

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال سوم شماره ۹ بهار ۱۳۸۷

تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی (مدیریت خشم، جرات‌آموزی، آرام‌سازی) بر افزایش جرات‌مندی و کاهش خشم در بیماران قلبی، پس از پیوند بای پس عروق کرونر

فاطمه نعمتی سوگلی تپه: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

دکتر جلیل باباپور خیرالدین - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

دکتر مجید محمود علیلو - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

دکتر منصور بیرامی - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

دکتر تورج هاشمی - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

چکیده:

پژوهش حاضر به بررسی تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی (مدیریت خشم، جرات‌آموزی و آرام‌سازی) بر افزایش جرات‌مندی و کاهش خشم در بیماران قلبی، پس از جراحی پیوند بای پس عروق کرونر، می‌پردازد. بدین منظور در قالب طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون به همراه گروه گواه، 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 گواه جای داده شدند. جهت گردآوری داده‌ها، از مقیاس جرات‌مندی راتوس و مقیاس خشم MMPI-2 استفاده شد که قبل از شروع برنامه آموزش مهارت‌های زندگی و بلافاصله پس از اتمام دوره آموزشی، توسط بیماران دو گروه آزمایش و گواه تکمیل گردید. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که برنامه آموزش گروهی مهارت‌های زندگی، به‌طور معنی‌داری موجب افزایش جرات‌مندی و کاهش خشم در بیماران شده است ($P < 0/001$). همچنین بر اساس نتایج بدست آمده، بین دو جنس از لحاظ اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افزایش جرات‌مندی و کاهش خشم، تفاوت معنی‌دار ملاحظه نشد ($P > 0/05$).

واژه‌های کلیدی: آموزش گروهی مهارت‌های زندگی، مدیریت خشم، جرات‌آموزی، آرام‌سازی، بیماری کرونری قلب.

متخصصان همه‌گیرشناسی، ده‌ها سال است که میزان فراونی و شیوع بیماری‌های عروق کرونر (CHD)^۱ را در فرهنگ‌های مختلف بررسی کرده‌اند. نتایج پژوهش‌های آنان نشان می‌دهد که بیماری‌های عروق کرونر، تا حدودی بیماری جوامع پیشرفته است، یعنی میزان بروز بیماری‌های قلبی در جوامع صنعتی بیش از سایر کشورهاست (سارافینو^۲، ۲۰۰۶). دلایل متعددی برای این تفاوت وجود دارد ولی مهم‌ترین دلیل، عوامل فشارزای روانی-اجتماعی و بخصوص تجربه هیجان‌های منفی همچون خشم و خصومت است (کوبزانسکی^۳ و کاواچی^۴، ۲۰۰۰). رابطه هیجان‌های منفی و قلب، قرن‌ها به صورت یک فرضیه باقی مانده بود و تا همین اواخر، شواهد متقاعدکننده‌ای برای چنین رابطه‌ای وجود نداشت، (سی سو^۵ و همکاران، ۱۹۹۸)، بخصوص برای خشم که به عنوان یک عامل خطر ساز بالقوه برای CHD محسوب می‌شود. به دنبال مطالعات فریدمن^۶ و روزنمن^۷ در دهه ۱۹۵۰، نقش این عامل خطر ساز در شکل‌گیری بیماری‌های قلبی-عروقی مورد توجه واقع شد و به دنبال آن پژوهش‌های متعددی به بررسی رابطه بین خشم و وقوع CHD پرداختند (سارافینو^۸، ۲۰۰۶). کاواچی و همکاران (۱۹۹۶)، گالاچر^۹ و همکاران (۱۹۹۹) و مونا^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۳)، نشان دادند که نه تنها بروز خشم^{۱۱}، بلکه خشم سرکوب شده^{۱۲} نیز با شیوع، شدت و پیشرفت آترواسکلروسیز^{۱۳} رابطه دارد. مطالعات نشان داده‌اند که هیجان‌ها و نحوه کنار آمدن با آنها بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد (پروین^{۱۴}، ۱۹۹۶)، به عنوان نمونه، بررسی‌های وینگرهوتز^{۱۵} و همکاران (۱۹۹۶) و ویلیامز^{۱۶} و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که افراد مبتلا به CHD در مقایسه با افراد سالم، با مسائل و مشکلات زندگی و شرایط فشارزا به

