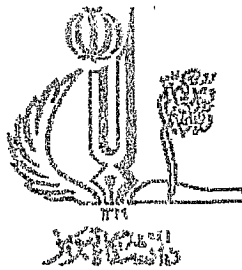




1.8919

۱۳۸۷/۱۰/۱۷  
۸۷  
۴۵  
پیش‌نویس



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز  
گروه روانشناسی

پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی

عنوان

تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی (مدیریت خشم، جرات‌آموزی و آرام‌سازی)  
بر بهبود علائم خلقی و هیجانی (اضطراب، افسردگی، خشم و جرات‌مندی) بیماران قلبی،  
پس از جراحی بای‌پس عروق کرونر

استاد راهنما

دکتر جلیل باباپور خیرالدین

استاد مشاور

دکتر مجید محمود علیلو

پژوهشگر

فاطمه نعمتی سوگلی تپه

شهریور

۱۳۸۷

۱۰۵۹۸۹

۱۳۸۷/۱۰/۱۷

پیش‌نویس  
تأیید شده است  
دکتر جلیل باباپور خیرالدین

## تشکر و قدردانی

« سپاس خداوندی را که به عدم وجود بخشید و به وجود کمال »

اکنون که به لطف و عنایت پروردگار متعال توانستم پژوهش حاضر را به پایان رسانم بر خود لازم می دانم که از اساتید و عزیزانی که طی این دوره مرا یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایم:

از استاد ارجمند و بزرگواریم جناب آقای دکتر جلیل باباپور که با حوصله و گشاده رویی و با نکته سنجیهای دقیق و پیشنهادات ارزنده خود راهنمایی این پژوهش را بر عهده داشتند.

از استاد محترم جناب آقای دکتر مجید محمود علیلو که با حسن نیت فراوان در تمامی مراحل پژوهش مرا یاری نموده و در طول این دوره، همواره از الطاف و راهنمایی های ایشان بهره مند شدم.

از استاد گرامی خانم دکتر پریچهر احمدی که زحمت داوری این پایان نامه را بر عهده داشتند و با نکته سنجیها و انتقادات سازنده شان مرا در امر پژوهش یاری رساندند.

از خانم دکتر مهرنوش طوفان تبریزی متخصص قلب و عروق که امکان نمونه گیری از بیماران کرونری قلب را برای این پژوهش فراهم نمودند و از تمنای کسانی که بعنوان نمونه پژوهش زحماتی را متحمل شدند، سپاسگزارم.

در پایان جا دارد از ریاست محترم دانشکده، جناب آقای دکتر منصور بیرامی و معاونت پژوهشی محترم، آقای دکتر تورج هاشمی که جهت ارائه هرچه بهتر امور آموزشی به دانشجویان تلاش می کنند، تشکر و قدردانی نمایم.

اگر شایسته تقدیرم باشد، تقدیرم می‌کنم به:

پدر بزرگوارم که همواره به فرزندش ایشان می‌بانم

به مادر مهربانم که هرگز محبتی را از من دریغ نکرده

و به همسر عزیزم به پاس زحمات و محبت های بی پایانش

## چکیده:

نام خانوادگی دانشجو: نعمتی سوگلی تپه	نام: فاطمه
عنوان پایان نامه: تأثیر آموزش گروهی مهارت های زندگی (مدیریت خشم، جرأت آموزی و آرام سازی) بر بهبود علائم خلقی و هیجانی (اضطراب، افسردگی، خشم و جرأت‌مندی) بیماران قلبی، پس از جراحی بای پس عروق کرونر	
استاد راهنما: دکتر جلیل باباپور خیرالدین	استاد مشاور: دکتر مجید محمود علیلو
درجه تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
محل تحصیل: دانشگاه تبریز	گرایش: عمومی
تاریخ فارغ التحصیلی: ۸۷/۶/۱۶	دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی
کلید واژه ها: آموزش گروهی مهارت های زندگی، بیماری کرونری قلب، جراحی بای پس عروق کرونر؛ مدیریت خشم، جرأت آموزی و آرام سازی	
<p>هدف: پژوهش حاضر، با هدف ارزیابی تأثیر آموزش گروهی مهارت های زندگی (مدیریت خشم، جرأت آموزی و آرام سازی) بر کاهش نشانه های اضطراب، افسردگی، خشم و افزایش جرأت‌مندی بیماران قلبی، پس از جراحی پیوند بای پس عروق کرونر، انجام شده است.</p> <p>روش: در این پژوهش در قالب طرح پیش آزمون- پس آزمون به همراه گروه کنترل، ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال کرونری قلب با دامنه سنی ۶۵ - ۳۵ سال که برای اولین بار تحت جراحی بای پس عروق کرونر قرار گرفته و در حال ترخیص از بیمارستان بودند، انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جای داده شدند. ابزارهای گرد آوری داده ها، پرسشنامه های اضطراب و افسردگی بک، مقیاس خشم MMPI-2 و مقیاس جرأت‌مندی راتوس بود که قبل از شروع برنامه آموزش مهارت های زندگی و بلافاصله پس از اتمام دوره آموزشی، توسط بیماران دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل گردید. تحلیل داده ها به روش تحلیل کوواریانس انجام شد.</p> <p>نتایج: نتایج نشان داد که برنامه آموزش گروهی مهارت های زندگی، بطور معنی داری موجب کاهش نشانه های اضطراب، افسردگی، خشم و افزایش جرأت‌مندی در بیماران گروه آزمایش شده است (<math>P &lt; 0.01</math>) که چنین تغییری در بیماران گروه کنترل مشاهده نشد. همچنین بر اساس نتایج بدست آمده، بین دو جنس و نیز بین بیماران دارای سطوح تحصیلات مختلف، از لحاظ اثربخشی آموزش گروهی مهارت های زندگی بر کاهش نشانه های اضطراب، افسردگی، خشم و افزایش جرأت‌مندی، تفاوت معنی دار ملاحظه نشد (<math>P &gt; 0.05</math>).</p> <p>بحث و نتیجه گیری: با توجه به تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر بهبود علائم خلقی و هیجانی بیماران، بکارگیری این روش در کلیه سطوح پیشگیری و درمان بیماری های کرونری قلب ضروری به نظر می رسد.</p>	

