


اثر بخشی آموزش گروهی ایمن سازی در مقابل تنیدگی بر سلامت عمومی*

The Effectiveness of Stress Inoculation Group Training on General Health*

Sahar Akbaripour,  Ph.D.

Hamid Taher Neshatdoost, Ph.D.

Hossein Molavi, Ph.D.

سحر اکبری پور**

حمید طاهر نشاط دوست**

حسین مولوی**

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of stress inoculation training on the general health of coronary heart disease patients. The subjects consisted of 28 patients with coronary heart disease, who were randomly selected from the cardiovascular center of the Therapeutic Research Center of Isfahan, through systematic sampling method. Patients were randomly assigned to experimental (n = 14) and control (n = 14) groups. There were 7 females and 7 males in each group. The experimental group received 8 weekly sessions of stress inoculation training while the control group did not receive any psychological intervention. The General Health Questionnaire-28 was administered to both groups before and after training. The results of analysis of covariance showed that stress inoculation training significantly improved the general health in the experimental group as compared with the control group ($p < 0.0001$). Also, compared

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، بررسی تأثیر آموزش گروهی ایمن سازی در مقابل تنیدگی بر میزان سلامت عمومی در بیماران عروق کرونری قلب بود. این پژوهش بر روی ۲۸ بیمار عروق کرونری قلب که به شیوه تصادفی منظم از بین بیماران دارای پرونده در مرکز قلب و عروق «مرکز تحقیقاتی درمانی صدیقه طاهره» شهر اصفهان انتخاب شدند، انجام گردید. این ۲۸ بیمار عروق کرونری که شامل ۱۴ زن و ۱۴ مرد بودند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. گروههای آزمایش و کنترل هر کدام متشکل از ۷ بیمار زن و ۷ بیمار مرد بودند. گروه آزمایش به مدت ۸ هفته تحت درمان آموزش گروهی ایمن سازی در مقابل تنیدگی قرار گرفت و گروه کنترل این مداخله را دریافت نکرد. شرکت کنندگان در این پژوهش قبل و بعد از اجرای مداخله به کمک «پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸» مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج تحلیل

* Faculty of Education, & Psychology University of Isfahan, I. R. Iran. ✉ akbaripour_sahar@yahoo.com, Tel: (+98) 311-274 35 50

* دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۱/۸، تصویب نهایی: ۱۳۸۶/۲/۹
** دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

with the control group, the experimental group showed significantly lower scores on the somatization ($p=0.005$), anxiety and insomnia ($p=0.007$), social dysfunction ($p=0.01$) and depression ($p=0.008$). In conclusion, as results showed that the stress inoculation training had a significant effect on different components of general health, of the coronary heart disease patients, it is suggested that this method can be used together with usual medicine care for the improvement and rehabilitation of cardiovascular diseases.

Keywords: stress, stress inoculation training, general health, coronary heart diseases.

کسواریانس حاکی از آن بود که آموزش ایمن سازی در مقابل تنیدگی به صورت معناداری سلامت عمومی گروه آزمایشی را در مقایسه با گروه کنترل بهبود بخشیده است ($p < 0.0001$).

همچنین، این آموزش باعث کاهش معناداری در، میزان علائم جسمانی کردن ($p=0.005$) و اضطراب بی‌خوابی ($p=0.007$)، اختلال در کنش اجتماعی ($p=0.01$) و افسردگی ($p=0.008$) در بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردید.

کلید واژه‌ها: تنیدگی، آموزش ایمن سازی در مقابل تنیدگی، سلامت عمومی، بیماری عروق کرونری.

● مقدمه

«بیماریهای کرونری قلب»^۱ مهمترین و اولین علت مرگ و میر در اکثر جوامع به خصوص در کشورهای صنعتی می‌باشد (سسیل، ۲۰۰۱) و هر ساله جان میلیونها نفر را به خطر می‌اندازد و میلیاردها دلار هزینه ناشی از ضایعات مرگ و میر و از کارافتادگی را رقم می‌زند (برونوالد، ۱۹۹۷). در ایران نیز گرچه آمار دقیق و جدیدی در این باره در دست نیست، اما بر پایه مدارک موجود در «کمیته قلب و عروق» اداره کل مبارزه با بیماریها وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، این بیماریها تا سال ۱۳۶۹ علت اصلی مرگ و میر در ایران بوده‌اند (حسینی قدمگاهی، دژکام، بیانزاده و فیض، ۱۳۷۷) به صورتی که در ایران ۳۵ درصد از کل بیماریها را، بیماران قلب و عروق تشکیل می‌دهند (هاشمیان، ۱۳۸۲).