1- Coronary Heart Disease(CHD)

3- Kubzanski

5- Sesso

7- Rosenmam

9- Gallacher

11- anger expression

13- atherosclerosis

15- Vingerhoets

2- Sarafino

4- Kawachi

6- Friedman

8- Sarafino

10- Mona

12- repressed anger

14- Pervin

16- Williams

صورت هیجانی برخورد می‌کنند، بنابراین با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه می‌توان پی برد که بسیاری از افراد مبتلا به CHD در رویایی با چالش‌ها و مسائل زندگی روزمره فاقد توانایی لازم و اساسی هستند و همین امر آنها را آسیب‌پذیر کرده است، از سویی دیگر در برنامه آموزش مهارت‌های زندگی^۱ که توسط سازمان جهانی (WHO)^۲ بهداشت با هدف بهبود کیفیت زندگی مردم و پیشگیری از آسیب‌های روانی - اجتماعی تدوین شده است، به افراد کمک می‌شود تا هیجان‌های منفی، از جمله خشم خود را مدیریت کرده و به شیوه‌ای سالم ابراز نمایند، لذا با توجه به اهمیت و نقش یادگیری مهارت‌های زندگی در بهبود روابط درون فردی و بین فردی و پیشگیری از رفتارهای مخرب (داردن^۳ و گازاد^۴، ۱۹۹۶)، آموزش آن نه تنها در پیشگیری از وقوع CHD موثر است بلکه می‌تواند بخشی از برنامه‌های پیشگیری ثانویه را در بیماران قلبی، پس از مداخلات پزشکی و جراحی به خود اختصاص دهد. پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه اغلب تأثیر قابل ملاحظه آموزش‌های فوق را در کاهش احتمال عود مجدد بیماری قلبی گزارش کرده‌اند. میتلمن^۵ و همکاران (۱۹۹۵) طی مطالعه‌ای به بررسی تأثیر آموزش آرام‌سازی^۶، راهبردهای مدیریت خشم^۷، مدیریت استرس^۸ و آگاه‌سازی بیماران از عوامل خطر ساز CHD پرداختند، پیگیری درمان در طول ۹ سال نشان داد که مرگ و میر ناشی از CHD در گروه آزمایش به‌طور قابل ملاحظه‌ای کمتر از بیماران گروه گواه بود که این نتیجه پس از کنترل سایر عوامل پیش‌بینی‌کننده CHD، نظیر فشار خون بالا، دیابت، چاقی و... همچنان معنی‌دار بود. دنولت^۹ و همکاران (۱۹۹۸) در پژوهشی مبنی بر تأثیر آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس، و آرام‌سازی، بر کاهش احتمال وقوع مجدد انفارکتوس میوکارد (MI)^{۱۰}، بر روی ۹۸۶۳ بیمار را، پس از وقوع اولین حمله MI مورد مطالعه قرار دادند، نتایج این

1- life skills

3- Darden

5- Mittelman

7- anger management

9- Donollet

2- World Health Organization (WHO)

4- Gazade

6- relaxation

8- stress management

10- myocardial(MI)

