

## تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی پس از پیوند عروق کرونر

فاطمه نعمتی سوگلی تبه<sup>۱</sup>، دکتر مجید محمود علیلو<sup>۲</sup>، دکتر جلیل باباپور خیرالدین<sup>۳</sup>، دکتر مهرانوش طوفان تبریزی<sup>۴</sup>

### Effectiveness of Group Life Skills Training on Decreasing Anxiety and Depression among Heart Patients, after Bypass Surgery

Fatemeh Nemati Sogolitappeh<sup>a</sup>, Majid Mahmood Aliloo<sup>a</sup>,  
Jalil Babapur Kheyroddin<sup>b</sup>, Mehrnoosh Toufan Tabrizi<sup>c</sup>

#### Abstract

**Objectives:** The aim of this study was to investigate the effectiveness of group life skills training (anger management, assertiveness and relaxation) on decreasing of anxiety and depression among heart patients, after coronary artery bypass surgery. **Method:** In this experimental design, 40 coronary heart patients aged 35-65 years, having bypass for the first time, were selected randomly and assigned to two experiment and control groups. The instruments for data gathering in this study were "Beck Anxiety Inventory" and "Beck Depression Inventory", which were completed by the subjects both before and after life skills training. **Results:** Group life skills training significantly decreased the symptoms of depression and anxiety in the patients in the experimental group ( $p < 0.001$ ). This change was not observed in the experimental group. There was no significant difference between males and females in the effectiveness of group life skills training. **Conclusion:** Group life skills training is effective in decreasing anxiety and depression in coronary patients after coronary bypass surgery.

**Key words:** anger; assertiveness; relaxation; depression; coronary artery bypass surgery

[Received: 4 February 2008; Accepted: 15 May 2008]

#### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر، با هدف ارزیابی تأثیر آموزشی گروهی مهارت‌های زندگی (مدیریت خشم، جرأت‌آموزی و آرام‌سازی) در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی بیماران قلبی، پس از جراحی پیوند بای پس عروق کرونر، انجام شده است. **روش:** ۴۰ بیمار مبتلا به بیماری کرونری قلب در گروه سنی ۳۵-۶۵ سال که برای نخستین بار تحت جراحی بای پس عروق کرونر قرار گرفته بودند، انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه جای داده شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی بک بود که پیش از آغاز برنامه آموزش مهارت‌های زندگی و در پایان دوره آموزشی، توسط بیماران دو گروه تکمیل شدند. **یافته‌ها:** برنامه آموزش گروهی مهارت‌های زندگی، به‌طور معنی‌داری نشانه‌های اضطراب و افسردگی را در بیماران گروه آزمایش کاهش داد ( $p < 0.001$ ). چنین تغییری در بیماران گروه گواه دیده نشد. بین دو جنس از لحاظ اثربخشی آموزش گروهی، تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران کرونری قلب در مرحله پس از بای پس عروق کرونر مؤثر است.

**کلیدواژه:** مدیریت خشم؛ جرأت‌آموزی؛ آرام‌سازی؛ اضطراب؛ افسردگی؛ جراحی بای پس عروق کرونر

[دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۱/۱۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۲/۲۶]

<sup>۱</sup> دانشجوی دوره دکترای روانشناسی عمومی، تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی، دورنگار: ۰۴۱۱-۵۴۰۰۹۰۵ (نویسنده مسئول).  
E-mail: f.nemati84@yahoo.com<sup>۲</sup> دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه تبریز؛<sup>۳</sup> دکترای روانشناسی، استادیار دانشگاه تبریز؛<sup>۴</sup> متخصص قلب و عروق، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

\* Corresponding author: Postgraduate Student in General Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran, IR. Fax: +984115400905. E-mail: f.nemati84@yahoo.com; <sup>a</sup> PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Tabriz University; <sup>b</sup> PhD. in Psychology, Assistant Prof. of Tabriz University; <sup>c</sup> Cardiologist, Assistant Prof. of Tabriz University of Medical Sciences.

