی و افراد در گروه کنترل بعد از مطالعه مشاهده کرد. از طرفی هوس و همکاران عقیده داشتند که سیستم حمایتی خوب در پیشگیری و بهبودی سریع بیمار بسیاری کمک کننده است و فلوری نیز به این نتیجه رسید که حمایت خانواده و دوستان تأثیر بسزایی در تغییر، رفتار و خلق مبتلایان دارد (۱۴).

بنابراین تأثیر مداخلات گروه درمانی بر افسردگی مبتلایان باتوجه به نتایج مشخص می باشد همچنین کارنی در مطالعات خود به این نتیجه رسید که شناخت درمانی گروهی، افسردگی مبتلایان به بیماریهای عروقی کرونر را بهبود می بخشد و همچنین ضربان قلب بیماران را نیز کاهش می دهد (۱۵) موهر ادعان داشت که رواندرمانی گروهی تا حد قابل ملاحظه ای بر افسردگی و هیجانات مبتلایان به اسکروز متعدد موثر بوده و سبب بهبودی آنان می شود. (۱۶) همچنین کوان نیز معتقد است که رواندرمانی فردی یا گروهی می تواند خطر مرگ مبتلایان به سکتة قلبی را به میزان قابل توجهی کاهش داده و سبب بهبود افسردگی، اضطراب و خشم مددجویان گردیده و سطح کیفیت زندگی آنان را افزایش می دهد (۱۷).

سیمپسون و کارلسون در سال ۲۰۰۱ با انجام رواندرمانی گروهی بر زنان مبتلا به سرطان پیشرفته پستان مشاهده کردند که رواندرمانی گروهی بر بهبود وضعیت روانی بیماران موثر بوده و افراد شرکت کننده در مداخله، علایم افسردگی و اختلالات خلقی کمتری را نسبت به گروه کنترل نشان میدادند (۱۸).

از نظر آلبرت گروه درمانی سبب بهبود وضعیت روحی و روانی زنان مبتلا به دردهای مزمن لگنی شده و علاوه بر آن درد آنان را نیز به میزان قابل توجهی تسکین می بخشد (۱۹). همچنین دیگر پژوهشگران با انجام شناخت درمانی گروهی بر کنترل اضطراب بیماران دریافتند که اضطراب و افسردگی تحت تأثیر این روش درمانی قرار گرفته و بطور کوتاه مدت ۶ ماه تا ۲ سال و یا طولانی مدت ۲ تا ۵ سال بعد از مداخله کاهش می یابند (۲۰).

یافته ها و مشاهدات پژوهشگر، تأثیر گروه درمانی

- Mosby , 1997 :175-176
۱۱. پرون و پرون. روانشناسی بالینی. ترجمه پیررخ داستان و محمود منصور. تهران : بعثت ، ۱۳۷۶ : ۲۶۳.
۱۲. فولادی آذرغین حوریه. بررسی رابطه افسردگی و نوبت کاری در پرستاران بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۷۵. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی ، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، ۱۳۷۵ : ۶۵.
13. Regel S, Roberts D. Mental health liaison. Edinburgh : Bailliere Bindall , 2002 :200-201
14. Gorman LM, Raines M , Sultan D. Psychosocial nursing for general patient care. 2nd ed. Philadelphia : F.A. Daviscom, 2002:354-358
15. Carney RF, Stein PH, Jaffea A. Change in heart variability during treatment for depression in patient with coronary heart disease. *Psychosomatic Med* 2000;62 : 639-647.
16. Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE . Comparative outcomes for individual cognitive – behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(6) : 942-949.
17. Cowan P , Budzyyniski HK. Psychosocial nursing therapy following sudden cardiac arrest. *Nurs Res* 2001; 2: 68-76.
18. Simpson S, Carlson E , Etrew M. Effect of group therapy for breast cancer on health carutilization , *Cancer Practice* 2001; 9(1): 19 –34.
19. Albert H. Psychosomatic group treatment helps women with chronic pelvic pain. *J Psychosomatic Obstet Gynaecol* 1999; 20(4): 216-225.
20. Chichester JW. Treating anxiety and stress , A group psycho-educational approach using. Brief CBT Chichester : Wiley, 2000 : 48
- وسیعتر انجام شود، واضح است که نه تنها اثرات درمانی داروها افزایش می یابد بلکه حتی می توان نیاز به مصرف دارو را در این بیماران کاهش داد و از روش های غیر دارویی استفاده مفید نمود.
- منابع :**
۱. نبوی سیف الدین. پیشگیری از سکته قلبی. تهران : نشر اقبال ، ۱۳۶۲ : ۱۵-۱۰.
۲. توسلی علی اکبر ، خرم زیبا. عملکرد بطن چپ بیماران با انفارکتوس قلبی به همراه عارضه تاکی آریتمی فوق بطنی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، سال هجدهم ، شماره ۵۹ ، ۱۳۷۹ : ۱۵-۱۳.
۳. صلصالی مهوش. اختلالات عروق کرونر و اصول مراقبتهای ویژه قلبی(پرستاران CCU). تهران: بشری ، ۱۳۷۲ : ۱۶۹-۱۷۴
۴. رحیمی فهیمه. تغییر رفتارهای سلامتی بیماران ۴ تا ۶ ماه پس از سکته قلبی. فصلنامه پرستاری مامایی ایران ، سال سیزدهم ، شماره ۲۴ ، ۱۳۷۹ : ۸.
۵. مومنی حمید. بررسی تأثیر آموزش و اجرای رفتارهای سلامتی بر بازگشت به کار بیماران انفارکتوس میوکارد بستری در بخشهای مراقبت ویژه قلبی بیمارستانهای دولتی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۰. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری ، دانشکده پرستاری و مامایی ، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ، ۱۳۸۰ .
۶. عالی نژاد زهرا. پرستاری داخلی جراحی قلب و عروق ، تهران : شهر آب ، ۱۳۷۶ : ۴۵۰-۴۴۹.
7. Creed F. The important of depression following myocardial infarction. *Heart* 1999 ; 82: 406-408.
8. Strik J. Depression and myocardial infarction relationship between heart and mind. *Prag Neuro Psycho Pharmacol Biol Psychiat Netherland* 2001 ; 25: 879-892.
۹. کاپلان هارولد ، سادوک بنیامین جسی. خلاصه روانپزشکی. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی. تهران : ارجمند ، ۱۳۷۸ : ۴۹۸- ۴۹۵.
10. Keltner , Schweke , Bostrom . Psychiatric nursing. St Louis :