مقاله اصیل پژوهشی

تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سکته قلبی

سجّاد خدایی[1]، کلثوم خزاعی[2]، طوبی کاظمی[3]، زهرا علی‌آبادی[4]

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب و افسردگی، از عوارض شایع در مبتلایان به سکته قلبی می‌باشد و می‌تواند احتمال وقوع حملات بعدی را در این بیماران افزایش دهد. تحقیق حاضر با هدف ارزیابی تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی انجام شد.

روش تحقیق: این مطالعه نیمه‌تجربی به صورت قبل و بعد، بر روی بیماران مبتلا به انفارکتوس حادّ قلبی که در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان ولی‌عصر (عج) شهر بیرجند در سال ۹۰-۱۳۸۹بستری شده بودند، یک ماه پس از ترخیص، انجام شد. از بین این بیماران، ۱۵ بیمار که بر اساس مقیاس افسردگی بک، نمره بالاتر از ۱۳ و نیز ۱۵ نفر که بر اساس مقیاس اضطراب بک، نمره بالاتر از ۱۴ گرفته بودند، انتخاب شدند. برای بیماران، کلاس‌های گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، طیّ دوازده جلسه ۱/۵ ساعته (هفته‌ای دو بار) برگزار شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۳) و روش‌های آمار توصیفی و آزمون آماری تی‌زوج در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: پس از اعمال روش گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، میانگین نمره افسردگی از ۵/۶۳±۱۹/۰۸ به ۳/۶۲±۷/۶۶ (P<۰/۰۰۱) و میانگین نمره اضطراب از ۱۱/۳۳±۳۰ به ۷/۶۲±۱۲/۱۶ کاهش یافت (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این تحقیق، مداخلات شناختی رفتاری به صورت گروهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سکته قلبی موثر است.

واژه‌های کلیدی: روان درمانی گروهی، شناخت درمانی، افسردگی، اضطراب، انفارکتوس ماهیچه قلب

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند. ۱۳۹۱؛ ۹ (۴): ۳۶۴-۳۷۰

دریافت: ۱۳۹۱/۰۵/۱۵ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۲/۱۴ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۲/۲۷

[1] کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، معاونت دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
آدرس: بیرجند- خیابان غفاری- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- معاونت دانشجویی و فرهنگی- مرکز مشاوره
[2] نویسنده مسؤول ،کارشناس ارشد روان‌شناسی، مرکز تحقیقات آترواسکلروز و عروق کرونر، معاونت دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران
تلفن: ۰۵۶۱۴۴۴۳۰۷۰ نمابر: ۰۵۶۱۴۴۴۳۰۱۴۲ پست الکترونیکی: khazaeik@yahoo.com
[3] دانشیار، مرکز تحقیقات آترواسکلروز و عروق کرونر، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران
[4] کارشناس پرستاری، بیمارستان ولی‌عصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

سکته قلبی، از جمله شایع‌ترین بیماری‌هایی است که امروزه در جوامع مختلف به چشم می‌خورد. میزان ابتلا به سکته قلبی نسبت به زمان‌های گذشته به طور چشمگیری افزایش یافته است. در ایالات متحده آمریکا سالیانه تقریباً ۶۵۰۰۰۰ بیمار جدید مبتلا به انفارکتوس حادّ میوکارد و ۴۵۰۰۰۰ نفر بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه می‌کنند (۱). در ایران از جمله خراسان جنوبی، سکته قلبی شایع‌ترین علت مرگ و میر افراد بالاتر از سی و پنج سال را تشکیل می‌دهد (۳،۲).

آسیب وارد بر قلب، علاوه بر ایجاد علایم و ناتوانی‌های جسمی، بر وضعیت روانی فرد نیز تأثیر نامطلوبی بر جای می‌گذارد که بیماری‌هایی چون سکته قلبی نیز از این پدیده مستثنی نیستند. مطالعات زیادی نشان داده‌اند که دو عارضه گریبان‌گیر بیماران مبتلا به سکته قلبی، افسردگی و اضطراب بوده است (۴-۶). افسردگی، انگیزه بیمار را برای ادامه درمان کاهش می‌دهد؛ همچنین مشخص شده است که ابتلا به افسردگی، میزان مرگ و میر را تا ۱۸ ماه پس از سکته قلبی افزایش می‌دهد (۷). Strik در مطالعه خود نشان داد که میزان افسردگی در مبتلایان به سکته قلبی در ۱۸ ماه اول، ۱۵- ۳۰ درصد می‌باشد و ۲۰ درصد دیگر، افسردگی خفیفی را گزارش می‌کنند. وی همچنین خلق افسرده بعد از سکته قلبی را واکنشی طبیعی می‌داند (۸).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بیماران، بیشترین علّت اضطراب را ترس از مردن و سکته مجدد بیان کرده‌اند که سطوح بالای اضطراب، خطر مرگ را تا سه برابر افزایش می‌دهد (۲).