## مقدمه

برای افزایش روند بهبود، کاهش عوامل خطرزای بروز دوباره بیماری قلبی و گسترش و اصلاح کیفیت زندگی بیماران طراحی شده و تأثیر آن رضایت بخش گزارش شده است. برای نمونه، کوان<sup>۲۸</sup>، پایک<sup>۲۹</sup> و بودزینسکی<sup>۳۰</sup> (۲۰۰۱) در یک برنامه شش ساله به بررسی تأثیر مداخله‌های روان‌شناختی (آموزش آرام‌سازی، درمان شناختی- رفتاری دربرگیرنده مهارت‌های مقابله با افسردگی، خشم و اضطراب و آگاه‌سازی بیماران از عوامل خطر ساز بیماری قلبی) بر میزان مرگ و میر بیماران مبتلا به CHD پس از عمل جراحی پرداخت که پی‌گیری درمان در طول شش سال، کاهش چشم‌گیر میزان مرگ و میر گروه مورد بررسی را در پی داشت. بر پایه فراتحلیلی که ون‌دیکس هورن<sup>۳۱</sup> و وایت<sup>۳۲</sup> (۲۰۰۵) بر روی ۲۷ پژوهش انجام‌شده در زمینه اثرات آموزش آرام‌سازی در چارچوب برنامه‌های پیش‌گیری ثانویه، بر بهبودی ایسکمی<sup>۳۳</sup> قلبی انجام دادند، دریافتند که آموزش آرام‌سازی، کاهش اضطراب حالتی<sup>۳۴</sup> و صفتی<sup>۳۵</sup> و افسردگی، کاهش فراوانی رخداد آئزین صدری<sup>۳۶</sup>، کاهش آریتمی و ایسکمی به‌هنگام ورزش، افزایش ثبات ضربان قلب، افزایش سطح کلسترول HDL<sup>۳۷</sup> و بهبود تحمل آزمون ورزش را به‌دنبال دارد. افزون بر یافته‌های بالا که به دنبال آموزش آرام‌سازی به‌دست آمد، سرعت بازگشت به کار نیز در میان بیماران افزایش یافت و مرگ و میر ناشی از رخداد رویدادهای قلبی به میزان چشم‌گیری کم شد. سیاوش وهابی (۱۳۸۱) نیز تأثیر روش‌های موسیقی‌درمانی و آرام‌سازی را بر اضطراب بیماران قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی سودمند گزارش

بیماری‌های کرونری قلب از علل مهم مرگ و میر زودرس، به‌ویژه در کشورهای صنعتی به‌شمار می‌روند و هر ساله جان میلیون‌ها نفر را به خطر انداخته و میلیاردها دلار هزینه‌های ناشی از ضایعات مرگ و میر و از کار افتادگی را رقم می‌زند (حسینی قدم‌گامی، دژکام، بیان‌زاده و فیض، ۱۳۷۷). در کشورهای مدیترانه شرقی، از جمله کشور ایران نیز بیماری‌های قلبی یک مشکل مهم بهداشتی و اجتماعی به شمار می‌روند که ابعاد آن رو به افزایش است (خوسفی، منیرپور، بیرشک و پیغمبری، ۱۳۸۶). بیماری‌های قلبی به‌ویژه بیماری کرونری قلب<sup>۱</sup> (CHD) از اختلال‌هایی به‌شمار می‌روند که جنبه‌های روان‌شناختی در پیدایش و تکوین آنها نقش اساسی دارند (سو<sup>۲</sup> و سو، ۱۹۹۰، تیلور<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱). عوامل روان‌شناختی چندی در بروز اختلال‌های قلبی- عروقی شناسایی شده‌اند و در این میان، بر تجربه هیجان‌های منفی تأکید شده است (کویزانسکی<sup>۴</sup> و کاواچی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). هیجان‌های منفی به‌ویژه اضطراب و افسردگی، نه تنها زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی- عروقی هستند (ولدچرکوز<sup>۶</sup>، شیب<sup>۷</sup>، یانگ<sup>۸</sup> و بلات<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷؛ پننکس<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ دیت<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۰؛ کویزانسکی، کاواچی، ولیس<sup>۱۲</sup> و اسپارو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲؛ واترا<sup>۱۴</sup>، کیریماکی<sup>۱۵</sup>، پنتی<sup>۱۶</sup>، ویرتانتن<sup>۱۷</sup> و فری<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۴؛ گالو<sup>۱۹</sup> و ماتیوز<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۳؛ کپ<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۷؛ کویزانسکی و کاواچی، ۲۰۰۰)، بلکه بیماری قلبی نیز همین پاسخ‌های هیجانی را پدید می‌آورد (لت<sup>۲۲</sup>، بابایاک<sup>۲۳</sup> و روبین<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۵). آشفتگی‌های خلقی و هیجانی هم‌چون اضطراب و افسردگی که نزدیک به ۶۵٪ بیماران قلبی پس از جراحی و مداخلات پزشکی آن را تجربه می‌کنند، درمان این بیماران را دشوار می‌کند (راهه<sup>۲۵</sup>، ورد<sup>۲۶</sup> و هیز<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۳). امروزه اگرچه برای چنین پیامدهایی در بیماران قلبی از روش‌های دارویی بهره گرفته می‌شود، اما این روش‌ها می‌توانند با بروز برخی عوارض جانبی همراه باشند (سیاوش وهابی، ۱۳۸۱). با توجه به شیوع بالای این بیماری و همراهی آن با مشکلات روان‌شناختی، که گریبانگیر جوان‌ترها نیز شده است، لازم است برای کاهش هزینه‌ها و فشار روانی و اجتماعی، بیش از پیش به این مسأله توجه نموده و در راستای تغییر و اصلاح نظام رفتاری و روان‌شناختی بیماران قلبی گام‌های اساسی برداشته شود. یکی از این گام‌ها اجرای برنامه‌های مداخله روان‌شناختی پس از مداخله‌های پزشکی و جراحی است که