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
------	-------

### فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱-۱	مقدمه	۱
۱-۲-۱	بیان مسئله	۳
۱-۳-۱	اهمیت و ضرورت پژوهش	۸
۱-۴-۱	اهداف پژوهش	۱۰
۱-۴-۱-۱	هدف کلی پژوهش	۱۰
۱-۴-۲	اهداف جزئی پژوهش	۱۰
۱-۵-۱	فرضیه های پژوهش	۱۱
۱-۶-۱	متغیرهای پژوهش	۱۳
۱-۷-۱	تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها	۱۳

### فصل دوم: پیشینه پژوهش

۲-۱-۱	مقدمه	۱۷
۲-۲-۱	قلب و عملکرد آن	۱۸
۲-۳-۱	عوامل خطر ساز بیماری کرونری قلب	۲۰
۲-۳-۲	عوامل خطر ساز غیر قابل کنترل	۲۰
۲-۳-۳	عوامل خطر ساز قابل کنترل	۲۰
۲-۴-۱	عوامل روانشناختی مؤثر بر بیماری های کرونری قلب	۲۳
۲-۴-۲	ویژگی های شخصیتی	۲۳
۲-۴-۳	حمایت اجتماعی	۲۵
۲-۴-۴	تجربه هیجان های منفی	۲۵
۲-۴-۵	افسردگی	۲۶
۲-۴-۶	اضطراب	۲۸
۲-۴-۷	خشیم	۳۰

- ۲-۵- مکانیزم تأثیر هیجان های منفی بر شکل گیری بیماری های عروق کرونر قلب ..... ۳۱
- ۲-۵-۱- اثرگذاری بر محور آدرنال- هیپوفیز- هیپوتالامیک ..... ۳۱
- ۲-۵-۲- اثرگذاری بر ثبات الکتریکی قلب ..... ۳۲
- ۲-۵-۳- اثرگذاری غیر مستقیم بر CHD از طریق رابطه با عوامل خطر ساز سستی ..... ۳۲
- ۲-۶- تشخیص و درمان بیماری های کرونری قلب ..... ۳۳
- ۲-۶-۱- آنژیوپلاستی ..... ۳۴
- ۲-۶-۲- عمل جراحی بای پس ..... ۳۴
- ۲-۷- تعریف مهارت های زندگی ..... ۳۶
- ۲-۸- ابعاد مختلف مهارت های زندگی ..... ۳۸
- ۲-۹- اهداف برنامه های آموزش مهارت های زندگی ..... ۳۸
- ۲-۱۰- نظریه های مربوط به آموزش مهارت های زندگی ..... ۳۹
- ۲-۱۰-۱- نظریه یادگیری اجتماعی بندورا ..... ۳۹
- ۲-۱۰-۲- نظریه مازلو ..... ۴۱
- ۲-۱۰-۳- نظریه هوش چندگانه و هوش هیجانی ..... ۴۲
- ۲-۱۱- جرأت ورزی یا ابراز وجود ..... ۵۲
- ۲-۱۲- تعریف جرأت ورزی ..... ۵۳
- ۲-۱۳- کارکردهای جرأت ورزی ..... ۵۴
- ۲-۱۴- انواع سبک های پاسخدهی ..... ۵۵
- ۲-۱۵- انواع جرأت ورزی ..... ۵۶
- ۲-۱۶- مدیریت خشم ..... ۵۷
- ۲-۱۷- تعریف خشم ..... ۵۷
- ۲-۱۸- علل خشم ..... ۵۸
- ۲-۹۸- آرام سازی ..... ۵۹
- ۲-۲۰- پایه های فیزیولوژیک تنش و آرامش ..... ۶۰