پژوهش نیز پس از ۲ سال پیگیری کاهش معنادار وقوع مجدد انفارکتوس را در بیماران مورد مطالعه نشان داد. امروزه با توجه به تأثیر هیجان‌های منفی، بخصوص خشم بر شکل‌گیری CHD، پژوهش درباره شیوه‌های آموزش مؤثر بر شناخت، کنترل و کاهش اثرات مخرب این هیجان‌ها بر بیماران قلبی، پس از مداخلات پزشکی، مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به بررسی‌های یاد شده در زمینه تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در پیشگیری از عود مجدد بیماری قلبی، در پژوهش حاضر شش فرضیه تدوین و مورد بررسی قرار گرفتند: (۱) آموزش گروهی مهارت‌های زندگی پس از عمل جراحی، جراثمندی را در بیماران مبتلا به بیماری قلبی افزایش می‌دهد. (۲) آموزش گروهی مهارت‌های زندگی پس از عمل جراحی، خشم را در بیماران مبتلا به بیماری قلبی، کاهش می‌دهد. (۳) تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش جراثمندی، در بیماران قلبی دارای تحصیلات مختلف، متفاوت است. (۴) تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش خشم، در بیماران قلبی دارای تحصیلات مختلف، متفاوت است. (۵) تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افزایش جراثمندی، در مردان و زنان مبتلا به بیماری قلبی، متفاوت است. (۶) تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر کاهش خشم، در مردان و زنان مبتلا به بیماری قلبی، متفاوت است

روش

طرح پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون به همراه گروه کنترل است و در آن آموزش مهارت‌های زندگی (شامل: مدیریت خشم، جرات‌آموزی و آرام‌سازی) به عنوان متغیر مستقل، جراثمندی و خشم به عنوان متغیر وابسته و جنسیت و سطح تحصیلات به عنوان متغیر تعدیل‌کننده مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال کرونری قلب، با دامنه سنی ۳۵ تا ۶۵ سال بودند که برای اولین بار تحت عمل جراحی بای پس^۱ 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 که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر از بیماران به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند و ۲۰ نفر (۱۳ مرد و ۷ زن) از آنها به صورت جابدهی تصادفی در گروه آزمایش و ۲۰ نفر (۱۱ مرد و ۹ زن) در گروه کنترل جایگزین شدند. از معیارهای پذیرش آزمودنی‌ها، عدم اعتیاد به مواد مخدر، عدم دریافت داروهای آرام‌بخش، نداشتن عادت به روش‌های آرام‌سازی، عدم آشنایی قبلی با مهارت‌های مدیریت خشم و جرات‌آموزی و داشتن تمایل به شرکت در جلسات آموزش مهارت‌های زندگی بود.

ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس جراتمندی راتوس^۲: این مقیاس در سال ۱۹۷۳ توسط اسپنسر راتوس، به منظور ارزیابی میزان رفتار جراتمندانه تهیه گردید. این پرسشنامه دارای ۳۰ آیتم می‌باشد که بر روی مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری شده است. شیوه نمره‌گذاری به ترتیبی است که هر آیتم نمره‌ای بین ۳+ تا ۳- دریافت می‌کند. در نمره‌گذاری آیتم‌های مشخص شده، نمره‌گذاری به صورت معکوس صورت می‌گیرد. دامنه نمره‌های پرسشنامه ۹۰+ تا ۹۰- می‌باشد که نمرات مثبت نشان‌دهنده جراتمندی بیشتر است. دیل^۳، کروک^۴ و پریت بیچ^۵ (۱۹۸۶، به نقل از هزاری، ۱۳۸۴) این پرسشنامه را در میان ۱۰۳ نفر دانش‌آموز پایه هفتم اجرا کردند، میزان پایایی به دست آمده در پژوهش آنها با استفاده از روش

1- bypass surgery
3- Deel
5- Prit-Bech

2- Rathus Assertiveness Scale
4- Croock

بازآزمایی ۰/۷۵ بود. در مطالعه شی می‌زو^۱، موریتا^۲ و تاکازاوا^۳ (۲۰۰۵)، به نقل از هزاری، (۱۳۸۴) نسخه ژاپنی مقیاس جرأت‌مندی راتوس مورد استفاده قرار گرفت. مطالعه آنها بررسی رابطه مهارت‌های ابراز وجود و وضعیت سلامت روانی ۱۷۳ نوجوان بود که در برنامه آموزش جرأت‌ورزی به مدت یک ماه شرکت کرده بودند. در این مطالعه، میزان پایایی بدست آمده برای مقیاس جرأت‌مندی، از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش شد. در مطالعه دیگری که توسط محققان نامبرده (۲۰۰۱)، به نقل از هزاری، (۱۳۸۴)، در بین ۲۲۶ نفر کارگر ژاپنی انجام گرفت میزان پایایی این آزمون با روش باز آزمایی ۰/۸۴ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی آزمون با استفاده از شیوه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ بود. برای تعیین روایی محتوایی، این مقیاس در اختیار چند تن از استادان روانشناسی قرار گرفت که توسط متخصصان یاد شده روایی آزمون رضایت بخش اعلام گردید.