- |                              |                     |
|------------------------------|---------------------|
| 1- coronary heart disease    | 2- Sue              |
| 3- Taylor                    | 4- Kubzansky        |
| 5- Kawachi                   | 6- Woldecherkos     |
| 7- Shibe                     | 8- Young            |
| 9- Blatt                     | 10- Penninx         |
| 11- Deite                    | 12- Weiss           |
| 13- Sparrow                  | 14- Vahtera         |
| 15- Kirimaki                 | 16- Pentti          |
| 17- Virtanen                 | 18- Ferrie          |
| 19- Gallo                    | 20- Matthews        |
| 21- Kop                      | 22- Lett            |
| 23- Babyak                   | 24- Robin           |
| 25- rehabilitation           | 26- Word            |
| 27- Hayes                    | 28- Cowan           |
| 29- Pike                     | 30- Budzynski       |
| 31- Van Dixhoorn             | 32- White           |
| 33- ischemia                 | 34- state-anxiety   |
| 35- trait-anxiety            | 36- angina pectoris |
| 37- high density lipoprotein |                     |

نمودند. با توجه به این که پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه پیش‌گیری و کاهش عود دوباره بیماری قلبی، نشان داده‌اند که مداخله‌های روان‌شناختی می‌توانند در درمان واکنش‌های خلقی و هیجانی بیماران قلبی، پس از عمل جراحی، مؤثر باشند، در پژوهش حاضر چهار فرضیه زیر بررسی شدند: آموزش گروهی مهارت‌های زندگی به بیماران قلبی پس از عمل جراحی: ۱- اضطراب را کاهش می‌دهد، ۲- افسردگی را کاهش می‌دهد، ۳- تأثیر متفاوتی در کاهش اضطراب در مردان و زنان دارد و ۴- تأثیر متفاوتی در کاهش افسردگی در مردان و زنان دارد.