### فصل سوم: روش شناسی پژوهش

- ۳-۱- مقدمه ..... ۶۳
- ۳-۲- طرح کلی پژوهش ..... ۶۳
- ۳-۳- جامعه آماری ..... ۶۴
- ۳-۴- شیوه نمونه گیری و حجم نمونه ..... ۶۴
- ۳-۵- ابزار های پژوهش و روش گردآوری داده ها ..... ۶۵
- ۳-۵-۱- پرسشنامه افسردگی بک ..... ۶۵

۶۶.....	۳-۵-۲- پرسشنامه اضطراب بک
۶۷.....	۳-۵-۳- مقیاس جراتمندی راتوس
۶۸.....	۳-۵-۴- مقیاس خشم MMPI-2
۶۹.....	۳-۶- شیوه اجرای پژوهش
۶۹.....	۳-۶-۱- روش مقدماتی
۶۹.....	۳-۶-۲- روش اصلی
۸۰.....	تحلیل آماری پژوهش

### فصل چهارم: یافته های پژوهش

۸۲.....	۴-۱- مقدمه
۸۲.....	۴-۲- یافته های توصیفی
۸۶.....	۴-۳- یافته های استنباطی

### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱۲۰.....	۵-۱- مقدمه
۱۲۸.....	۵-۲- نتیجه گیری
۱۳۰.....	۵-۳- محدودیت های پژوهش
۱۳۱.....	۵-۴- پیشنهادات



## فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول شماره ۴-۱- فراوانی متغیر جنسیت در گروه های مورد مطالعه	۸۲
جدول شماره ۴-۲- فراوانی متغیر سطوح تحصیلات در گروه های مورد مطالعه	۸۳
جدول شماره ۴-۳- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پرسشنامه ها به تفکیک گروه ها	۸۴
جدول شماره ۴-۴- نتایج تحلیل واریانس متغیر اضطراب در گروه آزمایش جهت بررسی پیش فرض یک	۸۶
جدول شماره ۴-۵- نتایج آزمون لون جهت بررسی پیش فرض دو برای متغیر اضطراب	۸۸
جدول شماره ۴-۶- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی متغیر اضطراب	۸۹
جدول شماره ۴-۷- نتایج تحلیل واریانس متغیر افسردگی در گروه آزمایش جهت بررسی پیش فرض یک	۸۹
جدول شماره ۴-۸- نتایج آزمون لون جهت بررسی پیش فرض دو برای متغیر افسردگی	۹۱
جدول شماره ۴-۹- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی متغیر افسردگی	۹۱
جدول شماره ۴-۱۰- نتایج تحلیل واریانس متغیر جرأت‌مندی در گروه آزمایش جهت بررسی پیش فرض یک	۱۰۸
جدول شماره ۴-۱۱- نتایج آزمون لون جهت بررسی پیش فرض دو برای متغیر جرأت‌مندی	۹۲
جدول شماره ۴-۱۲- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی متغیر جرأت‌مندی	۹۴
جدول شماره ۴-۱۳- نتایج تحلیل واریانس متغیر خشم در گروه آزمایش جهت بررسی پیش فرض یک	۹۴
جدول شماره ۴-۱۴- نتایج آزمون لون جهت بررسی پیش فرض دو برای متغیر خشم	۹۵
جدول شماره ۴-۱۵- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی متغیر خشم	۹۶
جدول شماره ۴-۱۶- نتایج تحلیل کوواریانس، جهت بررسی تأثیر جنسیت بر اثر بخشی آموزش گروهی مهارت های زندگی بر کاهش اضطراب	۹۷
جدول شماره ۴-۱۷- نتایج تحلیل کوواریانس، جهت بررسی تأثیر جنسیت بر اثر بخشی آموزش گروهی مهارت های زندگی بر کاهش افسردگی	۹۸
جدول شماره ۴-۱۸- نتایج تحلیل کوواریانس، جهت بررسی تأثیر جنسیت بر اثر بخشی آموزش گروهی مهارت های زندگی بر افزایش جرأت‌مندی	۹۸
جدول شماره ۴-۱۹- نتایج تحلیل کوواریانس، جهت بررسی تأثیر جنسیت بر اثر بخشی آموزش گروهی مهارت های زندگی بر کاهش خشم	۹۹
جدول شماره ۴-۲۰- نتایج تحلیل کوواریانس، جهت بررسی تأثیر سطوح تحصیلات بر اثر بخشی آموزش گروهی مهارت های زندگی بر کاهش اضطراب	۱۰۰