مقیاس خشم MMPI-2: مقیاس خشم MMPI از جمله مقیاس‌های محتوایی MMPI-2 است که دارای ۱۶ آیتم می‌باشد. برخلاف خود MMPI که براساس کلیدیایی تجربی ساخته شده است، مقیاس‌های محتوایی بر اساس این منطق ساخته شده‌اند که چه آیتم‌هایی می‌تواند به نفع خصیصه یا صفت خاصی باشد. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مقیاس‌های محتوایی MMPI-2 با سایر مقیاس‌های مربوط همبستگی خوبی دارند (گراهام^۴، ترجمه یعقوبی و کافی، ۱۳۷۹). شیل^۵ و ونگ^۶ (۱۹۹۰) گزارش کردند که مقیاس محتوایی خشم با مقیاس ابراز خشم اسپیل برگر^۷ همبستگی مثبت و با مهار خشم همبستگی منفی دارد. در مردان، مقیاس محتوایی خشم با ابراز کلامی و در زنان با ابراز فیزیکی پرخاشگری همبستگی معنی‌داری داشت. بوچر^۸ و همکاران (۱۹۹۰) میزان پایایی بازآزمایی مقیاس خشم را در مردان ۰/۸۵ و در زنان ۰/۸۲ گزارش کردند.

1- Shi mi zo

3- Takazava

5- Sheel

7- Spielberger's anger expression measure

2- Morita

4- Graham

6- Wang

8- Butcher

۰/۷۶ و برای زنان ۰/۷۳ اعلام کردند. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی میزان پایایی آزمون، از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که برابر با ۰/۷۸ بود.

شیوه اجرای پژوهش

شیوه اجرای پژوهش حاضر به این صورت بود که در مرحله اول با مطالعه پرونده بیماران کار غربالگری بیماران مبتلا به CHD که تحت جراحی پیوند بای پس عروق کرونری قلب قرار گرفته بودند آغاز شد. در مرحله دوم، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۴۰ نفر آزمودنی انتخاب و با جای‌دهی تصادفی، ۲۰ نفر از آزمودنی‌های انتخاب شده در گروه آزمایش و ۲۰ نفر بعدی در گروه گواه جایگزین شدند و هم‌زمان، پیش آزمون با استفاده از آزمون‌های جرأت‌مندی راتوس و مقیاس خشم MMPI-2 توسط پژوهشگر اجرا گردید. در مرحله سوم، 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 ۲ جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ الی ۹۰ دقیقه به صورت گروهی انجام شد. برای آموزش این افراد از دستورالعمل و برنامه آموزش مهارت‌های زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۱ استفاده گردید. در پایان، بلافاصله بعد از اتمام آموزش‌ها، پس‌آزمون، بر روی دو گروه آزمایش و گواه، توسط پژوهشگر اجرا شد. محیط پژوهش نیز بیمارستان‌های شهید مدنی و امام رضا (ع) شهر تبریز بود که مرکز شناخته شده‌ای جهت درمان بیماران قلبی و مهم‌ترین مراکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی برای این بیماران می‌باشند.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات جرأت‌مندی و خشم را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد.

