رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۳، شماره پیاپی ۶۰، خرداد ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(3), 2021

مقایسه اثربخشی درمان حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و درمان شمارش پیشرونده بر اضطراب، استرس و افسردگی بیماران عمل جراحی بای پس عروق کرونر

The comparison of the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing and progressive counting on anxiety, depression, and stress in patients with coronary artery bypass graft surgery

محمدرضا عبدلی بیدهندی
دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
دکتر پروین رفیعی نیا(نویسنده مسئول)
استادیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
دکتر رضا پورحسین
دانشیار ، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
دکتر پرویز صباحی
استادیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
دکتر نازیلا شاه منصوری
دانشیار، مرکز قلب تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی دو روش درمان حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و شمارش پیشرونده بر اضطراب، استرس و افسردگی بیماران جراحی بای پس عروق کرونر بود. طرح پژوهشی نیمه تجربی و از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران جراحی بای پس عروق کرونر مراجعه کننده به کلینیک بازتوانی مرکز قلب تهران بود، که نمونه ای به تعداد ۳۶ نفر از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب و در گروههای آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در گروه‌های آزمایشی، هر بیمار در ۶ جلسه ۴۵ دقیقه ای به صورت انفرادی تحت درمان قرار گرفت و در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. هر سه گروه مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد (ویس و مارمار، ۱۹۹۷) و مقیاس ۲۱ سوالی افسردگی، اضطراب و استرس (لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵) را در قبل و بعد از مداخله و در پیگیری تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد. نتایج مقایسه‌های زوجی بین گروه‌ها هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری نشانگر تفاوت معنادار بین گروه درمان حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و گروه کنترل، و گروه شمارش پیشرونده و گروه کنترل در متغیرهای افسردگی (فقط در مرحله پیگیری) و استرس (در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری) بود و این تفاوت بین گروه‌ها در متغیر اضطراب مشاهده نشد. همچنین نتایج هیچ گونه تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش نشان نداد ($p<۰/۰۱$). بنابراین، روش درمان حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و روش شمارش پیشرونده در کاهش افسردگی و استرس در بیماران جراحی بای پس عروق کرونر موثر می باشند.

واژه‌های کلیدی: *جراحی بای پس عروق کرونر، حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد، شمارش پیشرونده، اضطراب، استرس و افسردگی.*

Mohammad Reza Abdoli Bidhendi
Ph.D. student , Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.
Dr. Parvin Rafieinia*
Assistant Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.
P_rafieinia@semnan.ac.ir
Dr. Reza Pourhosein
Associate Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
Dr. Parviz Sabahi
Assistant Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.
Dr. Nazila Shahmansouri
Associate Professor, Tehran University of Medical Sciences, Tehran Heart Centre, Tehran, Iran.

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Progressive Counting (PC) on anxiety, stress, and depression in patients with coronary artery bypass graft surgery (CABG). A quasi-experimental design was used to analyze the data which included a pre-test, post-test, and follow-up. The statistical population included all patients with coronary artery bypass graft surgery referred to the rehabilitation clinic of Tehran Heart Center and were selected using available sampling based on the inclusion and exclusion criteria. Thirty-six randomly selected patients were divided into two experimental groups and one control group (N=12 in each group). In the experimental group of EMDR, each patient underwent this treatment individually in six 45- minute sessions and the same was carried out for PC. The control group received no treatment. The research instruments included a revised version of the Impact of Event Scale (IES-R, Weiss & Marmar, 1997), Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21, Lovibond and Lovibond, 1995), which were performed on patients in all three groups in the pre-test, post-test, and follow-up. Data analyzed using MANCOVA. The results showed that EMDR and PC were both effective in reducing depression and stress symptoms. Also, the results did not show any significant differences between the two experimental groups ($P<0,01$).

Keywords: *CABG, EMDR, PC, Anxiety, Stress, Depression.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : دی ۹۹** **پذیرش: بهمن ۹۹** **ویرایش نهایی : اردیبهشت ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.8.2]

مقدمه

بیماران مبتلا به بیماری قلبی- عروقی از آنژین، تنگی نفس، خستگی و سرگیجه با یا بدون شروع فعالیت فیزیکی رنج می برند و توانایی کمی برای انجام فعالیتهای معمول روزانه دارند. روشهای ایمن و موثری در درمان بیماری قلبی- عروقی وجود دارد که از جمله آنها می توان به عمل جراحی بای پس عروق کرونر[1] و آنژیوپلاستی عروق کرونر[2] اشاره کرد. عمل جراحی بای پس عروق کرونر روشی است که آثار منفی بیماری قلبی- عروقی و خطر آسیب بیشتر به قلب (برای مثال، انفارکتوس میوکارد یا نارسایی قلبی مادرزادی) را کاهش می دهد. آنژیوپلاستی عروق کرونر نیز روشی مفید برای التیام نشانه های ناشی از گرفتگی عروق کرونری است. در این روش، لوله مخصوصی با بالونی خالی از باد در داخل عروق کرونری کار گذاشته می شود. سپس این بالون باد می شود تا نواحی که جریان خون به ماهیچه قلب در آن مسدود شده یا کاهش یافته، باز شود (پورنقاش تهرانی و عبدلی بیدهندی، ۲۰۱۶).

اضطراب، افسردگی و استرس از اختلالات شایع هستند که کارآیی و عملکرد افراد را در محیط های حرفه ای به شدت تحت تاثیر قرار می دهند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸). این اختلالات موجب پایین آمدن کارآمدی شخصی، مرگ و میر و هزینه های زیادی برای فرد و دولت می شود (شیران، بایر و بروس[3]، ۲۰۱۰؛ هدایتی و همکاران، ۲۰۱۰).

اضطراب یکی از عوامل خطر بیماری قلبی است. اضطراب یک حالت روانشناختی منفی است که شامل احساس ترس و پیش بینی ناپذیری و بیم در مورد آینده است (ربکا و همکاران[4]، ۲۰۱۳). اضطراب هیجانی ناخوشایند است که ۲۴/۹درصد اشخاص را در زمانی از زندگی تحت تاثیر خود قرار می دهد. شیوع اضطراب در سراسر جهان ۱۶/۹ درصد است. به صورت خاص، ۷۰ تا ۸۰ درصد اشخاصی که یک حمله قلبی حاد داشته اند تجربه اضطرابی را دارند که در ۲۰ تا ۲۵ درصد موارد برای مدتی طولانی پابرجا بوده است (اولافیرانی و همکاران[5]، ۲۰۱۱).