بیماریهای کرونری قلب، بخشی از بیماریهای قلبی - عروقی هستند که به دلیل تنگی عروق کرونر قلب (برونوالد، ۱۹۹۷) یا انسداد این عروق (دیماثو، ۱۳۷۸) ایجاد می‌شوند. عامل اصلی در ایجاد این بیماری، عارضه «آترواسکلروز» می‌باشد (سسیل، ۲۰۰۱). که منجر به پیدایش پلاکهایی سخت در دیواره داخلی شریانهای کرونری می‌گردد که باعث تنگی یا انسداد این عروق می‌شود. در نتیجه این تنگی و انسداد، خون‌رسانی و اکسیژن‌دهی به ماهیچه قلب کاهش می‌یابد که این امر منجر به بروز طیفی از بیماریهای کرونری قلب از «ایسکمی بی‌صد» (بدون علامت)، تا آنژین‌های پایدار و ناپایدار، «انفارکتوس میوکاردی حاد» و حتی مرگ ناگهانی می‌شود

(سوکولوف، مک ایلروی و چیتلن، ۱۹۹۰). در ایجاد این بیماریها باید به عوامل خطر ساز بسیاری از قبیل کشیدن سیگار، چاقی، دیابت کنترل نشده، فشارخون بالا، نوع سبک زندگی، سن، جنس و تاریخچه خانوادگی توجه کرد (هاریسون، ۲۰۰۱). علاوه بر این موارد، پژوهشهای همه گیر شناسی نشان داده اند که علاوه بر علل پزشکی «تندگی» و عوامل روانشناختی نیز با بیماری کرونری قلب مرتبط می باشند (پاول و لندزی، ۱۳۷۹) و آنها احتمال میزان بیماری زایی و مرگ و میر را در این بیماری افزایش می دهند (بلومنتال و همکاران، ۲۰۰۵).

تندگی از دو طریق مستقیم (تأثیر بر فرایندهای فیزیولوژیکی و زیستی بدن) و غیر مستقیم (به وسیله اثرگذاری بر الگوهای رفتاری سلامتی از قبیل سیگار کشیدن) می تواند باعث ایجاد بیماری عروق کرونری قلب در افراد شود (برونر، ۲۰۰۲). «تندگی» معمولاً منجر به چندین پاسخ فیزیولوژیکی به تندگی می شود که این پاسخها در کوتاه مدت برای حفظ تعادل حیاتی فرد ضروری است ولی در صورت ادامه یافتن تندگی و مزمن شدن آن می تواند باعث تغییرات زیستی در بدن شود و به ایجاد بیماریها از جمله بیماری عروق کرونری قلب بیانجامد (گاب و همکاران، ۲۰۰۳). مواجهه مکرر با تندگی و داشتن تندگی مزمن، باعث افزایش میزان هورمون های غدد فوق کلیوی، عمدتاً اپی نفرین (کولی، ۱۳۸۰) و کورتیزول (روزانسکی، بلومنتال و کاپلان، ۱۹۹۹) می شود که در کنار افزایش جریان خون در زمان تندگی می تواند سبب آسیب سطح پوشاننده سرخرگ شود (کولی، ۱۳۸۰). وقتی این آسیب التیام می یابد دیواره سرخرگ ها سخت و کلفت می شوند. بنابراین مستعد ایجاد پلاک های تصلب سرخرگی می شوند، که با گذشت زمان تصلب سرخرگی گسترش می یابد و تجمع پلاک ها سبب تنگ شدن سرخرگ کرونری و اختلال در جریان خون می شود (سانر، ۲۰۰۵). علاوه بر این، تندگی از طریق تأثیر بر رفتارهای سلامتی از قبیل افزایش احتمال غذا خوردن و ایجاد چاقی، افزایش احتمال سیگار کشیدن و ورزش نکردن کافی، می تواند احتمال ابتلا به بیماری های عروق کرونری قلب را افزایش دهد (برونر، ۲۰۰۲).