- جدول شماره ۴- ۲۱- نتایج تحلیل کوواریانس، جهت بررسی تأثیر سطوح تحصیلات بر اثر بخشی آموزش گروهی مهارت های زندگی بر کاهش افسردگی ..... ۱۰۰
- جدول شماره ۴- ۲۲- نتایج تحلیل کوواریانس، جهت بررسی تأثیر سطوح تحصیلات بر اثر بخشی آموزش گروهی مهارت های زندگی بر افزایش جراتمندی ..... ۱۰۱
- جدول شماره ۴- ۲۳- نتایج تحلیل کوواریانس، جهت بررسی تأثیر سطوح تحصیلات بر اثر بخشی آموزش گروهی مهارت های زندگی بر کاهش خشم ..... ۱۰۲

## فهرست نمودارها

عنوان

صفحه

- نمودار شماره ۴-۱- نمودار رگرسیون برای متغیر اضطراب جهت بررسی پیش فرض سه ..... ۸۷
- نمودار شماره ۴-۲- نمودار رگرسیون برای متغیر افسردگی جهت بررسی پیش فرض سه ..... ۹۰
- نمودار شماره ۴-۳- نمودار رگرسیون برای متغیر جراثمندی جهت بررسی پیش فرض سه ..... ۹۳
- نمودار شماره ۴-۴- نمودار رگرسیون برای متغیر خشم جهت بررسی پیش فرض سه ..... ۹۶

فصل اول:

کلیات پژوهش

## ۱-۱- مقدمه

متأثر شدن کنش های بدن از حالت های روانی و یا به عبارتی تأثیر ذهن بر بدن موضوع تازه ای نیست و از زمان های دور و به بیان دیگر از ۱۰۰۰۰ سال پیش از میلاد مسیح مورد توجه و تأکید بوده است (کاپلان<sup>۱</sup>، سادوک<sup>۲</sup> و گرب<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴). اما ارتباط بحث انگیز تن و روان در اوایل قرن حاضر بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. تا پیش از آن تفکر دوگانه نگری که تن و روان را دو مقوله کاملاً مستقل و جدا از هم می شناخت، بیشتر حاکم بود. اعتقاد به دوگانگی تن و روان باعث شد پزشکان در سبب شناسی بیماری ها فقط به بررسی علل زیستی و فیزیولوژیک بسنده کنند و امکان تأثیر عوامل روانی و اجتماعی را در بروز و گسترش بیماری ها نادیده بگیرند (نقل از چویدار، ۱۳۸۶).

اما تحول عمیقی در این طرز فکر در اوایل قرن بیستم حاصل شد که نتیجه آن توجه فزاینده جامعه زیست پزشکی<sup>۴</sup> به اهمیت عوامل روانشناختی در تاریخچه اختلال ها، پیشگیری از ناتوانی در اثر ابتلا به بیماری ها و پیشرفت سیر درمان بوده است (یزدان دوست و همکاران، ۱۳۸۰). با اتخاذ رویکرد کل نگرانه زیستی - روانی - اجتماعی<sup>۵</sup> به بیماری و سلامت، انسان نه تنها از سه دیدگاه زیستی، روانی و اجتماعی مورد بررسی قرار می گیرد، بلکه ارتباط تنگاتنگ این سه بعد با یکدیگر نیز مورد توجه ویژه قرار می گیرد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵). طبق این الگو، بزخلاف الگوی زیستی - پزشکی، عوامل روانشناختی و اجتماعی به موازات عامل زیستی لحاظ می شوند. با گسترش این الگو، تحقیقات زیادی برای نشان دادن نقش عوامل روانشناختی بر سلامت و بیماری انجام شده است.

امروزه ما شاهد شیوع بیماری های مزمن از قبیل بیماری های قلبی - عروقی، دیابت، فشار خون و انواع سرطان ها هستیم که نقش عوامل روانشناختی در ظهور آنها در پژوهش های مختلف نشان داده شده است، عوامل

<sup>۱</sup> - Kaplan

<sup>۲</sup> - Sadock

<sup>۳</sup> - Grebb

<sup>۴</sup> - bio-medical

<sup>۵</sup> - bio-psycho - Social

روانشناختی چون سبک زندگی افراد و الگوهای رفتاری آنها که در زمان کودکی و نوجوانی شکل گرفته و جزئی از زندگیشان قرار گرفته است. شیوه های رفتاری مرسوم بین انسان ها تأثیر مهمی بر سلامت و تندرستی آنها دارد و الگوی رفتاری سالم، منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع مشکلات بهداشتی و ارتقاء سطح سلامت می باشد (داردن<sup>۱</sup> و گازاد<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶)، از همین رو امروزه متخصصان بهداشتی و علوم رفتاری در پی تغییر آگاهی ها، نگرش ها و رفتارها هستند، هرچند که تغییر و ارتقاء دانش و آگاهی بهداشتی جامعه کار دشواری است ولی برای توانمند کردن افراد جهت حفظ و ارتقاء سلامت خود و جامعه امری ضروری است (هارجی<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۳۷۷).