## روش

جامعه آماری پژوهش، بیماران مبتلا به اختلال کرونری قلب، در گروه سنی ۳۵ تا ۶۵ سال بودند که برای نخستین بار تحت عمل جراحی بای‌پس<sup>۱</sup> عروق کرونر قرار گرفته و در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان‌های شهید مدنی و امام رضا (ع) شهر تبریز بستری شده و در حال ترخیص بودند. از میان بیماران یادشده به روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر انتخاب شدند و ۲۰ نفر (۱۳ مرد و ۷ زن) از آنها به تصادف در گروه آزمایش و ۲۰ نفر (۱۱ مرد و ۹ زن) در گروه گواه جای داده شدند. معیارهای پذیرش آزمودنی‌ها، اعتیاد نداشتن به مواد مخدر، دریافت نکردن داروهای آرام‌بخش و ضدافسردگی، به کار نبردن روش‌های آرام‌سازی و آشنایی نداشتن با مهارت‌های مدیریت خشم و جرأت‌آموزی و داشتن تمایل به شرکت در جلسات آموزش مهارت‌های زندگی بود. برای گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های اضطراب بک<sup>۲</sup> (BAI) (بک<sup>۳</sup>، اپستین<sup>۴</sup>، براون<sup>۵</sup> و استیر<sup>۶</sup>، ۱۹۸۸) و افسردگی بک<sup>۷</sup> (BDI) (بلاک<sup>۸</sup> و هرسن<sup>۹</sup>، ۱۹۸۸؛ بک، ۱۹۸۷) به کار گرفته شدند. پرسش‌نامه افسردگی بک رایج‌ترین ابزار سنجش خودگزارش‌دهی افسردگی و دارای ۲۱ پرسش چهارگزینه‌ای (نمره صفر تا سه) است. در این آزمون نمره ۱۳ برای جداسازی و ۲۱ برای بررسی‌های بالینی تعیین شده است (بک، ۱۹۸۷). بلاک و هرسن (۱۹۸۸) پایایی پرسش‌نامه افسردگی بک را با روش ریچاردسون ۰/۷۸ و با روش بازآزمایی ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز پورشه‌باز (۱۳۷۲) ضریب همبستگی دو بخش آن را با نمره کل آزمون بین ۰/۲۳ تا ۰/۶۸ و همسانی درونی آن را ۰/۸۵ برآورد کرده است. پرسش‌نامه اضطراب بک نیز مانند پرسش‌نامه افسردگی

بک دارای ۲۱ گزینه بوده و شدت اضطراب را در آزمودنی‌ها می‌سنجد. این پرسش‌نامه نیز بر پایه مقیاسی از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شود و بالاترین نمره ممکن ۶۳ است (بک و استیر، ۱۹۹۱). بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی آن را برابر ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه به روش بازآزمایی به فاصله سه هفته برابر با ۰/۷۳ به‌دست آمد.

شیوه اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود که با بررسی پرونده بیماران، کار غربالگری بیماران مبتلا به CHD که تحت جراحی پیوند بای‌پس عروق کرونری قلب قرار گرفته بودند آغاز شد. پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جای دادن آنها در دو گروه آزمایش و گواه، پیش‌آزمون به کمک آزمون‌های اضطراب و افسردگی بک توسط پژوهشگر اجرا گردید. آن‌گاه، مهارت‌های زندگی (شامل مدیریت خشم، جرأت‌آموزی و آرام‌سازی) در گروه آزمایش، به فاصله ۱۰ روز پس از ترخیص از بیمارستان و به مدت ۱۲ جلسه، هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به صورت گروهی انجام شد. برای آموزش افراد مورد بررسی در پژوهش حاضر بسته آموزشی شامل تکنیک‌های مدیریت خشم، جرأت‌آموزی و آرام‌سازی توسط نگارنده تهیه و پس از تأیید چند تن از استادان روانشناسی و روانپزشکی توسط نویسنده اول بر روی دو گروه آزمایش و گواه اجرا گردید. پس از پایان آموزش‌ها، دو گروه آزمایش و گواه، دوباره پرسش‌نامه‌های اضطراب و افسردگی بک را تکمیل کردند. محیط پژوهش نیز بیمارستان‌های شهید مدنی و امام رضا (ع) شهر تبریز بود.

تحلیل داده‌های پژوهش به کمک آزمون آماری تحلیل کوواریانس انجام شد.

## یافته‌ها

**جدول ۱** میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و افسردگی را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه نشان می‌دهد.