اما آنچه در فرایند این بیماریها بیش از خود تندگی و شدت آن اهمیت دارد، نوع واکنش و مقابله فرد در برابر عوامل تندگی زا است. معمولاً این افراد با مسائل زندگی بیشتر به صورت هیجانی برخورد می کنند و در واکنش به تندگی ها بیشتر دچار تنش و آشفتگی می شوند و تنش بیشتر به تشدید واکنشهای قلبی - عروقی و ایجاد بیماریهای کرونری قلب کمک می کند (حسینی قدمگاهی و همکاران، ۱۳۷۷). به عنوان مثال: نتایج پژوهش برناردو و همکاران (۱۹۸۷) نشان داده است که سبک واکنش مردان مبتلا به بیماری عروقی قلب به محرکهای محیطی همراه با

تندگی و تحریک پذیری است که خودبه خود موجب افزایش واکنشهای قلبی عروقی در آنها می‌گردد.

علاوه بر تندگی، آشفتگیهای روانشناختی دیگری نیز از جمله «افسردگی»، «اضطراب» و «خشم» نیز با افزایش میزان مرگ و میر در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب ارتباط دارند که این عوامل مستقل از عوامل خطر ساز زیست شناختی باعث افزایش شدت نشانه‌ها و احتمال حمله قلبی مجدد قلبی در این بیماران می‌شوند (میچالس و همکاران، ۲۰۰۵).

از سوی دیگر این آشفتگیهای روانشناختی، پاسخهای روانشناختی افراد به «تندگی‌ها»^۴ نیز می‌باشند (برنشتین و همکاران ۱۹۹۷، پاول ۱۹۹۷، آتش پور و آقایی، ۱۳۸۰؛ هارگریوز^۵، ۱۳۸۳). بنابراین، در کل می‌توان بیان داشت که تندگی هم به صورت مستقیم از طریق تأثیر بر فرایندهای زیستی بدن و هم به صورت غیر مستقیم از طریق تأثیر بر رفتارهای سلامتی و حالات روانشناختی افراد و افزایش احتمال بروز آشفتگیهای روانشناختی در افراد می‌تواند باعث افزایش شدت نشانه‌ها و خطر حمله قلبی مجدد در بیماران عروق کرونری قلب گردد و همچنین بر میزان بهبودی آنها مؤثر باشد.

بررسی‌های انجام شده در سالهای اخیر نیز نشان می‌دهد که مداخلات روانشناختی باعث بهبود آشفتگیهای روانشناختی بیماران عروق کرونری قلب می‌شود و همین امر خطر حمله قلبی مجدد و میزان مرگ و میر در این بیماران را کاهش می‌دهد و باعث افزایش طول عمر در آنها می‌گردد (شیت و همکاران، ۱۹۹۶).

در تحقیق ترزکینکا-گرین و استپتو (۱۹۹۴) که بر روی ۷۸ بیمار عروق کرونری قلب انجام شد، نتایج بررسی‌ها نشان داد که آموزش برنامه آرام سازی بر پایه مدیریت تندگی، باعث کاهش معناداری در اضطراب و افسردگی و بهبودی‌هایی در سلامت عمومی، فعالیت‌های روزمره، فعالیت اجتماعی و کیفیت تعاملات و رضایتمندی از روابط جنسی پس از درمان در بیماران شد، که این نتایج عمدتاً در پیگیری نیز حفظ گردید. علاوه بر این، این دو محقق در سال ۱۹۹۶ مجدداً این روش را بر روی ۵۰ بیمار مبتلا به «انفارکتوس میوکارد حاد» و ۵۰ بیمار «بای پس کرونری» انجام دادند که به همان نتایج قبلی دست پیدا کردند. در سال ۱۹۹۸ نیز بلك و همکاران تأثیر درمانهای رفتاری - شناختی را که شامل آموزش آرام سازی، مدیریت تندگی، مداخلات رفتاری - شناختی برای آشفتگیهایی از قبیل اضطراب، افسردگی و خصومت می‌شدند را علاوه بر مراقبت‌های معمول پزشکی در ۶۰ بیمار که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفته بودند، مورد بررسی قرار دادند. نتایج ارزیابی‌ها نشان داد که نمرات «افسردگی» در

افراد گروه مداخله به همراه مراقبت‌های معمول به صورت معناداری نسبت به گروه مراقبت‌های معمول کاهش یافته بود و همچنین این مداخلات میزان بستری مجدد بیماران را به دلیل نشانه‌های قلبی در طول ۱۲ ماه کاهش داد.

