

اثر بخشی درمان راه حل محور بر انعطاف پذیری کنشی و امید به زندگی بیماران قلبی

مجید قانعی الحسینی^۱، حسین صادق نژاد^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مجتمع آموزش عالی سلامت کاشمر، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 ۲. کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی، مجتمع آموزش عالی سلامت کاشمر، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت انعطاف پذیری کنشی و امید به زندگی و نیاز به مداخله برای افزایش این متغیرها در بیماران قلبی، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان راه حل محور بر انعطاف پذیری کنشی و امید به زندگی بیماران قلبی - عروقی انجام شد.

روش ها: طرح پژوهش از نوع نیمه تجربی است و به شیوه پیش آزمون - پس آزمون با گروه شاهد می باشد. جامعه این پژوهش متشکل از تمام بیمارانی بود که به دلیل مشکلات قلبی در اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۴ به بیمارستان شهید مدرس کاشمر مراجعه کرده اند. در این پژوهش از شیوه نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که ۲۴ نفر از بیمارانی که واجد شرایط شرکت در جلسات بودند و نمرات پایین در پیش آزمون کسب کرده بودند با گمارش تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد (هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، مقیاس انعطاف پذیری کنشی کانر و دیویدسون و پرسشنامه امید به زندگی میلر بود. درمان راه حل محور برای گروه مداخله به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای به شیوه گروهی و گام به گام و با توالی هر هفته یک جلسه برگزار شد، اما برای گروه شاهد مداخله ای ارائه نشد. داده های این پژوهش با استفاده از روش های آمار توصیفی و توسط آزمون کوواریانس چند متغیره در نرم افزار SPSS-22 تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: میانگین و انحراف معیار نمرات انعطاف پذیری کنشی و امید به زندگی در گروه مداخله در مرحله پیش آزمون به ترتیب

$10/16 \pm 67/39$ و $8/44 \pm 10/3$ و در مرحله پس آزمون $10/24 \pm 84/37$ و $7/11 \pm 124/0$ بود. در گروه شاهد نیز میانگین و انحراف معیار انعطاف پذیری کنشی و امید به زندگی قبل از مداخله به ترتیب $8/04 \pm 65/74$ و $7/11 \pm 99/0$ و بعد از مداخله $8/38 \pm 63/13$ و $8/53 \pm 10/1$ بود. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره بیانگر افزایش انعطاف پذیری کنشی و امید به زندگی در بیماران گروه مداخله پس از انجام مداخله درمان راه حل محور بود ($p < 0,05$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که درمان راه حل محور در افزایش انعطاف پذیری کنشی و امید به زندگی بیماران قلبی مؤثر است. مشاوران و درمانگران خانواده می توانند از یافته های پژوهش حاضر در راستای مداخلات بالینی و درمانی استفاده کنند.

واژه های کلیدی: درمان راه حل محور، انعطاف پذیری کنشی، امید به زندگی، بیماران قلبی

مقدمه:

در سال ۲۰۰۰ حدود ۶۰ درصد از موارد مرگ در جهان به علت بیماری‌های غیرواگیر رخ داده است و برآورد می‌شود تا سال ۲۰۲۰ میلادی به ۷۳ درصد برسد. سهم بیماری‌های قلبی عروقی از این میزان بیش از ۴۸ درصد است. موارد مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در کشورهای توسعه یافته در سالیان اخیر به علت اقدامات پیشگیرانه و مداخلات مؤثر، روند رو به کاهش داشته است، در حالی که این موارد در کشورهای در حال توسعه همچنان سیر صعودی دارد (۱). این بیماری به میزان قابل توجهی قابل پیشگیری است و با اجرای مداخلات مؤثر برای کاهش عوامل خطر آن می‌توان مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی را کاهش داد (۲). لازم به ذکر است که در حال حاضر درمان بیماران قلبی با روش‌های دارویی و جراحی دنبال می‌شود که ممکن است علاوه بر تحمیل هزینه‌های هنگفت، آثار روحی- روانی شدیدی را بر بیماران تحمیل نماید و عوارض ناخوشایندی را در پی دارد (۳). یکی از مشکلات رایج در افراد مبتلا به بیماری قلبی، ناامیدی از زندگی است. امید به زندگی یک شاخص آماری است که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است (۴). در ناامیدی شدید فرد احساس می‌کند آینده برایش وجود ندارد (۵). با توجه به شیوع بیماری قلبی و رابطه آن با میزان مقاومت افراد در برابر فشارهای محیطی، لازم است افراد توان مقاومت در برابر مشکلات را در خود تقویت کنند. به عبارت دیگر، انعطاف‌پذیری کنشی خود را در برابر فشارهای رشدی، محیطی و... افزایش دهند (۶). اوشیو و همکاران (۲۰۰۵) انعطاف‌پذیری کنشی را به عنوان توانایی برای تغییر شکل فاجعه به یک تجربه سازنده و پیشرونده توصیف کرد (۷). همچنین در پژوهشی نشان داده شد، افرادی که انعطاف‌پذیری کنشی بالایی دارند، وضعیت سلامتی بهتر، عزت نفس بالاتر، حمایت والدینی بیشتر داشته و کمتر در معرض رفتارهای پرخطر مانند درگیری و مصرف مواد قرار می‌گیرند (۸). یکی از برنامه‌های کارآمد برای افزایش قدرت سازگاری و انعطاف‌پذیری کنشی افراد در برابر فشارهای محیطی، درمان راه حل محور می‌باشد. چنانچه پژوهش میرهاسمی و نجفی (۱۳۹۳) حاکی از اثربخشی معنادار این درمان بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس بود (۹). درمان راه حل محور در سال ۱۹۷۰ توسط دی شازر در مرکز خانواده درمانی کوتاه‌مدت در میلوآکی و ویسکانسکی، به وجود آمد. رویکرد راه حل محور به تغییر خانواده علاقه‌مند است و توجه چندانی به چرایی ظهور پدیده‌ی مشکل در خانواده ندارد و تمرکز آن بیشتر بر روی راه حل‌ها است (۱۰). نظر به اینکه تاکنون اثربخشی درمان راه حل محور بر متغیرهای انعطاف‌پذیری کنشی و امید به زندگی بیماران قلبی مورد تحقیق و پژوهش قرار نگرفته است و چنانچه اثربخشی این روش مورد تأیید قرار گیرد، علاوه بر کاهش هزینه‌های درمانی در مراکز بیمارستانی، گامی نو و مؤثر در روند درمان و مراقبت از بیماران قلبی برداشته خواهد شد، لذا جهت کاهش استرس‌های محیطی و هزینه‌های درمانی و با توجه به عدم وجود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص موضوع این مقاله، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان راه حل محور بر انعطاف‌پذیری کنشی و امید به زندگی بیماران قلبی- عروقی انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه نیمه تجربی با روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون انجام گردید. جامعه این پژوهش متشکل از تمام بیماران بود که به دلیل مشکلات عروق کرونر قلبی در اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۴ به بیمارستان شهید مدرس کاشمر مراجعه کرده‌اند. در این پژوهش از شیوه نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که ۲۴ نفر از بیماران که واجد شرایط شرکت در جلسات بودند و نمرات پایین در پیش‌آزمون کسب کرده بودند، انتخاب و به طور کاملاً تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد (هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که ۴ نفر (دو نفر از گروه مداخله، دو نفر از گروه شاهد) ریزش کردند، و در نهایت تعداد ۲۰ نفر باقی ماندند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل شش ماه سابقه بیماری قلبی، حداقل تحصیلات سیکل، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، انعطاف‌پذیری کنشی و امید به زندگی پایین، نداشتن اختلالات شدید روانی و یا بیماری‌های مزمن جسمی، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناختی فردی در طول شرکت در جلسات درمانی و معیار خروج عدم شرکت در دو جلسه متوالی از جلسات درمانی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از چک لیست اطلاعات دموگرافیک و دو پرسشنامه زیر استفاده شد:

۱. مقیاس انعطاف پذیری کنشی کانر و دیویدسون: این مقیاس شامل ۲۵ گویه می‌باشد و توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. برای هر گویه، طیف درجه بندی ۵ گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از یک (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود (۱۱). نادری، حیدری و مشعل پور (۱۳۹۰) اعتبار همزمان این مقیاس را از طریق همبسته نمودن آن با "مقیاس سرسختی روانشناختی اهواز" ۰/۶۴ بدست آوردند و همچنین پایایی این مقیاس به دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر با ۰/۸۳ و ۰/۷۷ بدست آمد (۱۲).