یکی از راه های رسیدن به این هدف آموزش مهارت های زندگی است. مهارت های زندگی شامل مجموعه ای از توانایی ها هستند که قدرت سازگاری و رفتار مثبت و کارآمد را افزایش می دهند. در نتیجه شخص قادر می شود بدون این که به خود یا دیگران صدمه بزند، مسئولیت های مربوط به نقش اجتماعی خود را بپذیرد و با چالش ها و مشکلات روزانه زندگی به شکل مؤثر روبه رو شود. نکته مهم این است که همه این مهارت ها قابل فراگیری هستند، این مهارت ها فرد را در کنترل مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، تنهایی، طرد شدگی، کمرویی، خشم، تعارض در روابط بین فردی، شکست و فقدان، یاری می دهند (کاپلان، ۱۹۹۴). این موضوع سبب شکل گیری پژوهش های بسیاری در زمینه تأثیر آموزش مهارت های زندگی در حوزه هایی چون کاهش سوء مصرف مواد، استفاده از ظرفیت ها و توانمندی های هوشی و شناختی، پیشگیری از رفتارهای خشونت آمیز، پیشگیری از بی بند و باری جنسی، پیشگیری از ایدز، آموزش صلح و ارتقای سطح اعتماد به نفس و اهداف گوناگون پیشگیرانه و ارتقای سطح سلامت و ... شده است که محققان در اغلب این پژوهش ها کارایی تکنیک های مختلف آموزش مهارت های زندگی را نشان داده اند (هارجی و همکاران، ۱۳۷۷). در این پژوهش نیز سعی شده است تا تأثیر آموزش گروهی مهارت های زندگی بر بهبود علائم خلقی و هیجانی بیماران قلبی، پس از عمل جراحی مورد بررسی قرار گیرد.

<sup>۱</sup> - Gazade

<sup>۲</sup> - Darden

<sup>۳</sup> - Hargie

## ۱-۲- بیان مسئله

سلامتی حالتی است که نه تنها به کارکردهای بدنی فرد بلکه به بسیاری از جنبه های کارکرد روانی او نیز وابسته است. بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)<sup>۱</sup> سلامت عبارت است از حالت بهبود کامل جسمانی- روانی و اجتماعی و صرفاً عدم بیماری یا ضعف نیست (دیماثو<sup>۲</sup>؛ به نقل از چوبدار، ۱۳۸۶). سلامت دارای ابعاد مختلف جسمانی، اجتماعی، عقلانی، معنوی و عاطفی و روان شناختی است. دانشمندان در تعریف سلامت سه الگوی عمده را برگزیده اند:

(۱) الگوی پزشکی<sup>۳</sup>: عقیده کلی الگوی پزشکی این است که سلامت یعنی فقدان یک یا چند مورد از موارد مرگ، بیماری، ناراحتی، ناتوانی، نارضایتی. بنابراین اگر فرد بیمار یا در حال مرگ نباشد در حالت سلامت به سر می برد. پیروان الگوی پزشکی عمدتاً بر تبیین زیست شناختی بیماری متکی بوده و تمایل دارند که بیماری را بر حسب بدکارکردی اندام ها، سلول ها و سایر سیستم های زیست شناختی تبیین کنند.

(۲) الگوی محیطی<sup>۴</sup>: این الگو از تحلیل نوین اکوسیستم و خطرات محیطی درباره سلامت انسان پدید آمده است. در این الگو سلامت برحسب کیفیت سازگاری فرد با محیط به هنگام تغییر شرایط تعریف شده است. این الگو تأثیرات وضعیت اقتصادی، اجتماعی، آموزش و عوامل محیطی چند گانه بر سلامت شخص را در بر می گیرد.

(۳) الگوی کلی نگر<sup>۵</sup>: این الگو سلامت را بر حسب کلیت شخص و نه براساس بخش بیماری از بدن تعریف می کند. الگوی کلی نگر، جنبه های فیزیولوژیکی، روانی، هیجانی، اجتماعی، معنوی و محیطی افراد و جوامع را شامل می شود و بر سلامت بهینه، پیشگیری از بیماری و حالت های روانی و هیجانی مثبت متمرکز است. براساس الگوی کلی نگر سلامت چیزی بیش از سلامت جسمانی است و به جنبه های روانی، اجتماعی، هیجانی و معنوی فرد و همچنین روابط بین این ابعاد اشاره می کند.