متناسب با سبب‌شناسی اختلالات روانی، شیوه‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است. یکی از این رویکردها، درمان شناختی- رفتاری است و سودمندی آن در بررسی‌های چندی گزارش شده است (۹-۱۵). در این روش، بیمار تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید در بوته آزمایش گذاشته شود، تلقی نموده و از رفتارهایی که نتیجه افکار منفی است به عنوان محکی برای اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد (۱۶). کاربرد رویکرد شناختی- رفتاری، در درمان اضطراب شامل: روش‌های مختلف آرام‌سازی (عضلانی و تنفسی)، بازسازی شناختی، حساسیت‌زدایی منظم، تمرین رفتاری، توقّف فکر و جرأت‌ورزی است که به عنوان یکی از بهترین روش‌های مقابله با مشکلات روانی حین درمان‌های طبی می‌باشد. در رویکرد شناختی- رفتاری برای درمان افسردگی و اضطراب، بین ۶ تا ۲۰ جلسه روان‌درمانی نیاز است تا بهبودی پدید آید (۱۷).

با توجه به شیوع بالای اختلالات افسردگی و اضطراب، روان‌درمانی فردی نمی‌تواند پاسخگوی این مشکلات باشد (۱۸). از این رو می‌توانیم از گروه‌درمانی به جای روان‌درمانی فردی که از نظر هزینه و مدت درمان نیز با صرفه‌تر است، با عنوان گروه‌درمانی شناختی- رفتاری سود جوییم. اعتقاد بر این است که گروه درمانی، در بیشتر اختلالات روانی مؤثّر است؛ زیرا فرد در گروه، نحوه برخورد خود را با اجتماع می‌بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می‌شود. ضمن اینکه تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را کسب می‌کند؛ با افراد جدید آشنا شده و احساس قدرت می‌کند و اعتماد به نفس وی بالا می‌رود (۱۹)؛ با توجه به وجود تناقض در نتایج مطالعات قبلی، در این تحقیق بر آن شدیم که تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری را بر روی اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بررسی نماییم.

روش تحقیق

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی به صورت قبل و بعد می‌باشد. جامعه آماری شامل بیمارانی است که با تشخیص سکته قلبی، در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان ولی‌عصر (عج) شهر بیرجند در سال ۹۰-۱۳۸۹ بستری شده بودند.

بیماران، یک ماه پس از ترخیص از بیمارستان، توسط پرسنل بخش فراخوانده شدند. ابتدا بیماران توسط متخصص قلب مورد معاینه بالینی قرار گرفتند و پرسشنامه مشخصات دموگرافیک برای بیماران تکمیل گردید؛ سپس بیمارانی که در محدوده سنی ۴۵-۷۵ سال بودند و مبتلا به نارسایی قلبی و درد قفسه سینه به صورت مزمن نبوده و سابقه افسردگی شناخته‌شده در بین بستگان درجه یک و نیز سابقه افسردگی و مصرف داروهای ضدّ افسردگی قبل از ابتلا به بیماری را نداشتند، پرسشنامه اضطراب بک و افسردگی بک را تکمیل نمودند. از بین بیماران، ۱۵ بیمار که بر اساس مقیاس افسردگی بک، نمره بالاتر از ۱۳ و نیز ۱۵ نفر

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

که بر اساس مقیاس اضطراب بک نمره بالاتر از ۱۴ داشتند، انتخاب شدند. این نتایج به عنوان نتایج پیش‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت.

بیماران به مدت دوازده جلسه ۱/۵ ساعته و هفته‌ای دو بار، توسط یک نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی در دارالشفای ولی‌عصر (عج)، تحت درمان شناختی- رفتاری به صورت گروهی قرار گرفتند. محتوای جلسات در این پژوهش، با هدف شناسایی، به‌چالش‌کشاندن و تغییر شناخت‌های منفی اعضای گروه طراحی شد؛ به این دلیل که اعضای گروه به خاطر داشتن تجربه یک بیماری (بیماری سکته قلبی)، اختلالات هیجانی یکسانی (اضطراب، افسردگی) را تجربه می‌کردند.