به صورت خاص، به نظر می رسد نگرانی که مولفه ای از اضطراب است ارتباط خاصی با بیماری قلبی داشته باشد. نگرانی مزمن در مورد مشکلات اجتماعی، مالی و سلامتی با جنبه های گوناگونی از بیماری کرونری قلب از جمله آنژین، انفارکتوس کشنده[6] و غیر کشنده ارتباط دارد. شرایطی که منجر به عصبانیت شدید می شود نیز راه اندازهای نیرومند ایسکمی میوکارد[7] (کاهش خون رسانی به قلب ناشی از گرفتگی عروق خونی قلب) هستند. هیجانهای منفی می توانند از طریق آثار مستقیم فیزیولوژیک یا تبعیت از درمانهای پزشکی توصیه شده برانگیخته و تشدید شوند. به صورت خاص، اضطراب انرژی و شناخت را مختل می کند، با رفتار خود مراقبتی ضعیف ارتباط دارد و پیش بین تبعیت ضعیف از توصیه های تغییر سبک زندگی و رعایت درمان پزشکی است. (پلیکاندریوتی و المپیوس[8]، ۲۰۱۳).

افسردگی یکی دیگر از عوامل خطر روانشناختی بیماری قلبی است. اختلالات خُلقی طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی را شامل می شود که آشفتگی های خُلقی تصویر بالینی غالب آن ها را تشکیل می دهد. خُلق طبیعی، بالا و یا افسرده از حالات متفاوت خُلق است. در اختلالات خُلقی بیمار احساس می کند که بر خُلق خویش تسلط ندارد. افسردگی شایع ترین اختلال خُلقی است که غمگینی، تیره روزی، و/ یا ناامیدی، بی علاقگی و عدم توانایی در لذت بردن علائم کلیدی آن هستند (پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

افسردگی به عنوان یک عامل نقش آفرین در بیماری جسمی در نظر گرفته می شود. مرور پیشینه مرتبط نشانگر شواهد زیادی از هم رخدادی بین افسردگی و شماری از بیماریهای طبی است. اما، اساس این ارتباط ها روشن نیست. در حالیکه یافته های پژوهش های که همبسته های زیست شناختی افسردگی را ثبت می کنند با فرضیه های که افسردگی را در سبب شناسی بیماریهای جسمانی دخیل می

[1] . Coronary artery bypass surgery (CABG)
[2] . Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)
[3] . Sheeran, Byers, & Bruce
[4] . Thurston
[5] . Olafiranye
[6] . Fatal infarction
[7] . Myocardial ischemia
[8] . Polikandrioti and Olympios

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.8.2]

دانند همساز می باشند، در عین حال دلایلی برای شک در مورد اینکه افسردگی پیامد بیماری جسمی است وجود دارد و این گمان می رود که افسردگی و بیماری جسمی ممکن است انعکاس یک علت زیربنایی مشترک باشد(ساتون، بائوم و جانستون[۱]، ۲۰۰۴).

شواهد این پیشنهاد را مطرح می کند که افسردگی و اضطراب خطر مرگ و میر و ناخوشی را پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر مستقل از عوامل پزشکی افزایش می دهد، گرچه ساز وکارهای رفتاری و زیست شناختی این موضوع به خوبی درک نشده است (تالی و بیکر[۲]، ۲۰۱۲).

استرس عامل خطر دیگر بیماری قلبی است. استرس یک پاسخ هیجانی یا جسمانی به تنش و فشار می باشد. استرس اغلب به عنوان نتیجه روانشناختی و جسمانی فشار درونی و بیرونی توصیف می شود. پژوهش‌ها استرس را بیشتر با بیماری‌ها ارتباط داده اند تا سایر عوامل زیست روانشناختی. به صورت خاص استرس با توسعه بیماری قلبی- عروقی ارتباط دارد. پژوهش‌ها استرس را به عنوان عامل خطر مقدم قلبی، حتی پیشتر از فشار خون بالا و سطح چربی خون شناسایی کرده‌اند. (آلوارنگا و بیرن[۳]، ۲۰۱۶).

عوامل روانشناختی می‌تواند به عنوان عوامل زیان آور برای بهبود بیماری در میان بیماران با تجربه رویدادهای قلبی باشند. استرس به صورت خاص اگر با مداخله مناسب مدیریت نشود پیش بینی انفارکتوس میوکارد و بستری مجدد در یکسال بعد می شود. بسیاری از بیماران قلبی- عروقی با سطح بالای استرس و تاثیرگذاری استرس بر سازوکارهای مرتبط با رویدادهای قلبی، به خصوص عوامل خطر سنتی قلبی- عروقی، بدکُنشی بافت قلب، نارسایی خونرسانی به ماهیچه قلب و بی‌نظمی ضربان قلب تداوم افزایش ناخوشی نشان می دهند. واکنش سیستم قلبی- عروقی به شرایط استرس مدت زمانی طولانی است که دلالت های ضمنی برای دستاوردهای سلامت دارد. واکنش-پذیری[۴] شدید و اغراق آمیز و واکنش‌پذیری کم به عوامل استرس زای روانی حاد پیامدهای جدی برای سلامت به همراه دارد. واکنش‌های اغراق آمیز و شدید نسبت به استرس بالا با فشار خون بالا، نشانگرهای سیستمی تصلب شرائین و بیماری قلبی ارتباط دارد. واکنش‌پذیری کمرنک یا کُند با افسردگی، چاقی مفرط و دامنه‌ای از اعتیادها در ارتباط است. فرض بر این است که تعامل بین ژنتیک و محیط در واکنش پذیری شخص نسبت به استرس نقش دارد (میکائیل[۵] و همکاران، ۲۰۰۵).