<sup>۱</sup> - World Health Organization (WHO)

<sup>۲</sup> - Diameteu

<sup>۳</sup> - medical model

<sup>۴</sup> - environmental model

<sup>۵</sup> - holistic model

در دل هر ناراحتی و بیماری، حتی اگر این ناراحتی جنبه کاملاً جسمانی داشته باشد، با توجه به مؤلفه های سلامتی می توان بیان کرد که ارتباط محکمی بین مفاهیم اجتماعی، روانشناختی و فیزیولوژیکی نهفته است (باباپور، ۱۳۸۵).

در عالم پزشکی یکی از بیشترین تداخلها بین جسم و روان مربوط به بیماریهای قلب و عروق می باشد. بیماری های قلبی - عروقی در صدر علل مرگ و میر زودرس بویژه در کشورهای صنعتی قرار دارند و هر ساله جان میلیون ها نفر را به خطر انداخته و میلیاردها دلار هزینه ناشی از ضایعات مرگ و میر و از کار افتادگی را رقم می زند (برونوالد<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). این بیماری در آغاز قرن ۲۱ تقریباً نیمی از مرگ و میرها در کشورهای توسعه یافته و ۲۵٪ در کشورهای در حال توسعه را شامل می گردد و پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۲۰ سالیانه ۲۵ میلیون نفر به این عارضه مبتلا شده و علت اصلی مرگ و میر (حدود ۳۰٪ مرگ و میر) در تمام دنیا خواهد بود. در ایران نیز طی بررسی هایی که بصورت پراکنده انجام شده، نسبت مرگ ناشی از بیماری های قلبی، ۲۵ تا ۴۵ درصد گزارش شده است. اداره آمار و خدمات ماشینی معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۴، میزان شیوع بیماری های ایسکمیک<sup>۲</sup> قلب را در کل کشور ۶۹/۲۸ درصد گزارش نموده است (خوسفی، ۱۳۸۶). به علت شیوع و گسترش تدریجی این بیماری که تقریباً "گریبانگیر جوان ترها نیز شده است، یافتن دلایل و راه های پیشگیری از بروز آن، پیوسته یکی از اولویت های بهداشتی بوده است.

تحقیقات وسیعی در طی چند دهه اخیر در مورد علت شناسی بیماری های قلبی انجام گرفته و نقش عوامل روانشناختی، بویژه هیجان های منفی چون اضطراب، افسردگی و خشم، در بروز بیماری های قلبی - عروقی بررسی شده است. پژوهشگران بسیاری چون برونوالد (۱۹۹۷)، کاپلان، سالیس<sup>۳</sup> و پترسون<sup>۴</sup> (۱۹۹۳)، واین<sup>۵</sup>، مارک<sup>۶</sup> و میشل<sup>۷</sup> (۱۹۹۵)، سی سو<sup>۸</sup> و همکاران (۱۹۹۸)، هایوارد<sup>۹</sup> (۱۹۹۵)، وینگروهوتز<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۶)، دنولت<sup>۲</sup> (۱۹۹۷)

<sup>1</sup> - Braunwald

<sup>2</sup> - ischemic

<sup>3</sup> - Salis

<sup>4</sup> - Patterson

<sup>5</sup> - Wayne

<sup>6</sup> - Marck

<sup>7</sup> - Micheal

<sup>8</sup> - Sesso

<sup>9</sup> - Hyward



(۱۹۹۷) و یونگ<sup>۳</sup> (۱۹۹۴)، در مطالعات خود به نتایج حمایت کننده ای در زمینه ارتباط هیجان های منفی با بیماری های عروق کرونر قلب دست یافته و نشان داده اند که این عوامل چگونه از طریق مکانیزم های روانی-عصبی-فیزیولوژیک واکنش های قلبی-عروقی را افزایش داده و به بروز یا تداوم بیماری های عروقی قلب کمک می کنند (حسینی قدمگاهی، ۱۳۷۷).