در نخستین مرحله، با بیماران در مورد انتظارات خود از درمان صحبت شد و در مورد شرایط شرکت در جلسات، مدت زمان و زمان برگزاری جلسات با بیماران به طور شفاهی توافق به عمل آمد؛ همچنین در این جلسه بیان شد که فرایندهای فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری در وجود انسان در تعامل با یکدیگر قرار دارند و هیجان‌ها دارای اجزای فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری هستند؛ سپس افراد با توالی ABC؛ یعنی حادثه برانگیزاننده باور یا فکر و پیامد هیجانی آن آشنا شدند. به افراد کمک شد تا باورهای سطحی خود را در طی هفته بین جلسه‌ها بشناسند و آن را در یک ساختار سه ستونی که هر ستون برای یک جزء ABC است ثبت کنند. جلسه سوم شامل بحث نظری درباره نقش شناخت در دو هیجان منفی یعنی افسردگی و اضطراب بود. پس از آنکه افراد، چندین مورد از ABCهای خود را ثبت کردند، آموزش برای شناخت طرحواره‌های منفی یا باورهای اصلی، با استفاده از روش پیکان عمودی شروع شد. سپس به منظور دستیابی به درک کلی از مشکل و نحوه ارتباط بین باورهای نادرست، به افراد روش‌هایی از جمله قراردادن باورها در یک طبقه، تشکیل فهرست اصلی از باورها و طراحی یک نقشه شناخت، آموزش داده شد. زمانی که باورها سازماندهی شدند، افراد روش‌هایی را برای برخورد با باورها شامل مقایسه باورها با واقعیت‌های عینی، ارزیابی سودمندی هر باور و آزمون تجربی باور آموختند. دستیابی افراد به این که باورهایشان نادرست است، هدف این بخش از برنامه بود. پس از این مرحله، روش‌های گوناگون تغییر باورها به افراد آموزش داده شد که شامل معکوس‌کردن یا منع متقابل اولیه از قبیل: ایجاد باور مخالف، رویکرد خودمهاری به صورت عامل (تنبیه خود، خود پاداش‌دهی) و بازداری قشری اختیاری بود. در ضمن، تکالیفی در رابطه با موضوع در هر جلسه آموزشی ارائه شد و مراجعان در فاصله بین جلسات، تکالیف خانگی انجام می‌دادند (۲۲). پس‌آزمون (پرسشنامه افسردگی بک و اضطراب بک) بعد از پایان جلسات آموزشی تکمیل گردید.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه افسردگی بک (DDI- II) و پرسشنامه اضطراب بک (BAI) بود. مقیاس افسردگی بک (BDI-II)، از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و پرسش‌ها با زمینه‌هایی مانند: احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و از دست‌دادن اشتها ارتباط دارند. ضریب همسانی درونی، بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ بود. ضریب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار داشت (۲۰)؛ ابزار مورد استفاده دیگر، پرسشنامه اضطراب بک (BAI) بود که شامل ۲۱ پرسش است. دامنه نمره‌ها نیز از ۰ تا ۳ می‌باشد. این پرسشنامه بیشتر بر جنبه‌های فیزیولوژیکی اضطراب تأکید دارد. بک و کلارک، همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی آن را ۰/۷۵گزارش کردند (۲۱).

از ۱۵ بیمار مورد مطالعه در هر گروه، در طی جلسات درمانی، ۳ نفر از هر گروه ریزش کردند و در نهایت در هر گروه، ۱۲ بیمار تا پایان مطالعه باقی ماندند. داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۳)شد و با به‌کارگیری آمار توصیفی و آزمون آماری تی‌زوج، در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

از ۲۴ بیمار مورد مطالعه، ۱۲ بیمار مبتلا به افسردگی و ۱۲ بیمار مبتلا به اضطراب بودند. میانگین سنی بیماران گروه اضطراب، ۵۶/۲۵±۶/۰۴ و گروه افسردگی ۵۸/۰۸±۷/۵۳ بود. سطح تحصیلات در تمام بیماران ، کمتر از دیپلم بود و شغل آقایان در هر دو گروه، آزاد و خانم‌ها نیز خانه‌دار بودند. توزیع جنسی و سنی بیماران در جدول ۱ گزارش شده است.

میانگین نمره اضطراب و افسردگی بیماران بعد از مداخله به طور معنی‌داری کاهش یافت (P<۰/۰۰۱)، (جدول ۲).