درمان های مختلفی می توانند به کاهش افسردگی، اضطراب و استرس کمک کنند که در این بین با توجه به هدف پژوهش حاضر به ۲ مورد از این درمان‌ها پرداخته خواهد شد. روش درمان حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد[۶] (EMDR) و روش درمان شمارش پیشرونده[۷] دو روش رواندرمانی هستند که در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس اثربخش هستند. روش درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد یک روش روان‌درمانی است که در درمان آسیب‌های روانی و نشانه‌های اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی، هراس، آشفتگی خواب، احساس گناه، عصبانیت و بازگشت خاطرات گذشته[8] بکار برده می شود. در این روش درمان از حرکت چشم، تحریک دو سویه توجه از چپ به راست با ضربات دست یا اصوات کوتاه موسیقی که در گوش‌ها پخش می شود برای از میان برداشتن آشفتگی عاطفی[۹] مربوط به خاطره آسیب‌زای روانی و پردازش مجدد اطلاعات در ذهن بیمار استفاده می‌شود (شاپیرو[۱۰]، ۲۰۱۴).

عربیا، مانکا و سالمون[۱۱] (۲۰۱۱) روش درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد را با مواجهه ذهنی[۱۲] (که یک روش مواجهه درمانی با تصویرسازی ذهنی آسیب روانی است) در بیماران قلبی که یک بیماری قلبی تهدید کننده زندگی را تجربه کرده بودند، مقایسه کردند. نتایج این پژوهش نشان داد درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد در کاهش نشانه های اختلال استرس پس آسیبی، افسردگی و نشانه های اضطراب اثربخش تر از مواجهه ذهنی بوده است.

---

1 . Sutton, Baum & Johnston
2 . Tully & Baker
3 . Alvarenga & Byrne
4 . Reactivity
5 . Michael
6 . Eye Movement Desensitization and Reprocessing(EMDR)
7 . Progressive Counting
8. Flashback
9 . Emotional distress
10 . Shapiro
11 . Arabia, Manca, & Solomon
12 . Mental exposure

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.8.2]

بهنام مقدم (۲۰۱۵) در مطالعه خود در مورد کارآیی روش درمان حساسیت زدایی و پردازش مجدد بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به سکته قلبی در پیگیری دوازده ماهه به این نتیجه رسید این روش، روشی کارآمد برای درمان و کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سکته قلبی است.

روش شمارش[1] یک روش درمانی جدید برای خاطرات آسیب زا[2] است که توسط اُکبرگ[3] (۱۹۹۶) ابداع شده است. و مستلزم این است که مراجع خاطره آسیب را همزمان با شمارش بلند درمانگر از ۱ تا ۱۰۰ تصویرسازی کند.. این روش فاصله روانشناختی از تصور آسیب ایجاد می کند. استاندارد روش شمارش ۳ مرحله دارد: الف) آماده‌سازی مراجع شامل ارائه منطق روش درمانی و شناسایی خاطره‌ای که باید روی آن کار شود؛ ب) مواجهه که در آن مراجع تصویر رویداد را در حالی‌که درمانگر با صدای بلند تا ۱۰۰ می شمارد به ذهن می آورد؛ و ج) مرور که در طی آن مراجع جزئیات خاطره را آنچنان‌که در طول مواجهه می بیند توصیف می کند و سپس در تجربه مواجهه گزارش می کند. چرخه ای که از طریق این گام ها یک جلسه کامل شکل می گیرد؛ در جلسات بعدی روی همان خاطره و آماده سازی، بیشتر موضوع تغییر نگرشها و باورها است. روش شمارش پیشرونده[4] که در این پژوهش مورد نظر است برآمده از روش شمارش می باشد. (گرینوالد[5]، ۲۰۰۸).

در روش شمارش پیشرونده شمارش از یک تا ده شروع می شود و در هر مرحله ۱۰ تا ۱۰ تا اضافه می شود تا به ۱۰۰ برسد. این کار برای این انجام می‌شود که میزان مواجهه و روند انجام کار به صورت پیشرونده پیش برود تا مراجع بر خاطره تسلط یابد. درمانگر بر اساس قضاوت بالینی انعطاف پذیری‌های دارد؛ برای مثال، درمانگر ممکن است تصمیم به تکرار مواجهه برای همان مدت زمان بگیرد. بعلاوه، با نزدیک شدن مراجع به حل و فصل آسیب، طول زمان مواجهه به گونه پیشرونده‌ای کوتاه می‌شود. در روش شمارش پیشرونده به جهت مواجهه‌های کوتاه، زمان بیشتری برای مواجهه‌های ذهنی تکراری در یک جلسه وجود دارد. این موضوع باعث افزایش این احتمال می‌شود که خاطره به صورت کامل‌تری در مواجهه اولیه حل و فصل شود، خطر برآشفتگی پس از جلسه و مشکلات مرتبط کاهش یابد. (گرینوالد، ۲۰۰۸).

یک مطالعه مقدماتی در مقایسه روش درمان حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و روش درمان شمارش پیشرونده روی داوطلبانی اجرا شد که گزارش یک خاطره برآشفته کننده را داشتند؛ بعضی از این داوطلبان واجد ملاک های اختلال استرس پس آسیبی بودند و بعضی خیر. ده درمانگر آموزش دیده درمان حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد آموزش مختصری در زمینه درمان شمارش پیشرونده دیدند و شرکت کنندگان در مطالعه به صورت تصادفی در شرایط درمان قرار گرفتند. هیچ تفاوت معناداری بین دو گروه یافت نشد؛ این عدم معناداری شاید ناشی از توان پایین آزمون به جهت تعداد کم شرکت کنندگان در مطالعه (تنها ۱۹ شرکت کننده که از این تعداد تنها ۱۵ نفر تا انتها در مطالعه حضور داشتند) باشد. میزان تاثیر هر دو درمان توسط شرکت کنندگان در مطالعه یکسان درجه بندی شد. درمان حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد ریزش آزمودنی کمتری داشت در حالیکه درمان شمارش پیشرونده اثربخشی بیشتری نشان داد (گرینوالد و همکاران، ۲۰۱۳).

در مطالعه ای دیگر که به مقایسه روش درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و درمان شمارش پیشرونده در میان درمانگران تحت آموزش می پرداخت ۱۰۹ درمانگر در ۲ گروه درمان حساسیت‌زدایی و پردازش مجدد و درمان شمارش پیشرونده در کارورزی، روی خاطرات ناراحت‌کننده کار کردند. نتایج این مطالعه نشان داد درمان شمارش پیشرونده به اثربخشی درمان حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد بود؛ کارآمدتر از آن و از نظر شرکت کنندگان در مطالعه سختی فراگیری آن کمتر درک شد (گرین والد و همکاران، ۲۰۱۵).