تحقیق مندز و همکاران (۲۰۰۶) بر روی ۲۴۸۱ بیمار در ۸ مرکز بالینی نشان داد که مداخله روانی - اجتماعی بر پایه درمان «رفتاری - شناختی» با مراقبت معمول پزشکی در بیماران «انفارکتوس میوکارد مبتلا به افسردگی» و یا «حمایت اجتماعی ادراک شده پایین»^۶ یا هر دو باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود.

در تحقیقاتی نیز بلمستال و همکاران (۲۰۰۵) و میچالس و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که آموزش مدیریت تنیدگی، باعث کاهش میزان افسردگی و اضطراب و بهبود سلامت عمومی در بیماران عروق کرونری قلب می‌گردد.

نتایج فراتحلیلی نیز که ریس و همکاران (۲۰۰۴) بر روی تأثیر مداخلات روانشناختی و مدیریت تنیدگی بر روی ۳۶ بررسی انجام شده بر ۱۲۸۴۱ بیمار انجام دادند، نشان داد که مداخلات روانشناختی با برنامه مدیریت تنیدگی باعث کاهش میزان افسردگی و اضطراب در فرد می‌شود. بنابراین، می‌توان بیان داشت که با مداخلات روانشناختی و آموزش روش‌های مقابله مؤثر با تنیدگی به بیماران عروق کرونری قلب از طریق کاهش رفتارهای مستعدکننده این بیماری می‌توان باعث بهبود حالات روانشناختی و پیشگیری از این بیماریها و توانبخشی افراد مبتلا به این بیماریها گردید.

یکی از روش‌های مقابله مؤثر با تنیدگی «آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنیدگی»^۷ است که یک مداخله شناختی - رفتاری است که شامل ترکیبی از روش‌های زیر می‌باشد: «بازسازی شناختی»، «حل مسئله آموزش آرمیدگی»، «تمرین تصویرسازی ذهنی و رفتاری»، «خودبازنگری»، «آموزش خودفرمانی»، «آموزش تعلیمی»، «بحث سقراطی»، «خود تقویتی» و اقداماتی در جهت تغییر محیط.

«آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنیدگی» با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به افراد و تجهیز آنها به این مهارت‌ها نه تنها به حل مشکلات فعلی فرد می‌پردازد بلکه او را برای مواجهه با موقعیت‌های پرتنیدگی آینده نیز آماده می‌کند. در این روش از طریق قراردادن افراد در معرض محرکاتی که قدرت کافی برانگیختن افراد را دارند ولی به اندازه‌ای شدید نیستند که آنها را از پای درآورند و آموزش روش مقابله مؤثر با آنها مقاومت افراد را در مقابله با تنیدگی‌ها افزایش می‌دهند (مایکنام، ۱۹۸۶).

بنابراین، این پژوهش با هدف «آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنیدگی به شیوه گروهی» به بیماران

مبتلا به بیماریهای عروق کرونری قلب میزان اثر بخشی این روش را بر میزان «سلامت عمومی»^۸ نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی شدید آنها مورد بررسی قرار می‌دهد.

● روش

○ پژوهش حاضر از نوع «آزمایشی» است و طرح تحقیقی به روش دوگروهی از نوع گروه آزمایش و گروه کنترل، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد.

شرکت‌کنندگان در این پژوهش از بین بیماران مرکز قلب و عروق «مرکز تحقیقاتی درمانی حضرت صدیقه طاهره (س)» شهر اصفهان که به دلیل بیماری عروق کرونری قلب در این مرکز دارای پرونده پزشکی بودند، انتخاب گردیدند.