۲. پرسشنامه امید به زندگی میلر: این آزمون شامل ۴۸ گویه از حالت های درماندگی و امیدواری می باشد که ماده های قید شده در آن مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده اند. در برابر هر جمله که نماینده یک نشانه رفتاری است، گزینه هایی بدین شرح نوشته شده اند: (بسیار مخالف = ۱، مخالف = ۲، بی تفاوت = ۳، موافق = ۴ و بسیار موافق = ۵). دامنه امتیازات کسب شده از ۴۰ تا ۲۰۰ متغیر است. مواردی (۱۱-۱۳-۱۶-۱۸-۲۵-۲۷-۲۸-۳۱-۳۳-۳۴-۳۸-۳۹) از پرسشنامه میلر برعکس نمره می گیرند. حسینی (۱۳۸۵) روایی پرسشنامه را از طریق نمره سؤال ملاک ۰/۶۱ و پایایی آن را از روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن ۰/۹۰ و ۰/۸۹ بدست آورد (۵).
جلسات درمان راه حل محور به روش گروهی و به صورت هفتگی و گام به گام در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای، برای گروه مداخله اجرا گردید. اما گروه شاهد هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. پس از اتمام مداخله از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. شرح جلسات درمان راه حل محور به طور مختصر در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: ساختار جلسات درمان راه حل محور

تعداد جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با هم و با رهبر گروه، بیان قواعد گروه و تعیین چارچوب ها و بیان اصول کلی مشاوره متمرکز بر راه حل
جلسه دوم	بیان مساله و تدوین اهداف (افزایش انعطاف پذیری کنشی و سازگاری و افزایش امید به زندگی و بهبود سلامت روانی و جسمی بیمار)
جلسه سوم	ایجاد راه حل برای مشکلات، بررسی توانمندی هر یک از اعضا در بکارگیری راه حل ها، تحسین و تشویق اعضا به ایجاد راه حل ها
جلسه چهارم	یافتن استثناء، بررسی این سوال که در لحظاتی که وضعیت سلامتی بهتری دارید در آن زمان چه چیز متفاوتی رخ می دهد.
جلسه پنجم	استفاده از پرسش معجزه، پرسش از بیماران که آیا اطرافیان آنها به تغییری در آنها اشاره کرده اند؟
جلسه ششم	متفاوت بودن در ابعاد رفتاری، شناختی و عاطفی، ارائه راه کارهایی متفاوت از آنچه تا به حال به کار گرفته اند با تکیه بر توانمندی اعضا
جلسه هفتم	بحث و گفتگو در مورد چگونگی تثبیت و تحکیم تغییرات بوجود آمده، بررسی تأثیر حمایت های خانواده، دوستان و
جلسه هشتم	جمع بندی و نتیجه گیری و اجرای پس آزمون، بیان این مطلب که راه حل مشکلات در وجود خود افراد است و افراد می توانند آن ها را آموخته و بکار گیرند.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-22 انجام شد. در سطح آمار توصیفی از شاخص های فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید.

یافته ها:

از نظر جنسیت تمامی آزمودنی ها مرد و بیشتر آزمودنی ها در سن بین ۴۵ تا ۵۰ سال بودند. همچنین از نظر تحصیلات ۴۵ درصد آزمودنی ها دارای مدرک سیکل، ۴۵ درصد دیپلم و ۳۰ درصد با مدرک کاردانی و بالاتر بودند. جدول شماره ۲ بیانگر شاخص های توصیفی دو گروه مداخله و شاهد در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون است.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات در دو گروه مداخله و شاهد							
امید به زندگی				انعطاف پذیری کنشی			
پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون	
(انحراف معیار)	میانگین	(انحراف معیار)	میانگین	(انحراف معیار)	میانگین	(انحراف معیار)	میانگین
۷/۱۱	۱۲۴/۰۰	۸/۴۴	۱۰۳/۰۰	۱۰/۲۴	۸۴/۳۷	۱۰/۱۶	۶۷/۳۹
۸/۵۳	۱۰۱/۰۰	۷/۱۱	۹۹/۰۰	۸/۳۸	۶۳/۱۳	۸/۰۴	۶۵/۷۴

برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون باکس استفاده گردید که با توجه به عدم معناداری تست باکس نتیجه گیری می شود که پیش فرض همگنی واریانس ها برقرار می باشد (جدول شماره ۳). بنابراین از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۳: آزمون باکس برای اطمینان از همگنی امید به زندگی و انعطاف پذیری کنشی				
شاخص ها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
ارزش ها	۸,۵۶	۳	۵۸۳,۲۱	۰,۵۸

جدول شماره ۴: مقایسه پس آزمون امید به زندگی و انعطاف پذیری کنشی در دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون						
منابع تغییرات	متغیرها	درجه آزادی	آزمون F	سطح معناداری	ضریب اثر	توان آماری
پیش آزمون	امید به زندگی	۱	۰,۰۰۱	۰,۹۷۳	۰,۰۱	۰,۰۴۵
	انعطاف پذیری کنشی	۱	۰,۰۰۰	۰,۹۹۶	۰,۲۰۵	۰,۰۴۵
گروه	امید به زندگی	۱	۲۵۸,۲۱	۰,۰۰۰	۰,۶۲۴	۰,۶۸۸
	انعطاف پذیری کنشی	۱	۱۶۳,۶۴	۰,۰۰۰	۰,۵۷۱	۰,۶۲۳
خطا		۱۶				
کل		۲۰				

معناداری مقدار F نشان می دهد که اثر گروه، معنی دار است، بدین معنا که بعد از محاسبه اثر پیش آزمون، تفاوت دو گروه در میزان امید به زندگی ($F=258,21, p<0,05$) و انعطاف پذیری کنشی ($F=163,64, p<0,05$) معنادار است. بنابراین پس از شرکت در جلسات گروهی راه حل محور، انعطاف پذیری کنشی و امید به زندگی در بیماران گروه مداخله نسبت به بیمارانی که در گروه شاهد شرکت داشتند، افزایش چشمگیری داشته است.

بحث:

نتایج این مطالعه نشان داد که انعطاف پذیری کنشی و تاب آوری بیماران قلبی با شرکت در درمان گروهی راه حل محور و استفاده از فنون و روش های مقابله راه حل محور، افزایش می یابد. نتایج پژوهش میرهاشمی و نجفی (۱۳۹۳) درباره اثربخشی درمان راه حل مدار بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکروزیس نشان داد که درمان راه حل محور بر تاب آوری و حس انسجام این بیماران تأثیر مثبت و معنادار داشته است (۹) که با نتایج پژوهش ما هم خوان می باشد. در پژوهش شاکرمی، داورنیا و زهراکار (۱۳۹۳) نیز درمان کوتاه مدت راه حل محور موجب کاهش استرس زناشویی زنان شد (۱۳). همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با شرکت در گروه درمانی راه حل محور و یادگیری مقابله راه حل محور با مشکلات و تقلیل مشکلات روانی، امید به زندگی بیماران قلبی افزایش یافته است که با نتایج پژوهش هایی همسو است؛ از جمله نتایج پژوهش نظری و همکاران (۱۳۹۴)، درباره اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زنان متأهل، نشان داد این تکنیک می تواند به زنان متأهل کمک کند تا زندگی متفاوتی را تصور کنند که دیگر در آن مشکلی با همسر خود ندارند، تصویر سازی مطلوبی در ذهنشان ایجاد گردد و در نتیجه به زندگی شان امیدوار گردند (۱۴). جوانمیری، کیمیایی و قنبری (۱۳۹۰) نیز به بررسی اثربخشی رویکرد راه حل محور بر افسردگی نوجوانان پرداختند و اثربخشی این رویکرد را به صورت کاهش افسردگی نوجوانان گزارش دادند (۱۵).