گرچه برخی از این پژوهش‌ها نشان دادند که درمانهای حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و شمارش پیشرونده در کاهش اضطراب، افسردگی، استرس اثربخش است، پژوهش‌های کنترل شده تجربی که به مقایسه اثربخشی این دو روش درمان در کاهش افسردگی،

---

1 . Counting Method
2 . Traumatic memory
3. Ochberg
4 . Progressive Counting
5 . Greenwald

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.8.2]

اضطراب، استرس در بیماران جسمانی، و به ویژه بیماران جراحی بای پس عروق کرونر پرداخته باشد، در ایران یافت نشده است. به همین جهت پژوهشگر قصد بررسی اثربخشی این درمان‌ها را در ایران دارد. با توجه به این خلا پژوهشی، در پژوهش حاضر، با الهام از پژوهش‌های قبلی، به مقایسه برنامه درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و برنامه درمان شمارش پیشرونده در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران جراحی بای پس عروق کرونر پرداخته می شود.

روش

پژوهش حاضر از نوع طرح های نیمه تجربی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل به همراه دوره پیگیری است.

جامعه آماری شامل کلیه مراجعه کنندگان به کلینیک بازتوانی قلب مرکز قلب تهران بود که از میان آنها نمونه‌ای به تعداد ۳۶ نفر به روش نمونه گیری در دسترس بر اساس ملاکهای ورود به مطالعه انتخاب و در ۳ گروه جایگزین شدند. معیار های ورود به مطالعه عبارت بودند از: بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر که ۴ الی ۶ هفته بعد از جراحی، کاندید دوره بازتوانی قلبی بوده و جهت طی دوره کامل بازتوانی به کلینیک بازتوانی قلب مرکز قلب تهران مراجعه می‌کردند؛ کسب نمره ۲۴ و بالاتر در مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد، دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و رضایت آگاهانه برای شرکت در برنامه‌های درمانی پژوهش حاضر. ملاکهای خروج آزمودنیها عبارت بودند از: استفاده از هر نوع مداخله روانشناختی یا مشاوره های همزمان دیگر در طی دوره مداخله، موارد منع انجام بازتوانی شامل آنژین پایدار، فاز حاد انفارکتوس میوکارد و آریتمی ناپایدار، مصرف داروهای روانپزشکی و وجود اختلالات روانپزشکی در سابقه بیمار و زمان اجرای برنامههای درمان .در نهایت ۳۶ بیمار که امکان شرکت در مطالعه را داشتند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. سپس مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس در همان ابتدای کار توسط ۳ گروه تکمیل شد. پس از آن گروه آزمایش ۱ به مدت ۶ جلسه درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پرداش مجدد و گروه آزمایش ۲ نیز ۶ جلسه درمان شمارش پیشرونده دریافت کردند. گروه کنترل جز ملاقات ساده با درمانگر و تکمیل پرسشنامه مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس هیچ مداخله دیگری دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی و دو ماه پس از آن هر سه گروه مجدد پرسشنامه‌ها را پر کردند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه از ۳۰ تا ۷۰ سال(با میانگین سنی ۵۵، ۵۶ و ۵۶/۳ به ترتیب در گروه‌های حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد، شمارش پیشرونده و کنترل) و شامل ۱۴ زن و ۲۲ مرد بود.

ابزار سنجش

مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد[1]: این مقیاس که برای تشخیص اختلال استرس پس آسیبی تدوین شده است، یک ابزار خود گزارشی ۲۲ ماده است که بر روی طیف لیکرت پنج درجه ای (از صفر تا چهار) نمره گذاری شده و سه بعد اصلی اختلال، یعنی تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی بیش از حد را مورد ارزیابی قرار می دهد. در مطالعه ویس و مارمار، همسانی درونی این سه خرده مقیاس بسیار بالا بوده و ضرایب آلفای بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ برای آنها گزارش شده است. علاوه بر این ضرایب اعتبار بازآزمایی نیز در دامنه ۰/۵۱ تا ۰/۵۹ قرار داشت. اعتباریابی نسخه فارسی این مقیاس توسط پناغی و همکاران ۱۳۸۵نیز نشان داده است که ماده های آن دارای همسانی درونی مناسب با ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ هستند.

پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱- DASS: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۵ توسط لاویبوند و لاویبوند تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هریک از سازه های روانی "افسردگی"، "اضطراب" و "استرس" را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می دهد. فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت است که هر یک از ۱۴ عبارت، یک عامل یا سازه روانی را اندازه گیری می کند. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران ۱۳۸۴ برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است.

در ارتباط با اجرای پژوهش، بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص مداخله توضیحاتی به گروه‌های آزمایش داده شد و رضایت آگاهانه آنها جهت شرکت در مطالعه با پر کردن یک فُرم اخذ و سپس از آنها خواسته شد تا در تمامی جلسات حضور فعالانه ای داشته باشند، سپس پرسشنامه ها به عنوان پیش آزمون در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و همچنین از افراد گروه کنترل نیز خواسته شد به

[1]. Impact of Event Scale (IES)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.8.2]

پرسشنامه ها پاسخ دهند. جلسه های مداخله از اردیبهشت ماه ۱۳۹۸ در کلینیک بازتوانی مرکز قلب تهران به صورت انفرادی برای هر شرکت کننده آغاز گردید. درمان‌های حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و شمارش پیشرونده بر اساس پروتکل درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد مرلین لابر[1] ویژه بیماریهای جسمی (۲۰۱۹) و پروتکل روش درمان شمارش پیشرونده ریکی گرینوالد (۲۰۱۳) برای هر شرکت کننده ۶ جلسه، هر جلسه به مدت زمان ۴۵ دقیقه به صورت هفته ای یکبار به انجام رسید. مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد در اولین جلسه پذیرش بیمار در کلینک بازتوانی، پس از طی ۶ جلسه درمان و در پیگیری ۲ ماه پس از درمان به شرکت‌کنندگان در مطالعه ارائه و از آنها خواسته شد آن را تکمیل کنند. پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس نیز در ابتدای دوره مداخله، پس از ۶ جلسه درمان و در پیگیری ۲ ماه پس از درمان به شرکت کنندگان در مطالعه ارائه و از آنها خواسته شد آن را تکمیل کنند. در گروه کنترل نیز ارائه پرسشنامه‌ها برای تکمیل به مانند گروه‌های آزمایش بود با این تفاوت که در این گروه هیچ‌گونه مداخله صورت نگرفت. لازم به ذکر است که این طرح توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی سمنان مورد تایید قرار گرفته است.محتوای جلسات هر یک از این مداخله ها به تفکیک در جدول های ۱ و ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۱: محتوا، هدف و توضیحات مربوط به درمان حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد

مراحل	هدف	توضیحات
گام اول	اخذ تاریخچه	ارزیابی مناسب بودن فرد برای درمان، شامل توانایی مراجع برای برخورد با سطوح بالای برآشفتگی، میزان استرس بیرونی او در زندگی و شرایط پزشکی او
گام دوم	آماده سازی	معرفی روش به مراجع، توضیح در مورد نظریه زیربنایی روش، انتظارات مراجع از درمان، آماده سازی مراجع برای مسائلی که ممکن است بین جلسات پیش آید.
گام سوم	ارزیابی	تعیین خاطره و بهترین تصویر در بیان آن خاطره، تعیین باور منفی مراجع نسبت به خود در ارتباط با رویداد، مشخص کردن احساس جسمانی مرتبط با رویداد، تعیین باور مثبت جایگزین باور منفی یاد شده در فوق، تعیین اعتبار باور مثبت روی مقیاسی ۷ درجه ای (۷ کاملا درست و ۱ کاملا غلط)
گام چهارم	حساسیت زدایی	تمرکز مراجع روی باور منفی و تعقیب حرکات دست درمانگر
گام پنجم	نصب	بازسازی شناخت، قوت بخشیدن به باور مثبت و جایگزینی آن با باور منفی
گام ششم	بررسی بدن	در ذهن نگاه داشتن تصویر حادثه و باور مثبت و جستجوی بدن برای یافتن تنش
گام هفتم	انسداد	بیان مراجع از تصاویر، افکار یا عواطف برآشفته کننده بین جلسات
گام هشتم	ارزیابی	اجرای ارزیابی در ابتدای هر جلسه، بحث در مورد مسائلی که در جلسات قبل مورد هدف بوده، ارزیابی پاسخ مراجع به درمان

جدول ۲: گام های درمان شمارش پیشرونده

مراحل	هدف	توضیحات
گام اول	آماده سازی برای درمان	مرحله ارزیابی/ آغازین درمان که شامل بدست آوردن بازخورد از ارزیابی، ارائه توصیه ها و تصمیم مراجع برای کار با درمانگر می باشد.
گام دوم	اخذ تاریخچه آسیب	جلسه دوم زمان پرسیدن این سوال مهم است:" بدترین اتفاقاتی که تا به حال برایتان رخ داده چیست؟
گام سوم	صورتبندی مورد آسیب آگاهانه	صورتبندی مورد، دستاورد ارزیابی و تبیین آن چیزی است که در مراجع رخ می دهد. در مجموع صورتبندی مورد نقشه راه درمانگر است.
گام چهارم	انعقاد قرارداد درمان	پس از پذیرش صورتبندی مورد توصیه های درمانی ارائه می شود.

[1] . Marilyn Luber

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.8.2]

گام پنجم	ایمنی و ثبات	اولین مرحله درمان مداخله حصار اطراف (Fence around) برای حل مسائلی است که مراجع را وادار به حفظ تمرکز روی بقا و دیگر نگرانی های می کند که مانع از تمرکز بر فعالیتهای می شود که مراجع را به سوی بهبود هدایت می کند.
گام ششم	مهارتهای مقابله	مرحله آموزش شخصی درمان متعاقب مرحله حصار اطراف می باشد. هدف این مرحله کمک به مراجع برای ایجاد مهارتها و نقاط قوت برای مقابله با شرایط با خطر بالا است که نمی توان از آن اجتناب کرد.
گام هفتم	ارتقا دلبستگی	شناسایی تصویر ایده آل دلبستگی مراجع، سپس بررسی جزئیات هر رویدادی که در دلبستگی ایمن نقش دارد و در نهایت تصویرسازی مراجع از مجموعه ای از رویدادها است.
گام هشتم	حل و فصل آسیب با استفاده از روش شمارش پیشرونده	اجرای روش شمارش پیشرونده

یافته‌ها

نتیجه یافته های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در سه گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف
افسردگی	حساسیت‌زدایی	۶/۸۳	۵/۳۰	۴/۵۸	۳/۷۷	۲/۸۳	۲/۸۸
	شمارش پیشرونده	۷/۶۶	۶/۲۴	۴/۵۸	۴/۴۴	۲/۵۸	۱/۹۷
	کنترل	۸/۰۸	۴/۶۰	۷/۱۶	۲/۸۲	۶/۱۶	۲/۵۵
اضطراب	حساسیت‌زدایی	۶/۶۶	۲/۸۷	۳/۸۳	۲/۹۴	۱/۹۱	۲/۱۹
	شمارش پیشرونده	۷/۲۵	۳/۵۱	۳/۶۶	۳/۰۵	۲	۱/۸۰
	کنترل	۶	۲/۸۹	۴/۰۸	۲/۶۴	۲/۹۱	۲/۱۹
استرس	حساسیت‌زدایی	۱۰	۴/۲۶	۵	۲/۵۲	۳/۷۵	۲/۹۲
	شمارش پیشرونده	۱۰/۲۵	۵/۱۱	۶/۸۳	۴/۸۰	۵/۲۵	۳/۰۷
	کنترل	۹/۵۰	۴/۵۴	۹/۸۳	۲/۹۴	۹	۲/۷۶

در جدول ۳ ملاحظه می شود که میانگین نمرات در متغیرهای، افسردگی، اضطراب و استرس در پس آزمون درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد به ترتیب ۲/۲۵ نمره، ۲/۸۳ نمره و ۵ نمره نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش یافته است و این کاهش در مرحله محسوسی نداشته است.

در ادامه جهت مقایسه اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و درمان شمارش پیشرونده در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس دارای مفروضه‌های است که می‌بایست رعایت نمود تا بتوان به نتایج اطمینان داشت. در این راستا جهت بررسی همسانی ماتریسهای واریانس در بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. این آزمون پیش از اجرا کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که در اینجا ارائه می‌گردد که برای متغیرهای افسردگی، اضطراب و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.8.2]

استرس به ترتیب (Box's M= 7,19, F=1,09, P=0,36)، (Box's M=2,21, F=2,21, P=0,91) و (Box's M= 6,49, F=0,98, P=0,43) محاسبه شد.