○ «نمونه آماری» این پژوهش ۲۸ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب بودند که به صورت تصادفی منظم از جامعه آماری گزینش گردیدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند به صورتی که هر گروه شامل ۱۴ نفر شرکت‌کننده (۷ مرد و ۷ زن) بود. با توجه به اینکه توان آماری در فرضیه‌های تأیید شده این پژوهش بالاتر از ۰/۸ می‌باشد، لذا حجم نمونه کافی بوده است. در این پژوهش جهت هم‌تابودن گروههای آزمایش و کنترل متغیرهای اثر پیش‌آزمون، سن شرکت‌کنندگان میزان تحصیلات و جنس کنترل گردید و افراد هر دو گروه از مراقبتهای معمول پزشکی نیز هم‌زمان با اجرای مداخله استفاده می‌کردند.

○ روش مداخله: در طول پژوهش روش آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنیدگی به شیوه گروهی بر روی گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه اجرا گردید؛ درحالی‌که این روش بر روی گروه کنترل اجرا نشد. «آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنیدگی» یکی از روشهای مدیریت مؤثر تنیدگی‌های زندگی است که در سال ۱۹۷۷ توسط دونالد مایکنام طراحی شده است. هدف از آموزش ایمن‌سازی در مقابل تنیدگی، کمک به افراد جهت مواجهه با تنیدگی و پیدا کردن روشی برای مدیریت آن است (مایکنام، ۱۹۸۵، به نقل از توکر، ۲۰۰۰). در این روش که یک درمان شناختی رفتاری است، روش‌های گوناگونی از جمله: «بازسازی شناختی»، «آرام‌سازی»، «خودفرمانی»، «حل مسئله»، «روشهای توجه برگردانی» و اقداماتی جهت تغییر محیط، به فرد آموزش داده می‌شود (مایکنام، ۱۹۸۶). این روش به عنوان یک شیوه درمانی، به افراد در جهت رشد مهارتهای مقابله با وقایع تنیدگی‌زا کمک می‌کند. در این روش، فرد آموزش می‌بیند تا علاوه بر کسب توانایی مقابله با تنیدگی‌های زمان حال، خود را برای مقابله با تنیدگی‌های آینده نیز آماده سازد

(مایکنبام، ۱۹۹۶). «آموزش ایمن سازی در مقابل تنیدگی» در برخی از موارد با مفاهیم «ایمن سازی پزشکی» در مقابل بیماری های زیستی و مصون سازی از طریق تغییر نگرش قابل قیاس است. ایمن سازی در مقابل تنیدگی همانند ایمن سازی پزشکی باعث شکل گیری «پادتن های روانشناختی» یا مهارت های مقابله ای در افراد می شود و از این طریق مقاومت افراد را جهت برخورد با موقعیت های تنیدگی زا بالا می برد (مایکنبام، ۱۹۸۶). در آموزش ایمن سازی در مقابل تنیدگی جهت افزایش توانایی های مقابله ای افراد و برای توانمند کردن آنها جهت استفاده از مهارت های مقابله قبلی موجود در آنها یک مداخله سه مرحله ای که با یکدیگر همپوشی دارند، به کار برده می شود که این مراحل عبارتند از: «مرحله مفهوم سازی مشکل»، «اکتساب و تمرین مهارت ها» و کاربرد و پیگیری مستمر (مایکنبام، ۱۹۹۶).

○ در مرحله «مفهوم سازی مشکل» که مرحله اول در این روش است، تمرکز اصلی بر ایجاد یک ارتباط مبتنی بر همکاری بین مراجعان و درمانگر است. در این مرحله به افراد برای فهم بهتر ماهیت تنیدگی و تأثیر آن بر روی هیجانها و عملکردشان کمک می شود که به مفهوم سازی مجدد تنیدگی می انجامد. در مرحله اکتساب و تمرین مهارتها، ابتدا مهارت های مقابله ای به افراد آموزش داده می شود (مایکنبام، ۱۹۸۶). سپس این مهارتها در کلینیک یا محل آموزش تمرین می شوند و در آخر آنها برای مقابله با تنیدگی زاهای خاص در زندگی روزمره به کار برده می شوند تا این مهارت ها با واقعیت سازگار شوند. در مرحله کاربرد و پیگیری مستمر، فرصت هایی برای مراجع فراهم می شود تا بتواند مهارت های مقابله ای متنوع یاد گرفته شده خود را در موقعیت های زندگی و شرایط پرتنیدگی به کار ببرد (مایکنبام، ۱۹۹۶؛ توکر، ۲۰۰۰).