1- World Health Organization (WHO)

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمرات جراتمندی و خشم، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های مورد مطالعه

پس آزمون گروه گواه		پیش آزمون گروه گواه		پس آزمون گروه آزمایش		پیش آزمون گروه آزمایش		متغیرها
میانگین انحراف استاندارد		میانگین انحراف استاندارد		میانگین انحراف استاندارد		میانگین انحراف استاندارد		
۲۷/۳۸	۲۲/۹۵	۲۷/۴۱	۲۲/۹۳	۱۷/۸۶	۴۰/۲۵	۲۷/۶۹	۲۲/۹۰	جراتمندی
۰/۵۹	۹/۷۴	۰/۷۴	۹/۷۳	۲/۷۶	۶/۰۵	۰/۶۶	۹/۷۶	خشم

با توجه به مندرجات جدول ۱ ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات جراتمندی بیماران در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون (۲۲/۹۰) (انحراف استاندارد) و در مرحله پس‌آزمون (۴۰/۲۵) (انحراف استاندارد) می‌باشد که مقایسه میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیانگر تأثیر متغیر مستقل آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افزایش جراتمندی در بیماران گروه آزمایش است که چنین تفاوتی در میانگین‌های گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. همچنین مقایسه میانگین‌های نمرات خشم بیماران در مرحله پیش‌آزمون (۹/۷۶) (میانگین و ۰/۶۶) (انحراف استاندارد) و پس‌آزمون (۶/۰۵) (میانگین و ۲/۷۶) (انحراف استاندارد) در گروه آزمایش نیز حاکی از تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر کاهش خشم در بیماران گروه آزمایش است که چنین تغییری در بیماران گروه کنترل مشاهده نمی‌شود.

قبل از بررسی تحلیلی نتایج در رابطه با فرضیه‌های پژوهش، از همگنی شیب‌های رگرسیون، با استفاده از طرح یکطرفه آزمودنی‌ها و همچنین برابری واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های مورد مطالعه، توسط آزمون لون^۱، به عنوان پیش فرض‌های لازم برای استفاده از تحلیل کوواریانس، اطمینان حاصل شد که نتایج بدست آمده در جدول شماره ۲ درج شده است.

1- Leven

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال سوم شماره ۹، بهار ۱۳۸۷

جدول (۲) نتایج تحلیل واریانس یکطرفه و آزمون لون برای بررسی پیش‌فرض‌های همگنی شیب رگرسیون و همگنی واریانس

همگنی شیب‌ها		همگنی واریانس		
سطح معنی‌داری	F	سطح معنی‌داری	آزمون لون	متغیرها
۰/۴۳	۶/۲۳	۰/۳۰	۱۴/۲۵	جرأت‌مندی
۰/۷۳	۰/۱۲	۰/۵۷	۰/۳۱	خشم

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌ها با مقدار $F=14/25$ برای جرأت‌مندی و $F=0/31$ برای متغیر خشم معنی‌دار نشده است، لذا پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای هر دو متغیر جرأت‌مندی و خشم محقق شده است. همچنین نتایج تحلیل واریانس برای بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون که در جدول ۲ درج شده است با مقدار $F=6/23$ برای جرأت‌مندی و $F=0/12$ برای متغیر خشم رابطه معنی‌داری را نشان نمی‌دهد، لذا مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برای هر دو متغیر محقق شده است. با توجه به یافته‌های فوق، جهت بررسی فرضیه‌های مورد نظر از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول (۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش ($n=20$) و گواه ($n=20$) در متغیرهای جرأت‌مندی و خشم

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	شاخص F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
جرأت‌مندی	پیش‌آزمون	۳۴۸۷۲/۲۱۹	۱	۳۴۸۷۲/۲۱۹	۳۹۴/۴۱۲	۰/۰۰۰	۰/۹۱
	گروه	۱۶۶۲/۲۷۳	۱	۱۶۶۲/۲۷۳	۱۸/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۳۳
	خطا	۳۲۷۱/۳۸۱	۳۷	۸۸/۴۱۶			
خشم	پیش‌آزمون	۱۹۵/۲۸۱	۱	۱۹۵/۲۸۱	۴۵/۵۵۲	۰/۰۰۰	۰/۵۵
	گروه	۳۰/۵۸۶	۱	۳۰/۵۸۶	۷/۱۳۵	۰/۰۰۰	۰/۱۶
	خطا	۱۵۸/۶۱۹	۳۷	۴/۲۸۷			