با توجه به نتایج به دست آمده، سطح معناداری آزمون باکس در همه مقیاس ها بالاتر از ۰/۰۵ و بنابراین ماتریسهای واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته در گروهها همگن است. همچنین پیش فرض کرویت بارتلت (p<۰/۰۱) هم تأیید شد .

همچنین جهت بررسی همسانی واریانس متغیرهای وابسته در گروهها، از آزمون لون استفاده گردید. نتایج نشان از عدم معناداری مولفه ها داشت، بنابراین مفروضه همگونی واریانس ها نیز مورد تایید قرار گرفت. با توجه به برقراری مفروضه های فوق، مجاز به استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری هستیم.

جدول ۴ نتایج اثر پیلایی مربوط به تحلیل کوواریانس چند متغیری در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری را نشان می دهد.

جدول ۴ :نتایج آزمون چند متغیره اثر پیلایی به منظور مقایسه گروه ها در مرحله پس آزمون و در مرحله پیگیری با کنترل اثر پیش آزمون

منبع متغیر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	مجذور اتای جزئی
گروه در مرحله پس آزمون	۰/۵۸	۳/۰۸	۶	۶۰	۰/۰۱	۰/۲۴
گروه در مرحله پیگیری	۰/۴۲	۵/۳۸	۶	۶۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵

بر اساس نتایج جدول ۴ می توان گفت با حذف تاثیر تفاوت نمرات پیش آزمون، تفاوت بین میانگین نمرات در ترکیب متغیرهای وابسته در گروههای درمانی و کنترل، در مراحل پس آزمون و پیگیری همچنان معنادار (p<۰/۰۱) است. جدول ۵ نتایج اثرات بین آزمودنی را در متغیرهای وابسته در مراحل پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد.

جدول ۵. نتایج اثرات بین آزمودنی مربوط به تحلیل کوواریانس چند متغیری مقایسه گروه‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش

مراحل	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اتا
پس آزمون	افسردگی	۵۹/۲۴	۲	۲۹/۶۲	۲/۷۹	۰/۰۷	۰/۱۴
	اضطراب	۲/۱	۲	۱/۰۵	۰/۱۴	۰/۸۶	۰/۰۰۹
	استرس	۱۴۵/۳	۲	۷۲/۶۵	۷/۹۲	۰/۰۰۲	۰/۳۳
پیگیری	افسردگی	۱۰۱/۴۲	۲	۵۰/۷۱	۱۰/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۳۹
	اضطراب	۸/۳۳	۲	۴/۱۶	۱/۱۷	۰/۳۲	۰/۰۶
	استرس	۱۷۸/۸۹	۲	۸۹/۴۵	۱۳/۴۳	۰/۰۰۰	۰/۴۵

نتایج جدول ۵ حاکی از تفاوت معنادار گروهها در متغیر استرس در مرحله پس آزمون، و در متغیرهای افسردگی و استرس در مرحله پیگیری است؛ جهت بررسی اینکه نمرات کدام گروهها در متغیرهای وابسته در مراحل پس آزمون و پیگیری با هم تفاوت دارند، مقایسه های زوجی انجام گرفت. نتایج مقایسه های زوجی گروهها در مراحل پس آزمون و پیگیری در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶: مقایسه زوجی میانگین سه گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری با آزمون بن فرونی

مراحل	متغیرها	گروه	گروه	تفاوت میانگین	معناداری
	افسردگی	حساسیت‌زدایی	شمارش پیشرونده	۰/۲۸	۱
		حساسیت‌زدایی	کنترل	-۲/۵۶	۰/۱۸
		شمارش پیشرونده	کنترل	-۲/۸۵	۰/۱۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.8.2]

پس آزمون	اضطراب	حساسیت‌زدایی	شمارش پیشرونده	۰/۳۴	۱
		حساسیت‌زدایی	کنترل	-۰/۲۴	۱
		شمارش پیشرونده	کنترل	-۰/۵۹	۱
	استرس	حساسیت‌زدایی	شمارش پیشرونده	-۱/۵۴	۰/۶۶
		حساسیت‌زدایی	کنترل	-۴/۸۱	۰/۰۰۱
		شمارش پیشرونده	کنترل	-۳/۲۷	۰/۰۳
پیگیری	افسردگی	حساسیت‌زدایی	شمارش پیشرونده	۰/۴۳	۱
		حساسیت‌زدایی	کنترل	-۳/۳۲	۰/۰۰۲
		شمارش پیشرونده	کنترل	-۳/۷۶	۰/۰۰۱
	اضطراب	حساسیت‌زدایی	شمارش پیشرونده	۰/۰۵	۱
		حساسیت‌زدایی	کنترل	-۰/۹۹	۰/۶۱
		شمارش پیشرونده	کنترل	-۱/۰۴	۰/۵۵
	استرس	حساسیت‌زدایی	شمارش پیشرونده	-۱/۲۸	۰/۶۹
		حساسیت‌زدایی	کنترل	-۵/۲۳	۰/۰۰۰
		شمارش پیشرونده	کنترل	-۳/۹۵	۰/۰۰۲

نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه های زوجی در جدول ۶ حاکی از آن است که در مرحله پس آزمون، تفاوت میانگین نمرات متغیر استرس هر دو گروه آزمایشی درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و درمان شمارش پیشرونده به طور معناداری ($p<۰/۰۵$) کمتر از گروه کنترل است؛ نتایج مقایسه زوجی گروهها در مرحله پیگیری، نشانگر کاهش معنادار ($p<۰/۰۰۱$) میانگین نمرات متغیرهای افسردگی و استرس در هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل است؛ اما بین دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری بین هیچ یک از متغیرها در هیچ یک از مراحل پس آزمون و پیگیری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