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های گروه اضطراب و افسردگی بر حسب سن و جنس

گروه / مشخصات فردی		اضطراب		افسردگی	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس	مذکر	۱۰	۸۳	۶	۵۰
	مؤنّث	۲	۱۷	۶	۵۰
رده سنّی	۴۵-۵۴	۵	۴۱/۷	۴	۳۳/۳
	۵۵-۶۴	۶	۵۰	۵	۴۱/۷
	۶۵-۷۵	۱	۸/۳	۳	۲۵

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره اضطراب قبل و پس از مداخله

شاخص / گروه	قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار	پس از مداخله میانگین و انحراف معیار	سطح معنی‌داری
اضطراب	۳۰±۱۱/۱۳	۱۲/۱۶±۷/۶۲	P<۰/۰۰۱
افسردگی	۱۹/۰۸±۵/۶۳	۷/۶۶±۳/۶۲	P<۰/۰۰۱

بحث

در پژوهش حاضر اضطراب و افسردگی بیماران پس از مداخله درمانی کاهش قابل توجهی نشان داد. مطالعه Peterson و همکاران، از جمله مطالعاتی است که نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. در این مطالعه پژوهشگران دریافتند مداخلات شناختی- درمانی موجب مهار تنش و کاهش اضطراب بیماران می‌شود (۲۳). Garnefski یک مداخله روان‌شناختی بر روی بیمارانی که برای اولین بار تجربه سکته قلبی داشتند انجام داد. نتایج این مطالعه نشان داد راهبردهای شناختی، بر روی کاهش اضطراب بیماران تأثیر معنی‌داری دارد (۹). Frizelle نیز تأثیر برنامه‌های شناختی- رفتاری را بر روی بیماران قلبی بررسی کرد. نتایج این مطالعه نشان داد که پس از ۱۲ هفته مداخله، تنش، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران به طور معنی‌داری بهبود یافته است (۱۱).

Saab در سال ۲۰۰۹ تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری را بر روی ۷۸۱ بیمار مبتلا به سکته قلبی که بر اساس معیارهای تشخیص DSMIV، افسردگی شدید داشتند بررسی کرد. نتایج این مطالعه نشان داد که گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، بر کاهش افسردگی بیماران تأثیر معنی‌داری داشته است (P<۰/۰۰۱) (۱۲). Patrik نیز مطالعه‌ای بر روی افراد مبتلا به سکته قلبی که افسردگی بالا و حمایت اجتماعی کمتری دریافت کرده بودند انجام داد. نتایج مطالعه وی نیز نشان داد که گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، به میزان ۰/۳۳ باعث کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سکته قلبی نسبت به گروه شاهد شده است (۱۴). Ellen نیز مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به سکته قلبی انجام داد. نتایج مطالعه وی نیز نشان داد که مداخلات روان‌شناختی (درمان رفتاری) تأثیر به سزایی در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سکته قلبی داشت (P<۰/۰۳) (۱۵) که نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. همچنین در مطالعات دیگری که بر روی بیماران سرطانی و بیماران مبتلا به سکته مغزی در بیرجند انجام شده است، نتایج مثبت گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر بیماری‌های مزمن گزارش شده است (۲۴، ۲۵)

در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی، دابسون و همکاران معتقدند که وجود مؤلّفه مهم فعال‌سازی رفتاری همراه با درمان‌های شناختی، عامل کاهنده افسردگی در ابتدای درمان و نیز عامل تداوم‌دهنده اثرات این درمان‌ها در کاهش خلق افسرده بعد از درمان است؛ بنابراین می‌توان استدلال نمود که توجه به هیجانات و نگرش‌های منفی راه‌انداز خلق افسرده، همراه با تقویت رفتارهای فعال و کارآمد فرد افسرده، منجر به افزایش خودکارآمدی و تغییر شناخت‌های ناکارآمد و در نهایت باعث تغییر خلق افسرده به خلق متعادل می‌گردد (۲۶).