1- bypass surgery	2- Beck Anxiety Inventory
3- Beck	4- Epstinein
5- Brown	6- Steer
7- Beck Depression Inventory	
8- Bellack	9- Hersen

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و افسردگی، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های مورد بررسی

متغیرها	پیش‌آزمون گروه آزمایش	پس‌آزمون گروه آزمایش	پیش‌آزمون گروه گواه	پس‌آزمون گروه گواه
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
نمره اضطراب	۳۷/۲۰ (۱۷/۹۰)	۲۹/۹۰ (۱۵/۰۸)	۳۷/۳۰ (۱۷/۱۲)	۳۷/۳۰ (۱۷/۱۲)
نمره افسردگی	۲۷/۷۵ (۱۷/۰۸)	۲۱/۳۱ (۱۶/۴۵)	۲۷/۷۲ (۱۷/۰۶)	۲۷/۷۸ (۱۷/۳۰)

اضطراب و افسردگی را در بیماران گروه آزمایش کاهش دهد.

برای بررسی فرضیه‌های سه و چهار پژوهش از روش تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد. همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، بیماران زن و مرد از نظر اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش اضطراب، و افسردگی، تفاوت معنی‌دار ندارند. از این رو فرضیه‌های سوم و چهارم تأیید نشدند.

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش (n=۲۰) و گواه (n=۲۰) در متغیرهای اضطراب و افسردگی

متغیرها	منبع تغییرات	درجه آزادی	شاخص F	مجدور ا تا
اضطراب	پیش‌آزمون گروه	۱	*۶۴۸/۷۳	۰/۹۴
	خطا	۳۷	*۷۴/۹۸	۰/۶۷
افسردگی	پیش‌آزمون گروه	۱	*۲۶۹/۶۵	۰/۸۷
	خطا	۳۷	*۲۸/۸۳	۰/۴۳

\* p&lt;۰/۰۰۱

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر جنسیت بر اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های زندگی در کاهش سطوح اضطراب و افسردگی در بیماران

متغیرها	منبع تغییرات	درجه آزادی	شاخص F	سطح معنی‌داری	مجدور ا تا
اضطراب	جنسیت	۱	۲/۶۱	* N.S.	۰/۷۲
	خطا	۱			
افسردگی	جنسیت	۱	۴/۰۹	N.S.	۰/۸۰
	خطا	۱			

\* non-significant

1- Leven

مقایسه میانگین نمرات اضطراب بیماران در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان‌دهنده تأثیر متغیر مستقل آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر کاهش اضطراب در بیماران گروه آزمایش است (F=۷۴/۹۸، p<۰/۰۰۱). چنین تفاوتی در میانگین‌های گروه گواه دیده نمی‌شود. هم‌چنین مقایسه میانگین نمره‌های افسردگی بیماران در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش نیز گویای تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر کاهش افسردگی بیماران گروه آزمایش است (F=۲۸/۸۳، p<۰/۰۰۱) که این تغییر در بیماران گروه گواه دیده نمی‌شود.

پیش از بررسی تحلیلی یافته‌های پژوهش در رابطه با فرضیه‌های پژوهش، از برابری واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های مورد بررسی (توسط آزمون لون<sup>۱</sup>) و هم‌چنین همگنی شیب‌های رگرسیون (به کمک طرح یک‌سویه آزمودنی‌ها)، به‌عنوان پیش‌فرض‌های لازم برای به‌کارگیری تحلیل کوواریانس، اطمینان حاصل شد. آزمون آماری لون و تحلیل واریانس یک‌سویه نشان دادند که مفروضه همگنی واریانس‌ها برای اضطراب و افسردگی از نظر آماری معنی‌دار نیست، از این رو پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای هر دو متغیر اضطراب و افسردگی محقق شده است. هم‌چنین نتایج تحلیل واریانس برای بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برای اضطراب و افسردگی رابطه معنی‌داری را نشان نداد. بنابراین مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برای هر دو متغیر محقق شده است.