بیماریهای قلبی-عروقی یکی از عوامل مهم مرگ و میر در سراسر جهان می‌باشد. نشانه های هیجانی (اضطراب، افسردگی، استرس) می‌تواند عامل تشدید و راه انداز بیماریهای قلبی- عروقی باشد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دو شیوه رواندرمانی حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و شمارش پیشرونده در کاهش نشانه‌های افسردگی و استرس بیماران جراحی بای پس عروق کرونر موثر است. و این تاثیرات در کوتاه مدت یعنی بلافاصله پس از درمان تکمیلی فقط برای استرس و نیز در بلند مدت یعنی ۲ ماه پس از درمان، هم برای استرس و هم برای افسردگی پایدار باقی ماند. به عبارت دیگر گروههایی از بیماران جراحی بای پس عروق کرونر تحت بازتوانی که با این دو روش تحت درمان تکمیلی قرار گرفتند، نسبت به گروه دیگری که این مداخلات را دریافت نکردند، در علائم افسردگی و استرس بهبود فراوانی یافتند. مقایسه اثربخشی دو نوع رواندرمانی بکار رفته در پژوهش حاضر، تفاوت معناداری را نشان نداد، در واقع هر دو روش درمانی بر بهبود علائم روانشناختی(افسردگی و استرس) بیماران جراحی بای پس عروق کرونر تاثیر مشابهی داشتند و این تشابه در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری مشهود بود. هماهنگ با این پژوهش، گرینوالد و همکاران (۲۰۱۳) به مقایسه‌ی اثربخشی دو روش درمان حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و شمارش پیشرونده پرداخته و نتیجه گرفته اند که هر دو روش در کاهش نشانه‌های استرس ناشی از یک خاطره برآشفته‌کننده موثر بوده است اما آنها هیچ تفاوت معناداری در اثربخشی این دو روش را گزارش نکرده اند و این عدم معناداری را به توان کم آزمون به جهت تعداد پایین نمونه نسبت می‌دهند. همچنین هماهنگ با پژوهش حاضر، نتایج مطالعه عربیا و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد درمان حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد در کاهش نشانه های اختلال استرس پس آسیبی، افسردگی و نشانه های اضطراب اثربخش تر از مواجهه ذهنی بوده است. همچنین نتایج این مطالعه حمایتی مقدماتی برای

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.8.2]

درمان حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد به عنوان درمانی اثربخش جهت اختلال استرس پس آسیبی، افسردگی و اضطراب متعاقب یک بیماری قلبی تهدید کننده زندگی بود.

در خصوص ارتباط بین افسردگی و استرس پیش فرض اساسی پُست[1] این است که احتمالا قبل از یک دوره افسردگی عوامل استرس زای روانشناختی بوده است. نتایج تحقیق استرود[2] و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که شروع افسردگی به احتمال زیاد به دنبال رویدادهای سخت زندگی است که این نتیجه از نظر پُست حمایت می کند. شیوع بالای بیماری‌های قلبی- عروقی ناشی از تاثیر استرس در جوامع امروزی ارتباطات نزدیکی با اختلال‌های هیجانی مانند افسردگی دارد. تقریبا در ۶۰ درصد موارد اختلال‌های افسردگی، عوامل استرس‌زا مقدم بر افسردگی است (استرود و همکاران، ۲۰۰۸)

سه الگوی اثر مواجهه تکراری یا مزمن با عوامل استرس زای محیطی[3] شامل واکنش پذیری اغراق آمیز نسبت به استرس، واکنش پذیری کُند نسبت به استرس و واکنش پذیری جزئی نسبت به استرس انعکاس مسیرهای فیزیولوژیکی مهمی هستند که در ترجمه محرک های محیطی به بیماری جسمانی نقش دارند. نخست تحقیقاتی که به بررسی انواع گوناگون استرس محیطی از جمله مواجهه با آسیب روانی یا تجارب ناخوشایند دوران کودکی و دیگر انواع زمینه های استرس زای محیط زندگی یا شغلی می پردازند ارتباطی بین مواجهه با استرس محیطی و واکنش های فیزیولوژیک اغراق آمیز یا کُند نسبت به استرس حاد و بهبود با تاخیر استرس نشان داه اند. دوم، واکنش پذیری اغراق آمیز فیزیولوژیک نسبت به استرس و بهبود با تاخیر استرس، شروع بیماری قلبی- عروقی و شکایتهای شبه بالینی قلبی- عروقی از جمله فشار خون اساسی، افزایش توده بطن چپ و افزایش ضخامت پوشش درونی عروق کاروتید را پیش بینی کرده اند. در نهایت، تحقیقات روی بیماران افسرده یا اشخاصی که نشانه های افسردگی نشان می دهند شواهدی از ارتباط این حالت خُلقی با سه الگوی عملکردی مواجهه تکراری یا مزمن با عوامل استرس زای محیطی به دست داده است (چنتلر و لارکین، ۲۰۲۰).

یافته های واکنشهای اغراق آمیز نسبت به استرس که در بین بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی مشاهده شده است این فرضیه را که مواجهه با استرس آبشاری از رویدادهای فیزیولوژیک از جمله واکنش اغراق آمیز سیستم اعصاب خودکار و نورآدرنالین نسبت به استرس را فرامی خواند (که تصلب شرائین را به وجود می آورد) بیشتر تأیید می کند و می تواند برای توضیح اینکه چگونه وضعیت هیجانی مانند افسردگی با افزایش خطر بیماری قلبی- عروقی همراه است مورد استفاده قرار گیرد (چنتلر و لارکین، ۲۰۲۰).

افسردگی از جمله نشانه‌های هیجانی است که می‌تواند با استرس در ارتباط باشد. در مجموع از آنجایی که پژوهش حاضر روی یک بیماری جسمانی انجام گرفته است و استرس پاسخی است به یک عامل محرک و راه انداز بیرونی با منشا واقعی (از جمله بیماری قلبی) که با افزایش ترشح هورمون کورتیزول و کاهش ترشح انتقال دهنده های عصبی سروتونین و دوپامین همراه است، می توان نتایج پژوهش را این گونه تبیین کرد که بر اساس کارکرد محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال[4] (HPA) کاهش استرس با کاهش افسردگی همراه می شود. همچنین همراستا با تحقیقات پُست که استرس را مقدم بر افسردگی می داند می توان کاهش استرس و افسردگی را در تحقیق حاضر تبیین کرد. در عین حال لازم به ذکر است که دو روش درمانی حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و شمارش پیشرونده درمان اختصاصی برای کاهش استرس می باشند.