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه برای متغیر جرأت‌مندی ($F=394/412$ و $P<0/001$) و خشم ($F=45/552$ و $P<0/001$) معنی‌دار و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر جرأت‌مندی با مقدار $F=18/80$ در سطح $P<0/001$ و $0/33$ = مجذور اتا و در متغیر خشم با مقدار $F=7/135$ در سطح $P<0/001$ و $0/16$ = مجذور اتا، بیشتر از گروه گواه است. بنابراین نتایج به‌دست آمده حاکی از تایید فرضیه‌های اول و دوم پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افزایش جرأت‌مندی (فرضیه ۱) و کاهش خشم (فرضیه ۲) می‌باشد. به‌عبارتی آموزش گروهی مهارت‌های زندگی توانسته است جرأت‌مندی را در بیماران گروه آزمایش افزایش داده و خشم را کاهش دهد.

جهت بررسی تفاوت بین بیماران دارای سطوح تحصیلات مختلف از لحاظ اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش جرأت‌مندی و کاهش خشم (فرضیه‌های ۳ و ۴) نیز از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج بدست آمده در جدول ۴ درج شده است.

جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر سطوح تحصیلات، بر اثر بخشی آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افزایش جرأت‌مندی و کاهش خشم در بیماران

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	شاخص F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
جرأت‌مندی	تحصیلات	۶۲۹/۳۸۳	۳	۲۰۹/۷۹۴	۰/۸۷	N.S	۰/۴۶
	خطا	۷۲۱/۸۷۹	۳	۲۴۰/۶۲۶			
خشم	تحصیلات	۱۸/۱۱۹	۳	۶/۰۴۰	۰/۵۶	N.S	۰/۳۶
	خطا	۳۲/۱۶۶	۳	۱۰/۷۲۲			

با نگاهی به جدول ۴ ملاحظه می‌شود که بین بیماران دارای سطوح تحصیلات مختلف از لحاظ اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش جرأت‌مندی با مقدار

$F=0/87$ (فرضیه ۳) و کاهش خشم با مقدار $F=0/56$ (فرضیه ۴) تفاوت معنی داری وجود ندارد. به عبارتی، سطوح تحصیلات تأثیری بر اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افزایش جراتمندی و کاهش خشم بیماران نداشته است.

جهت بررسی تفاوت بین بیماران زن و مرد از لحاظ اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش جراتمندی و کاهش خشم نیز از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۵ ارائه شده است. یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که بین بیماران زن و مرد از لحاظ اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افزایش جراتمندی (فرضیه ۵)، با $F=24/037$ و بر کاهش خشم (فرضیه ۶)، با $F=1/86$ تفاوت معنی دار وجود ندارد.

جدول (۵) نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر جنسیت بر اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افزایش جراتمندی و کاهش خشم در بیماران

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	شاخص F	سطح معنی داری	مجذور اتا
جراتمندی	جنسیت	۸۳۱/۶۳۹	۱	۸۳۱/۶۳	۲۴/۰۳۷	N.S	۰/۹۶
	خطا	۳۴/۵۹۹	۱	۳۴/۵۹۹			
خشم	جنسیت	۸/۳۲۷	۱	۸/۳۲۷	۱/۸۶	N.S	۰/۶۵
	خطا	۴/۴۷۵	۱	۴/۴۷۵			

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر حاکی از آن است که مداخله، در قالب آموزش گروهی مهارت‌های زندگی، در بیماران قلبی، پس از جراحی پیوند بای پس عروق کرونر، توانسته است افزایش قابل توجهی در جراتمندی و کاهش خشم در بیماران گروه آزمایش بوجود آورد که چنین تغییری در بیماران گروه گواه مشاهده نشد، این یافته‌ها با نتایج بررسی‌های میتلمن و همکاران (۱۹۹۵)، در زمینه تأثیر مداخلات