البته Oie و Dingle در سال ۲۰۰۷ مطالعاتی در مورد تأثیر درمان شناختی- رفتاری به صورت گروهی انجام دادند و بیان کردند که این روش نیاز به بررسی بیشتری دارد (۲۷). در پژوهش دیگری که توسط Peterson و Scott Halstead انجام شد، بیماران در جلسات گروه‌درمانی شناختی- رفتاری شرکت نمودند که نتایج این مطالعه نشان داد افسردگی تغییر چشمگیری نکرده است (۲۸). شاید این موضوع نشان‌دهنده این باشد که کم‌بودن جلسات درمانی (۶ جلسه گروه درمانی) ممکن است موفقیت کامل در رسیدن به اهداف درمانی را با اشکال روبرو کند و نهایتاً اینکه به نظر می‌رسد کاربرد درمان گروهی به شیوه شناختی- رفتاری، به لحاظ بالینی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه و قابل توجه است.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه می توان نتیجه گرفت که مداخلات شناختی رفتاری به صورت گروهی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سکته قلبی موثر بوده است.

تقدیر و تشکر

این تحقیق در قالب طرح تحقیقاتی با کد ۳۸۸ در مرکز تحقیقات آترواسکلروز و عروق کرونر و با حمایت مالی معاونت تحققات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به انجام رسیده است؛ از همکاران مرکز تحقیقات آترواسکلروز و عروق کرونر بیرجند بویژه سرکار خانم نیک و کارکنان بیمارستان ولی‌عصر (عج) بیرجند که در انجام تحقیق مساعدت و همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع:

1- Raygan f, Khorasanifar H, Momen Heravi M, Arj A, Akbari H. The Association between Acute Myocardial Infarction and Anti Helicobacter Pylori Antibody. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2009; 11 (2): 31-39. [Persian]

2- Kazemi T, Sharifzadeh GR. Changes In Risk Factors, Medical Care And Rate Of Acute Myocardial Infarctions In Birjand (1994-2003). Arya Journal. 2006; 1 (4): 271-4.

3- Kazemi T, Sharifzadeh GR, Zarban A, Fesharakinia A, Rezvani MR, Moezy SA. Risk Factors for Premature Myocardial Infarction: A MatchedCase-Control Study. Journal of Research Health Science. 2011; 11 (2): 77-82.

4- Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. Effects of depression and anxiety on mortality and quality-of-life 4 months after myocardial infarction. J Psychosom Res. 2000; 49 (4): 229-38.

5- Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. Br J Health Psychol. 2002; 7 (Pt 1): 11-21.

6- Akhtar MS, Malik SB, Ahmed MM. Symptoms of depression and anxiety in post-myocardial infarction patients. J coll physicians surg pak. 2004; 14 (10): 615-8.

7- Davoodi m, Bahreinian A. the comparison of Behavioral and cognitive Behavioral Therapeutic methods on Depression in cardiac Rehabilitated patients. Pajouhesh Dar Pezeshki. 2003: 32 (4): 289-96.

8- Strik JJ, Honig A, Maes M. Depression and myocardial infarction: relationship between heart and mind. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2001; 25 (4): 879-92.

9- Garnefski N, Kraaij V, Schroevers MJ, Aarnink J, van der Heijden DJ, van Es SM, et al. Cognitive coping and goal adjustment after first-time myocardial infarction: relationships with symptoms of depression. Behav Med. 2009; 35 (3): 79-86.

10- sebrogts EH, Falgerp K, Appel SA, kester AD, Bar FW. Psychological effects of a short behavior modification program in patient s with acute mypcardial in farction or coronary artery by pass grafting. A randomized controlled trial. J Psychom Res. 2005; 58 (5): 417-24.

11- Frizelle DJ, Lewin RJ, Kaye G, Hargreaves C, Hasney K, Beaumont N, et al. Cognitive-behavioural rehabilitation programme for patients with an implanted cardioverter defibrillator: a pilot study. Br J Health Psychol. 2004; 9 (Pt 3): 381-92.

12- Saab PG, Bang H, William RB, PowellL H, Schneiderman N, Thoresen C, Burg M, keefe F; ENRICHD investigators.J Psychosom Res 2009; 67(1): 45-56.

13- McLaughlin TJ, Aupont O, Bambauer KZ, Stone P, Mullan MG, Colagiovanni J, et al. Improving psychologic adjustment to chronic illness in cardiac patients. The role of depression and anxiety. J Gen intern Med. 2005; 20 (12): 1084-90.

14 Patrice G, Heejung Bang, lynda powell, Neil schneiderman,Carlthoresen,Francis keefe .The impact of cognitive behavioral group training on event –free survival in patients with myocardialinfarction. Journal of Psychosomatic Research. 2009; 67 (1):45-56.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

15- Ellen H W. paul R. J.Arnould D M.Frits W.H.psychology effects of a short behavior modification program in patients with acute myocardial in farction or cronary or tery bypass grafting.journal of psychosomatic research.2005,58(5)417-424.