نتیجه گیری:

درمان گروهی راه حل محور به طور قابل ملاحظه ای می تواند باعث افزایش امید به زندگی بیماران قلبی و همچنین انعطاف پذیری کنشی یا همان تاب آوری آنها شود. بیماران قلبی به دلیل سبک زندگی نامناسب و روش های مقابله نامطلوب، دچار استرس و افسردگی و سایر مشکلات روانی می شوند و این خود باعث بروز حملات قلبی می شود. در پی آن تاب آوری و انعطاف پذیری افراد در برابر مشکلات و آسیب های زندگی و همچنین امید به زندگی آنها کاهش می یابد. بنابراین درمان های روانشناختی می توانند به طور مؤثری باعث بهبود سبک زندگی و کاهش استرس و افسردگی و افزایش تاب آوری افراد در برابر آسیب ها شوند. در بین این مداخلات روانشناختی درمان راه حل محور کمک می کند تا افراد بتوانند با استفاده از روش های کنار آمدن مناسب با شرایط دشوار زندگی و ایجاد جو همدلی بین افرادی که مشکلات مشابهی دارند، انعطاف پذیری کنشی و همچنین امید به زندگی خود را افزایش دهند.

منابع:

۱. سموات، طاهره؛ حجت زاده، علی و نجمی، مهدی (۱۳۹۱). برنامه کشوری جامع پیشگیری و کنترل بیماری قلبی و عروقی و عوامل خطر ساز آن، متن آموزشی بهورز. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. مرکز مدیریت بیماری ها.
۲. خیام نکویی، زهره؛ یوسفی، علیرضا و منشئی، غلامرضا (۱۳۸۹). تأثیر آموزش های شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۰ (۲)، ۱۵۴-۱۴۸.
3. Albert N. M (2010). Promoting self-care in heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*;23(3): 277-284.
۴. روح الامین، مریم؛ مولوی، حسین؛ آقایی، اصغر؛ آتش پور، سیدحمید و عاطف، لاله (۱۳۸۵). مقایسه عوامل مرتبط با امید به زندگی در افراد ۲۰ تا ۶۰ ساله شهر اصفهان. دانش و پژوهش در روانشناسی، ۲۸، ۹۴-۶۹.
۵. حسینی سیده مونس (۱۳۸۵). رابطه امید به زندگی و سرسختی روانشناختی در دانشجویان (دختر و پسر). پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران.
6. Fergus, S., Zimmerman, M .A (2007). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual review of public health*, 26, 399- 419.
7. Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S & Nakaya, M (2005). Construct validity of the Adolescent resilience Scale. *Journal Psychological Reports*, 93, 1217-1222.

8. Buckner, J.C., Mezzacappa, E., & Beardslee, WR (2005). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development & Psychopathology*, 15(1), 139-162.

۹. میرهاشمی، مالک و نجفی، فاطمه (۱۳۹۳). اثربخشی درمان راه حل مدار بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۴ (۳)، ۱۸۱-۱۷۵.

۱۰. گلدنبرگ، ای، و گلدنبرگ، اچ. (۲۰۰۰). خانواده درمانی. ترجمه: شاهی برواتی، حمیدرضا؛ نقشبندی، سیامک و ارجمند، الهام (۱۳۸۹). تهران: نشر روان.

11. Connor K. M, Davidson J R T (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale. *Depression and Anxiety*: 18; 76-82.

۱۲. نادری، فرح؛ حیدری، علیرضا و مشعل پور، مرضیه (۱۳۹۰). رابطه انعطاف پذیری کنشی، عاطفه مثبت و منفی با خودکارآمدی در زنان. *زن و فرهنگ*، ۵ (۶)، ۴۹-۳۱.

۱۳. شاکرمی، محمد؛ داورنیا، رضا و زهراکار، کیانوش (۱۳۹۳). اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش استرس زناشویی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. ۲۲ (۱)، ۸۹-۷۵.

۱۴. نظری، علی محمد؛ رسولی، محسن؛ داورنیا، رضا؛ حسینی، امین؛ بابایی گرمخانی، محسن (۱۳۹۴). اثربخشی درمان کوتاه مدت راه حل محور بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زنان متأهل. *نشریه روان پرستاری*، ۳ (۳)، ۵۲-۴۱.

۱۵. جوانمیری، مهدی؛ کیمیایی، سیدعلی و قنبری هاشم آبادی، بهرام علی (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی رویکرد راه حل محور بر کاهش افسردگی نوجوانان دختر. *پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد*.