روانشناختی بر کاهش احتمال بروز مجدد CHD پس از عمل جراحی در بیماران، و دنولت و همکاران (۱۹۹۸)، در زمینه تأثیر آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی بر کاهش احتمال وقوع مجدد انفارکتوس میوکارد، پس از اولین حمله MI، و هرد (۲۰۰۰)، مبنی بر تأثیر عوامل رفتاری بر شکل‌گیری مجدد بیماری قلبی، پس از مداخلات پزشکی، همسویی دارد. مطالعات نشان داده‌اند که اغلب بیماران قلبی - عروقی که پس از جراحی زنده می‌مانند، به اندازه کافی بهبودی کسب کرده و در عرض چند هفته یا چند ماه، زندگی عادی خود را از سر می‌گیرند. با وجود بر این آنها همچنان به عنوان 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 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 هیجان‌های منفی نیز می‌شود (استراب^۱، ۲۰۰۲)، علی‌رغم اینکه برنامه‌های بازتوانی^۲ در کاهش عوامل خطر ساز بیماری‌های کرونری قلب، پس از مداخلات پزشکی و جراحی، موفقیت‌آمیز بوده‌اند، لزوم استفاده از آموزش‌ها و مداخلات روانشناختی در کنار برنامه‌های بازتوانی به دو دلیل ضروری به نظر می‌رسد: اولاً، عوامل روانشناختی و بخصوص تجربه هیجان‌های منفی در شکل‌گیری بیماری‌های 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 استفاده از دارو درمانی و تغییر در سبک زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهند، دوم اینکه مطالعات متعدد نشان داده‌اند که همراهی مداخلات روانشناختی با برنامه‌های بازتوانی در مقایسه با بکارگیری صرف این برنامه‌ها به نتایج بهتری در روند بهبود بیماری و بخصوص کاهش آشفته‌گی‌های هیجانی بیماران، منجر شده‌اند (لین^۳ و همکاران، ۱۹۹۹). بنابراین لزوم استفاده از آموزش‌ها و مداخلات روانشناختی در کنار برنامه‌های

1- Herd
3- Rahe

2- Strub
4- Lane

بازتوانی، برای این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. در برنامه آموزشی ارائه شده در پژوهش حاضر، تأکید بر شناخت هیجان‌ها و بخصوص هیجان خشم، پذیرش و از همه مهم‌تر ابراز درست و سازش یافته آن بود. آنچه در این برنامه آموزشی انجام شد، هدایت بیماران در جهت شناخت افکار خود و واقعیت‌های درونی و بیرونی، همراه با تمرین و پذیرش جرأت‌مندانانه و برخورد سازنده با این افکار بود. در برنامه ارائه شده به جای پرداختن به مشکلات معین، به بررسی و تقویت امکانات فرد در برخورد با مشکل پرداخته شد. چنین شیوه‌ای با گسترش زمینه و کم رنگ ساختن نقش (مشکل) فرصتی فراهم می‌آورد تا فرد بتواند از توانایی‌های خود برای رویایی با موقعیت آگاه شده و آن را بکار گیرد. همچنین براساس نتایج پژوهش حاضر معلوم شد که بین بیماران زن و مرد از نظر تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش جرأت‌مندی و کاهش خشم تفاوت معنی‌دار وجود ندارد که این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های استونی^۱ و همکاران (۱۹۹۸) و داینر^۲ و همکاران (۱۹۹۵) همسویی دارد.

با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش و سایر مطالعات صورت گرفته در این زمینه می‌توان نتیجه گرفت که اجرای برنامه‌های مختلف مداخلات روانشناختی همچون آموزش مهارت‌های زندگی، می‌تواند با تغییر در سبک زندگی و اصلاح نظام رفتاری و روانشناختی بیماران قلبی، گام‌های اساسی در جهت تسریع روند بهبودی در بیماران و کاهش عوامل خطر ساز بیماری‌های کرونری قلب برداشته و حتی به نحو چشمگیری از بروز مجدد بیماری در افراد پیشگیری کند.