هیجان های منفی، نه تنها زمینه ساز بیماری های قلبی-عروقی هستند، بلکه رویداد بیماری های قلبی نیز همین پاسخ های رفتاری را پدید می آورد. مشکلات روحی-روانی چون اضطراب و افسردگی که حدود ۶۵ درصد بیماران قلبی پس از وقوع بیماری آن را تجربه می کنند، سبب تأخیر در بازگشت به کار، کاهش کیفیت زندگی و افزایش احتمال عود مجدد بیماری پس از مداخلات پزشکی و جراحی شده و حتی خطر مرگ و میر را در این بیماران افزایش می دهند (شیخ الاسلامی، ۱۳۸۲). بررسی ها نشان داده اند که نشانه های افسردگی پیش از شروع بیماری کرونری قلب وجود دارد و بر سیر بیماری پس از پیدایش آن تأثیر می گذارد (اپلز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). افسردگی مهمترین مانع مداوای بیماری قلبی است، زیرا موجب عدم پذیرش بیماری شده و انگیزه بیمار را برای ادامه درمان کاهش می دهد. افسردگی تأثیر منفی بر پیش آگهی بیماری قلبی-عروقی دارد (مؤمنی، ۱۳۸۰) و سبب بروز عوارض متعددی نظیر افزایش مرگ و میر، آنژین صدری<sup>۵</sup>، آریتمی، بستری شدن های مجدد، ناتوانی طولانی مدت و افزایش مصرف سیگار می شود (شیخ الاسلامی، ۱۳۸۲). آن دسته از افرادی که مبتلا به انفارکتوس میوکارد<sup>۶</sup> (MI) شده و نشانه های بارز افسردگی نیز داشته اند، مرگ و میر آنها در ۶ ماه پس از اولین حمله قلبی، بیشتر بوده است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵).

اضطراب نیز به دنبال بروز بیماری های کرونری قلب شایع است. بطور کلی اضطراب از شایع ترین و مهم ترین واکنش ها در برابر بیماری است. مطالعات و تحقیقات نشان داده اند که بیماران مبتلا به اختلالات کرونری قلب بیشترین علت اضطراب را ترس از رها شدن، مردن و ترس از سکتة مجدد قلبی بیان کرده اند. (شیخ الاسلامی،

1 - Vingerhoets

2 - Denollet

3 - Young

4 - Appels

5 - angina

6 - Myocardial Infarction (MI)

۱۳۸۲). دیت<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای نشان داد که خطر حوادث عروق کرونر در مبتلایان به سکته قلبی که سطح اضطراب بالایی را پس از عمل جراحی تجربه می‌کنند، ۲ تا ۵ برابر بیشتر از بیماران غیر مضطرب است. همچنین بروز حوادث قلبی در مبتلایان به سکته قلبی که اضطراب دارند، بلافاصله بعد از سکته تا ۱۸ ماه بعد از آن افزایش می‌یابد. بنابراین اگر بتوان دخل و تصرف مطلوب در فرایندهای روانشناختی مؤثر در ایجاد بیماری های کرونری قلب بوجود آورد، امید به پیشگیری از عود مجدد آن افزایش می‌یابد.

با وجود این که اغلب بیماران کرونری قلب بعد از مداخلات پزشکی و جراحی زنده می‌مانند ولی همچنان بعنوان افراد در معرض خطر بالا باقی می‌مانند و برای کسب بهبودی کامل و اجتناب از عود بیماری باید سبک زندگی خاصی را در پیش بگیرند و خود را با تغییرات این سبک خاص تطبیق دهند که این شیوه جدید زندگی علاوه بر رعایت مواردی چون ترک سیگار، رعایت رژیم غذایی بدون کلسترول، ورزش منظم و... شامل فراگیری راهبردهای مختلف مقابله با هیجان های منفی همچون استرس، خشم و خصومت، اضطراب، افسردگی و... نیز می‌شود (استراب<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). علی‌رغم اینکه در سال های اخیر، برنامه های بازتوانی<sup>۳</sup> در قالب پیشگیری ثانویه در کاهش آشفتگی های روانشناختی بیماران کرونری قلب، پس از مداخلات پزشکی و جراحی، موفقیت آمیز بوده اند، لزوم استفاده از آموزش ها و مداخلات روانشناختی در کنار برنامه های بازتوانی به دو دلیل ضروری به نظر می‌رسد: اولاً، عوامل روانشناختی و بخصوص تجربه هیجان های منفی در شکل گیری بیماری های قلبی نقش قابل توجهی دارند و پس از بروز بیماری و به دنبال جراحی نیز بر کیفیت زندگی بیماران مؤثر بوده و حتی انگیزه بیماران را برای دارو درمانی و تغییر در سبک زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهند، دوم اینکه مطالعات متعدد نشان داده اند که همراهی مداخلات روانشناختی با برنامه های بازتوانی در مقایسه با بکارگیری صرف این برنامه ها به نتایج بهتری در روند بهبود بیماری و بخصوص کاهش آشفتگی های هیجانی بیماران، منجر شده اند (لین<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۹).