با توجه به یافته‌های بالا برای پاسخ‌گویی به فرضیه اول و دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی بودن آموزش گروهی مهارت‌های زندگی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران پس از عمل جراحی، از روش تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، نتایج به‌دست آمده در تأیید فرضیه‌های اول و دوم پژوهش می‌باشد. به‌بیان دیگر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی توانسته است

## بحث

این بررسی نشان داد که آموزش گروهی مهارت‌های زندگی پس از جراحی پیوند بای‌پس عروق کرونر، در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی بیماران مؤثر بوده و موجب کاهش چشم‌گیر نشانه‌های اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش شده است. افسردگی و اضطراب به‌عنوان مهم‌ترین عوامل بازدارنده درمان بیماران قلبی به‌شمار می‌روند، زیرا موجب نپذیرفتن بیماری توسط بیمار شده و انگیزه بیمار را برای ادامه درمان کاهش می‌دهند، زمینه تأخیر در روند بهبود بیماری را پدید می‌آورند و احتمال عود دوباره بیماری را افزایش می‌دهند (راهه و همکاران، ۲۰۰۳). بیشتر بیماران کرونری قلب که پس از جراحی زنده می‌مانند، به اندازه کافی بهبودی یافته و پس از چند هفته یا چند ماه زندگی عادی خود را از سر می‌گیرند. با وجود این آنها هم‌چنان به‌عنوان افراد در معرض خطر به‌شمار می‌روند. از این رو برای به‌دست آوردن بهبودی کامل و پرهیز از عود بیماری، باید سبک زندگی ویژه‌ای را در پیش گیرند و خود را با تغییرات این سبک ویژه سازگار کنند؛ از جمله ترک سیگار، رعایت رژیم غذایی بدون کلسترول، ورزش منظم و فراگیری راهبردهای مقابله با هیجان‌های منفی هم‌چون استرس، خشم، اضطراب و افسردگی (استراب<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). با وجود این که برنامه‌های بازتوانی در چارچوب پیش‌گیری ثانویه در کاهش عوامل خطر ساز بیماری‌های کرونری قلب، موفقیت‌آمیز بوده‌اند، لزوم بهره‌گیری از آموزش‌ها و مداخله‌های روان‌شناختی در کنار برنامه‌های بازتوانی به دو دلیل ضروری به‌نظر می‌رسد. نخست آن‌که، عوامل روان‌شناختی به‌ویژه تجربه هیجان‌های منفی در شکل‌گیری بیماری‌های قلبی نقش چشم‌گیری دارند، پس از بروز بیماری و جراحی نیز بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارند و حتی انگیزه بیماران را برای بهره‌گیری از دارودرمانی و تغییر سبک زندگی افزایش می‌دهند. دوم این که همراهی مداخله‌های روان‌شناختی با برنامه‌های بازتوانی نتایج بهتری در روند بهبود بیماری، به‌ویژه کاهش آشفتگی‌های هیجانی بیماران دارند (لین<sup>۲</sup>، کارول<sup>۳</sup> و لیپ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). یافته‌های پژوهش حاضر نیز بیانگر این است که مداخله موجب کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیماران مورد بررسی شده است. با توجه به این که سرچشمه اضطراب و افسردگی در فرد، اندیشه‌های اوست، پژوهشگر با هدایت بیماران در راستای شناخت افکار خودکار و ایجاد

بحث و تعامل گروهی، آنان را تشویق نمود تا در زمینه تغییر افکار و در نهایت احساس خود تلاش کنند، که در پایان برنامه آموزش گروهی مهارت‌های زندگی، بیماران توانستند به شناخت، بینش و تغییر نگرش درباره افکار و احساس‌ها و هیجان‌های خود دست یابند. این یافته‌ها با پژوهش‌های لوین<sup>۵</sup>، روبرستون<sup>۶</sup>، کی<sup>۷</sup>، ایروینگ<sup>۸</sup> و کمپبل<sup>۹</sup> (۱۹۹۲) در بررسی اثرات برنامه‌های مداخله‌ای روان‌شناختی بر آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به CHD که تحت جراحی پیوند بای‌پس و آتریوپلاستی عروق کرونر قرار گرفته بودند، هم‌سویی دارد. در بررسی یادشده تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت استرس و آموزش شیوه‌های آرام‌سازی به مدت ۱۲ هفته سنجیده شد که یافته‌ها، کاهش چشم‌گیر علائم افسردگی و اضطراب را در بیماران، پس از گذراندن دوره مداخله‌های روان‌شناختی نشان دادند. لیندن<sup>۱۰</sup>، استوسل<sup>۱۱</sup> و ماوریس<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۴) نیز در بررسی تأثیر مداخله‌های روان‌شناختی بر ۶۰ بیمار پس از انفارکتوس میوکارد، نشان دادند که آموزش مدیریت خشم، مدیریت استرس و مشاوره روان‌شناختی، پس از ترخیص از بیمارستان موجب کاهش آشفتگی‌های هیجانی بیماران شده است. شیخ‌الاسلامی (۱۳۸۱) تأثیر گروه‌درمانی را بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سکتة قلبی بسیار مطلوب گزارش نمود. بصام‌پور (۱۳۸۴) نیز در بررسی تأثیر سه روش آرام‌سازی (تلقین، تجسم و گفتگو) بر اضطراب ۴۵ بیمار مبتلا به سکتة قلبی، هر سه روش را در کاهش اضطراب بیماران مؤثر دانست. هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین بیماران زن و مرد از نظر تأثیر آموزش‌ها در کاهش علائم اضطراب و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته‌ها با یافته‌های استونی<sup>۱۳</sup>، دیویس<sup>۱۴</sup> و ماتئو<sup>۱۵</sup> (۱۹۹۸) و داینر<sup>۱۶</sup>، سادویک<sup>۱۷</sup> و لارسن<sup>۱۸</sup> (۱۹۹۵) هم‌سویی دارد.