16- Mehryar H. depressive cognitive therapy, Tehran. Roshd publication 1999 . [Persian]

17- Hawton K. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems : a practical guide. Translated by: Ghasemzadeh H. Tehran: Arjmand publication; 2002. [Persian]

18- Mehrabi T, Sheikholeslami F, Ghazavi Z, Nasiri M. The effect of group therapy on depression and anxiety levels of the patients with myocardial infarction. Iranian journal of Nursing and Midwifery Search. 2004; 9 (3): 5-13. [Persian]

19- Azimi H, Jannati Y, Mahmoudi G. Textbook of mental health nursing. Tehran: Salemi publication; 2002. [Persian]

20-Free ML. Cognitive therapy in groups : guidelines and resources for practice. Translated by: Mohammadi M, Fornam R. Tehran: Roshd publication; 2002. [Persian]

21- Groth-Marnat G. Handbook of psychological assessment. 2nd ed. Translated by: Pashasharify H, Nikkhoo M. Tehran: Roshd publication; 1994. [Persian]

22- Kazemi H. Comparison of cognitive distortion in depressed and anxious patients. [MS Dissertation]. Shiraz. University of Shiraz; 2003. [Persian]

23- Peterson C, Maier SF, Seligman MEP. Learned helplessness: a theory for the age of personal control. New York: Oxford University Press; 1993.

24- Khodai S, Dastgerdi R, Haghighi F, Sadatjoo SA, Keramati A. The Effect of Cognitive–Behavioral Group Therapy on Depression in Patients with Cancer. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2011; 18 (3): 183-90. [Persian]

25- Danae Sij Z, Bahrainian AM, Dehghani Firoozabadi M ,Sharifzadeh GR. Therapeutic effects of drug therapy with and without cognitive behavior therapy in post-stroke depression. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2010; 17 (4): 232-9. [Persian]

26- Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. J Consult Clin Psychol. 2008; 76 (3): 468-77.

27- Oei TP, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. J Affect Disord. 2008; 107 (1-3): 5-21.

28- Peterson AL, Scott Halstead T.Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: a clinical replication series. Behav Ther.1998; 29 (1): 3-18.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

Abstract *Original Article*

Effect of cognitive–behavioral group therapy on the depression and anxiety in patients with myocardial infarction

S. Khodai[1], K. Khazai[2], T. Kazemi[3], Z. Ali Abadi[4]

Background and Aim: Anxiety and depression are of prevalent complications in myocardial infarction patients,which can increase later recurrence of the condition. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the anxiety and depression of patients with myocardial infarction in Birjand .

Materials and Methods: This pre/post quasi-experimental study was done on 24 patients with acute myocardial infarction that had been hospitalized in the cardiac ICU of Birjand Vali-e-asr Hospital between 2010 and 2011, one month after discharse.From among of the patients, 15 whose depression grade was above 13 and 15 cases with anxiety grades above 14 were selected according to Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory(BAI), respectively Cognitive-behavioral group therapy classes were held for twelve 1.5 hour sessions (2 times per week). The obtained data was analyzed by means of SPSS (Version 13) using descriptive statistical tests and paired T test at the significant level of $P<0.05$.

Results: It was found that after intervention, mean depression in patients decreased from 19.08±5.63 to 7.66±3.62 ($P<0.001$) and that of anxiety, from 30±11.33 to 12.16±7.62 ($P<0.001$) .

Conclusion: Cognitive-behavioral group therapy plays a positive role in decreasing depression and anxiety in patients with myocardial infarction.

Keywords: Psychotherapy Group; Cognitive Therapy; Depression; Anxiety; Myocardial Infarction

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 9 (4): 364-370

Received: August 5, 2012 Last Revised: March 4, 2013 Accepted: March 17, 2013

[1] *M.S. in Clinical Psychology, Student Affairs, Birjand University of Medical Science, Birjand, Iran*
[2] *Corresponding Author M.S. in Clinical Psychology, Atherosclerosis & Coronary Artery Disease Research Center ,Student Affairs, Birjand University of Medical Science, Birjand, Iran khazaeik@yahoo.com*
[3] *Associate Professor, Birjand Atherosclerosis & Coronary Artery Research Center, Birjand University of Medical Science, Birjand, Iran*
[4] *Nurse, Vali -Assr Hospital, Birjand University of Medical Science, Birjand, Iran*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]