در یکی از این برنامه‌ها، بصام پور (۸۰-۱۳۷۹) به بررسی تأثیر روش‌های مختلف آرام سازی بر اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی پرداخت. این مطالعه بر روی ۴۵ بیمار دچار سکته قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

۱ - Deite

۲ - Strub

۳ - Rahe

۴ - Lane

بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران انجام شد که طی آن بیماران در سه گروه مجزا تحت آموزش سه نوع روش آرام سازی ( تلقین، تجسم و صحبت) قرار گرفتند که نتایج نشان داد هر سه روش آرام سازی در کاهش اضطراب بیماران مؤثر بوده است.

گالاچر<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۹) نیز به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های بین فردی شامل مدیریت خشم، جرأت‌آموزی، مدیریت استرس و آرام سازی بر درمان افسردگی و اضطراب ۲۴۰ بیمار کرونری قلب، پس از آنژیوپلاستی (PCI)<sup>۲</sup> عروق کرونر قلب پرداختند که نتایج نشان دهنده کاهش افسردگی و اضطراب در این بیماران بود (به نقل از انگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

هالووی<sup>۴</sup> (۱۹۹۹) در تحقیقی مشابه بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان داد که علائم حیاتی بیماران پس از انجام روش‌های مختلف آرام سازی، بطور چشمگیری کاهش یافته و اضطراب آنان کم شده است.

با توجه به مواردی که مطرح شد، در این پژوهش این سؤال اساسی مطرح می‌شود که آموزش گروهی مهارت‌های زندگی، شامل مدیریت خشم، جرأت‌آموزی و آرام سازی، چه تأثیری بر بهبود علائم خلقی و هیجانی (اضطراب، افسردگی جرأت‌مندی و خشم) بیماران کرونری قلب، پس از عمل جراحی دارد.

<sup>۱</sup> - Gallacher

<sup>۲</sup> - Percutaneous Coronary Intervention (PCI)

<sup>۳</sup> - Eng

<sup>۴</sup> - Hallaway

### ۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

امروزه بیماری های قلبی، بویژه بیماری کرونری قلب که طیف بالینی آن از ایسکمی خاموش<sup>۱</sup> تا آنژین مزمن پایدار، آنژین ناپایدار<sup>۲</sup>، انفارکتوس حاد میوکارد<sup>۳</sup> و مرگ ناگهانی قلبی متفاوت است، یکی از سه علت اصلی مرگ و میر در کنار سرطان و سکنه مغزی در اکثر کشورهای صنعتی به شمار می روند (سارافینو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). در کشورهای شرق مدیترانه و خاورمیانه، از جمله ایران نیز بیماری های قلبی یک مشکل عمده بهداشتی و اجتماعی به شمار می رود که ابعاد آن به سرعت در حال افزایش است (به نقل از خوسفی، ۱۳۸۶). طی چهل سال گذشته، مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی - عروقی با اتخاذ روش های پیشگیری و درمانی در برخی از کشورها کاهش یافته است، اما هنوز از جدی ترین خطرهای سلامت بشر و علت اصلی مرگ در بسیاری از کشورهای در حال توسعه محسوب می شود. نظری اجمالی به آمار و ارقام، اهمیت مقابله با این بیماری را آشکار می سازد و به همین سبب اطلاع از جدید ترین پیشرفت ها در سبب شناسی، پیشگیری و درمان امری الزامی است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

بررسی هایی که طی سال های اخیر صورت گرفته است نشان می دهند که عوامل خطر ساز سنتی (مثل سیگار کشیدن، فشار خون بالا، چاقی و دیابت) تنها ۴۰ درصد از میزان بالای مرگ و میر ناشی از بیماری کرونری قلب را توجیه می کند که این مسئله به نوبه خود نقش پر اهمیت عوامل روانشناختی را نشان می دهد (مارموت<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۵). ابهام در مورد علت مرگ و میرهای ناشی از بیماری های قلبی - عروقی زمانی افزایش می یابد که تقریباً ۱۰٪ افرادی که از پای درمی آیند، قلب و رگ های سالمی دارند (یزدان دوست و همکاران، ۱۳۸۰).

عوامل روان شناختی متعددی در رابطه با بیماری عروق کرونر قلب مطرح شده اند که خطر ابتلا به آن را چه بصورت مستقل و چه بصورت ترکیبی افزایش می دهند (تیلور<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱). این عوامل شامل هیجان های منفی چون اضطراب، افسردگی و خشم می باشد که مطالعات بسیاری در مورد آنها انجام شده است. این مطالعات نشان داده اند

<sup>۱</sup> - silence ischemia

<sup>۲</sup> - unstable angina

<sup>۳</sup> - acute myocardial infarction

<sup>۴</sup> - Sarafino

<sup>۵</sup> - Marmot

<sup>۶</sup> - Taylor