به‌طور کلی می‌توان گفت که برنامه‌های گوناگون مداخله‌های روان‌شناختی شامل آموزش مهارت‌های زندگی، گروه‌درمانی‌ها و درمان‌های شناختی-رفتاری نه‌تنها موجب کاهش آشفتگی‌های هیجانی بیماران پس از مداخله‌های پزشکی شده و اثرات درمانی داروها را افزایش می‌دهند، بلکه

- |             |              |
|-------------|--------------|
| 1- Strub    | 2- Lane      |
| 3- Carrol   | 4- Lip       |
| 5- Lewine   | 6- Roberston |
| 7- Cay      | 8- Irving    |
| 9- Campbell | 10- Linden   |
| 11- Stossel | 12- Maurice  |
| 13- Stoney  | 14- Davis    |
| 15- Matthew | 16- Diener   |
| 17- Sadvik  | 18- Larsen   |

شیخ‌الاسلامی، فرزانه (۱۳۸۱). تأثیر گروه درمانی بر میزان اضطراب مبتلایان به سکنه قلبی بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال ششم، شماره ۱۹ و ۲۰، ۱۰۶-۱۰۰.

Bellack, A., & Hersen, M. (1998). *Behavioral assessment techniques*, New York: Pergamon Press.

Beck, A. T. (1987). Cognitive model of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 2-27.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 213-223.

Cowan, M. J., Pike, K. C., & Budzynski, H. K. (2001). Psychological therapy reduced the risk of cardiovascular death at 6 years after out of hospital sudden cardiac arrest. *Journal of Nurse Research*, 50, 68-76.

Deite, D. (2000). Effect of depression and anxiety on mortality and quality of life, 4 month after myocardial infarction. *Journal of Psychiatry Research*, 49, 482-493.

Diener, E., Sadvik, E., & Larsen, R. J. (1995). Age and sex effects for emotional intensity. *Journal of Developmental Psychology*, 21, 542-546.

Gallo, I. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health. Do negative emotion play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10-51.

Kop, W. J. (1997). Acute and chronic psychological risk factors for coronary syndromes: Moderating effects of coronary artery disease severity. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 167-181.

Kubzansky, L. D., & Kawachi, I. (2000). Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 323-337.

Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Weiss, S., & Sparrow, D. (2002). Anxiety and coronary death among women. *American Journal of Epidemiology*, 155, 854-864.

Lane, D., Carrol, D., & Lip, G. Y. H. (1999). Psychology in coronary care. *Quarterly Journal of Medicine*, 92, 425-431.

ممکن است نیاز به مصرف دارو را در این بیماران کاهش داده و با تغییر در سبک زندگی و اصلاح نظام رفتاری و روان‌شناختی بیماران قلبی، گام‌های اساسی در روند بهبودی هر چه زودتر بیماران و کاهش عوامل خطر ساز بیماری‌های کرونری قلب بردارند و در پیش‌گیری از بروز دوباره بیماری مؤثر باشند. پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه می‌توانند به‌عنوان راهنما در راستای روش‌های نوین و کارآمد برای درمان‌گران، مددکاران اجتماعی، روان‌پرستاران و پرستاران به کار برده شوند.