گفتنی است که، شمار کم آزمودنی‌ها و روش نمونه‌گیری در دسترس بود، که تعمیم یافته‌های پژوهش را محدود می‌سازد، از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر بود، برای تعمیم یافته‌های به دست آمده، انجام پژوهش‌های مشابه، با نمونه‌های بزرگتر در پژوهش‌های گسترده، ضروری به نظر می‌رسد. هم‌چنین استفاده از دیگر برنامه‌های

1- Stoney

2- Diener

درمانی مبتنی بر شیوه‌های روانشناختی، جهت تغییر و اصلاح نظام رفتاری بیماران، از جمله پیشنهادهایی است که می‌توان در رابطه با پژوهش حاضر ارائه نمود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله : ۸۶/۱۱/۱۶

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۸۷/۰۳/۰۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۰۴/۱۲



References

منابع

- هزاری، زلیخا (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی دانش‌آموزان دوره متوسطه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز.
- گراهام، جان (۱۳۸۵). راهنمای MMPI-2. ترجمه حمید یعقوبی و موسی کافی. تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۸).
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Williams, C.L., & Ben-Porath, Y.S. (1990). The MMPI-2 with College Students. *Journal of Personality Assessment*, 54, 1-15.
- Darden, C. A., & Gazade, G.M. (1996). Life-skills and Mental Health Counseling. *Journal of Mental Counseling*. Vol 18, Issue 2.
- Diener, E., SADVIK, E., & Larsen, R.J. (1995). Age and Sex Effects for Emotional Intensity. *Dev Psychol*, 21, 542-546.
- Donollet, J. (1998). Heart Disease and Repressive Coping in Women with Coronary Heart Disease. *International Journal of Cardiology*, 75, 25-41.
- Gallacher, E.J., Yarnell, W.G., Sweetnam, P.M., Elwood, P.C., & Stansfeld, S. A. (1999). Anger and Incident Heart Disease in Caerphilly Study. *Psychosomatic Medicine*, 6, 446-453.
- Herd, J.A. (2000). Behavioral Factors in the Psychological Mechanisms of Cardiovascular Disease. *Psychosom Med*, 56, 316-327.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A., Vokonas, P., & Weiss, S. T. (1996). A Prospective Study of Anger and Coronary Heart Disease. *Ann Behavioral Med*, 94, 2090-20-95.
- Kubzansky, L.D., & Kawachi, I. (2000). Do Negative Emotions Cause Coronary Heartdisease? *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 323-337.
- Lane, D., Carrol, D & Lip, G.Y.H. (1999) *Psychology in Coronary Care*. QJM ed. 92:425-431.

- Mittelman, M. A., Meclure, M., Sherwood, J. B., Mulrg, R.P., Tofler, G.H., Jacobs, S.C., Friedman, R., Benson, H., & Muller, J.E. (1995). Triggering of Acute Myocardial Infarction Onset by Episodes of Anger. *Journal of Psychosomatic Research*, 92, 1720-1725.
- Mona, P., Fitzmaurice, G., Kubzansky, L.D., Rimm, E.B., & Kawachi, I. (2003). *Anger Expression and Risk of Stork and Coronary Heart Disease Among Male Health Professionals, Psychosomatic Medicine*, 65,100-110.
- Pervin,L.A.(1996). *The Science of Personality*. New York:Wiley.
- Sarafino, O., Edward, P. (2006). *Health Psychology*.Fifth edition.New York, John Wiley & Snos.Inc.
- Schill, T., & Wang, S. (1990). Correlates of the MMPI-2 Anger Contents Scale. *Psychological Reports*. 67.800-802.
- Sesso, H.D., Kawachi, I., Vokonas, P.S., & Sparrow, D.(1998). *The Normative Aging Study. Am J Cardiol*, 82,851-856.
- Stony, C.M., Davis, M.C. & Matthew, K.A. (1998). Sex Differences in Physiological Responses to Stress and in Coronary Heart Disease. *Psycho Physiology*,. 24, 127-131.
- Strub, R.O. (2002). *Health Psychology*. New York, Worth Publisher.
- Vingerhotes, J.M., Menger, L., & Ralif- crain, J. (1996). Emotion Response Stressors, Symptom Complain and Psychological Functioning: Cardiovascular Stress Reactivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 177-190.
- Williams, J.E., Nieto, F.J., Sanford, C.P., & Tyroler, H.A. (2001). Effect of an Angry Temperament on Coronary Heart Disease Risk. *American Journal of Epidemiology*, 154, 230-235