در نتیجه گیری نهایی می توان بیان داشت با بکارگیری هر یک از رویکردهای درمانی حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد و شمارش پیشرونده برای کاهش نشانه‌های هیجانی در بیماران قلبی- عروقی می‌توان گام مهمی در کاهش مرگ و میر ناشی از این بیماریها و عوارض همراه با آن از جمله سوگ نزدیکان برداشت. ضمنا با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود در آینده اثربخشی درمان شمارش پیشرونده روی متغیرهای دیگر و گروه‌های با تعداد بیشتر و بیماریهای دیگر که استرس در آنها در نقش کلیدی دارد، مورد بررسی قرار گیرد.

از جمله محدودیتهای این پژوهش تعداد کم بیماران به دلیل اجرای انفرادی جلسات، عدم بررسی تفاوت های جنسیتی و پیگیری در مقطع زمانی کوتاه (پیگیری ۲ ماه بعد) است که می بایست در تعمیم نتایج این موارد را در نظر داشت. در پایان بر خود لازم می دانم

[1] . Post
[2] . Stroud
[3] . Allostatic load
[4] . Hypothalamic–pituitary–adrenal axis (HPA)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.8.2]

صمیمانه از همکاری تمامی بیمارانی که آگاهانه و با رضایت در این مطالعه شرکت داشتند، جناب آقای دکتر صادقیان معاونت محترم پژوهشی مرکز قلب تهران، جناب آقای دکتر نجاتیان ریاست محترم کلینیک بازتوانی مرکز قلب تهران و تمامی همکاران محترم آن کلینیک تشکر و آرزوی سلامت و عافیت کنم.

منابع

صاحبی،علی؛اصغری ،محمدجوادو سالاری،راضیه سادات (۱۳۸۴). اعتبار یابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگیبرای جمعیت ایران .مجله روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی. ۱(۴)، ۵۴-۳۵.

پناغی، لیلی؛ حکیم شوشتری، میترا و عطاری مقدم، جعفر. اعتباریابی نسخه فارسی مقیاس تاثیر حوادث. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۴(۳)، ۶۰-۵۲.

Alvarenga, M. E., & Byrne, D. (2016). *Handbook of Psych-cardiology.* Springer publication. Singapore.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Retrieved from https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Arabia E, Manca M. L, Solomon R. M. (2011). EMDR for Survivors of Life-Threatening Cardiac Events: Results of a Pilot Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(1):2–10.

Behnammoghadam M, Alamdari AK, Behnammoghadam A, Darban F. (2015). Effect of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on Depression in Patients With Myocardial Infarction (MI). *Glob J Health Sci.*, 19;7(6):258-62.

Chantler P. D. , Larkin K. T. (2020). *Cardiovascular implications of stress and depression.* Academic press.

Greenwald R. (2008). Progressive Counting: A New Trauma Resolution Method. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1:249–262.

Greenwald , R., Scott, D., McClintock., Tyson D. & Bailey (2013). A Controlled Comparison of Eye Movement Desensitization & Reprocessing and Progressive Counting, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22:9, 981-996.

Greenwald R., (2013). *Progressive Counting within a phase model of trauma-informed treatment.* Routledge.

Greenwald R. (2015). Progressive counting facilitates memory reconsolidation. *The Neouropsychotherapist*, 10: 30-38.

Hedayati, S. S., Minhajuddin, A. T., Afshar, M., Toto, R. D., Trivedi, M. H., & Rush, J. (2010). Association between major depressive episodes in patients with chronic kidney disease and initiaiton of dialysis, hositalization, or death. *Journal of the American Medical Association.* 303:1946–1953. 10.1001/jama.2010.619.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed.)*. Sydney: Psychology Foundation of Australia.

Luber M. (2019). *EMDR therapy: treating trauma in somatic and medical related conditions.* Springer publishing company.

Michael A. J., Krishnaswamy S., Muthusamy T. S., Yusuf K., & Mohamed J., (2005). Anxiety, Depression and Psychosocial Stress in Patients with Cardiac Events. *Malays J Med Sci.*, 12(1): 57–63.

Olafiranye O., Jean-Louis G, Zizi F, Nunes J, & Vincent M. (2011). Anxiety and cardiovascular risk: Review of epidemiological and clinical evidence. *Mind Brain*, 2:32–37.

Polikandrioti M., & Olympios, C. (2013). Anxiety and coronary artery disease. *Archives of Hellenic Medicine*, 31 (4): 403-411.

Pournaghash-Tehrani, S., & Abdoli Bidhendi, MR. (2016). Assessment of Psychological Factors, Erectile Dysfunction, and Quality of Life before and after Revascularization Procedures. *Acta Psychopathol*, 2(5).

Roberge, M. A., Dupuis G., & Marchand A. (2010). Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction: Prevalence and risk factors. *Can J Cardiol.*, 26(5): e170–e175.

Shapiro F. (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. *Perm J.*, 18(1): 71–77.

Sheeran, T., Byers, A. L., & Bruce, M. L. (2010). Depression and increased short-term hospitalization risk among geriatric patients receiving home healthcare services. *Psychiatric Services*, 61, 78–80.

Stroud, C. B., Davila, J., & Moyer, A. (2008). The relationship between stress and depression in first onsets versus recurrences: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 206–213.

Sutton S., Baum A., & Johnston M. (2004). *The sage handbook of health psychology*. Sage publications. London.

Steptoe, A., & Whitehead D. L. (2005). Depression, stress, and coronary heart disease: the need for more complex models. *Heart Journal*, 91(4): 419–420.

Thurston RC, Rewak M, Kubzansky LD. (2013). An anxious heart: anxiety and the onset of cardiovascular diseases. *Progress in Cardiovascular Diseases,* 55 (6): 524-537

Tully, P. J., & Baker R. A., (2012). Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *Journal of Geriatric Cardiology*, 9: 197-208.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.8.2]

Urtz A. (2013). *EMDR after traumatic cardiac event.* Thesis in MBA Health Care Management. Vienna University of Economics and Business.

Weiss DS, Marmar CR. *The impact of event scale – revised*. In: Wilson JP, Keane TM, editors. Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford Press; 1997. pp. 399–411.

World Health Organization, Regional office for Europe. (2017). Retrieved from http://www.euro.who.int/en.

World Health Organization. (2008). Global burden of disease summary tables. Geneva, Switzerland: Health statistics and informatics Department, World Health Organization.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.3.8.2]