گفتنی است که، شمار کم‌آزمودنی‌ها و روش نمونه‌گیری در دسترس که توان تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش را کاهش می‌دهند، از محدودیت‌های پژوهش حاضر به‌شمار می‌روند. از این رو برای تعمیم یافته‌های به‌دست آمده، انجام بررسی‌های مشابه، با نمونه‌های بزرگ‌تر و در پژوهش‌های گسترده‌تر، ضروری به‌نظر می‌رسد. هم‌چنین بهره‌گیری از دیگر برنامه‌های درمانی مبتنی بر شیوه‌های روان‌شناختی، برای تغییر و اصلاح نظام رفتاری بیماران، از جمله پیشنهادهایی است که می‌توان در رابطه با پژوهش حاضر ارایه نمود.

## منابع

بصام‌پور، شیواسادات (۱۳۸۴). تأثیر روش‌های آرام‌سازی بر اضطراب بیماران مبتلا به سکنه قلبی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی قزوین*، شماره ۳۵، ۵۸-۵۳.

پورشهباز، عباس (۱۳۷۲). *رابطه بین ارزیابی میزان استرس، رویدادهای زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

حسینی قدمگاهی، جواد؛ دژ کام، محمود؛ بیان‌زاده، سیداکبر؛ فیض، ابوالحسن (۱۳۷۷). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران عروقی قلب. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۱، ۲۴-۱۴.

خوسفی، هلن؛ منیرپور، نادر؛ بیرشک، بهروز؛ پیغمبری، محمدمهدی (۱۳۸۶). مقایسه عوامل شخصیتی، حوادث استرس‌زا و حمایت اجتماعی در بیماران کرونر قلب و افراد سالم. *دو فصلنامه انجمن روانشناسی ایران*، دوره دوم، شماره ۳، ۵۹-۴۱.

سیاوش وهایی، یدا... (۱۳۸۱). تأثیر روش‌های موسیقی‌درمانی و تن‌آرامی بر اضطراب بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هشتم، شماره ۳، ۸۲-۷۵.

صلواتی، مژگان (۱۳۸۱). *بررسی نگرش مسئولیت در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبیری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

- Lett, S., Babyak, A., & Robin, T. (2005). Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 67, 869-878.
- Lewine, B., Roberston, I. H., Cay, E. L., Irving, J. B., & Campbell, M. (1992). Effect of self-help post-MI rehabilitation on psychological adjustment and use of health services. *Lancet*, 339, 1036-1040.
- Linden, W., Stossel, C., & Maurice, J. (2004). Psychological intervention for patients with coronary artery disease. *Archives of International Medicine*, 156, 745-752.
- Penninx, B. W., Beekman, A. T., Honig, A., Deeg, D. J., Schoevers, R. A., Van Eijk, J. T., & Tiburg, W. (2001). Depression and cardiac mortality: Result from a community-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 58, 221-227.
- Rahe, R., Word, H. W., & Hayes, V. (2003). Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: Three to four years follow-up of a controlled trial. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 6, 349-358.
- Stony, C. M., Davis, M. C., & Matthew, K. A. (1998). Sex differences in physiological responses to stress and in coronary heart disease. *Journal of Psychophysiology*, 24, 127-131.
- Strub, R. O. (2002). *Health psychology*. New York: Worth Publisher.
- Sue, D., & Sue, S. (1990). *Understanding abnormal behavior*. New Jersey: Houghton Mifflin Company.
- Taylor, S. E. (1991). *Health psychology*. New York: McGraw Hill Inc.
- Van Dixhoorn, J. A., & White, A. B. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: A systematic review and meta analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 12, 193-202.
- Vahtera, J., Kivimaki, M., Pentti, J., Virtanen, M., Virtanen, P., & Ferrie, J. E. (2004). Organizational downsizing sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *British Medical Journal*, 308, 555-559.
- Woldecherkos, A., Shibe, S., Young, Y., & Blatt, C.M. (2007). Anxiety worsens prognosis in patients with coronary artery disease. *Journal of American College of Cardiology*, 49, 2021-2027.