○ «ابزار» مورد استفاده در این پژوهش جهت جمع آوری و بررسی داده ها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون «پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸» می باشد که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) تدوین شده است. سؤالهای این پرسشنامه، براساس روش تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ ماده ای اولیه این پرسشنامه، استخراج گردیده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس فرعی ۱. نشانه های بدنی ۲. اضطراب و بی خوابی ۳. نارساکنش وری اجتماعی ۴. افسردگی شدید می باشد. این پرسشنامه به دلیل اینکه نسبتاً کوتاه می باشد و استفاده از آن آسان است به صورت گسترده در زبانها و فرهنگهای مختلف و همچنین در تحقیقات بین فرهنگی بررسی شده است (مولوی، ۲۰۰۴). اعتبار این پرسشنامه در تمام ترجمه های فرهنگهای مختلف، تأیید شده است. به عنوان مثال، مولوی (۲۰۰۴) با اجرای نسخه فارسی این پرسشنامه بر روی ۱۱۶ دانشجوی ایرانی، آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش کرد. همچنین پالا هنگ (۱۳۷۷) در بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در شهر کاشان و یعقوبی (۱۳۷۵) در بررسی همه گیر شناسی

اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرای گیلان ضریب اعتبار نسخه فارسی این پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله زمانی به ترتیب به میزان ۰/۸۸ و ۰/۹۱ برآورد نمودند. علاوه بر این پالاهنگ (۱۳۷۷) و یعقوبی (۱۳۷۵) در تحقیقات خود میزان روایی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده و میزان آن را ۰/۸۲ گزارش نمودند. در اثر اجرای این پژوهش برای هر فرد پنج نمره بدست می‌آید که چهار نمره به مقیاسهای فرعی و یک نمره به کل مواد پرسشنامه مربوط می‌شود. در نتیجه نمره کل یک فرد از صفر تا هشتاد و چهار و نمره هر زیر مقیاس از صفر تا بیست و یک متغیر خواهد بود. نمرات بین ۱۴ تا ۲۱ در هر زیر مقیاس، وخامت وضع آزمودنی در آن عامل را نشان می‌دهد (یعقوبی، ۱۳۷۴). در این پرسشنامه نمره بالاتر شرکت‌کنندگان نشانه سلامت عمومی پایین در آنها و نمره پایین‌تر نشانه بالاتر بودن میزان سلامت عمومی در شرکت‌کنندگان می‌باشد.

● نتایج

○ نتایج توصیفی پژوهش حاضر به تفکیک گروه میانگین، انحراف معیار، سن، تحصیلات، پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سن، تحصیلات، پیش آزمون و پس آزمون در افراد دو گروه

انحراف معیار	میانگین	گروه	شاخص‌ها	
			متغیر	سن
۱۰/۰۱	۴۹/۵۰	آزمایش	سن	
۷/۴۱	۵۴/۰۸	کنترل		
۱/۵۸	۱۲/۸۳	آزمایش	تحصیلات	
۱/۸۰	۱۳/۱۷	کنترل		
۱۰/۹۱	۲۵/۸۳	آزمایش	سلامت عمومی	
۹/۹۷	۲۲/۶۷	کنترل		
۳/۳۴	۶/۴۲	آزمایش	نشانه‌های بدنی	
۲/۹۹	۴/۷۵	کنترل		
۳/۸۸	۶/۸۳	آزمایش	اضطراب و بی‌خوابی	پیش آزمون
۳/۹۰	۷/۱۷	کنترل		
۳/۷۹	۷/۷۵	آزمایش	نارسا کنش‌وری اجتماعی	
۲/۱۸	۶/۷۵	کنترل		
۲/۹۶	۴/۲۵	آزمایش	افسردگی شدید	
۳/۱۱	۴/۳۳	کنترل		
۸/۱۲	۱۷/۲۵	آزمایش	سلامت عمومی	
۹/۸۶	۲۲/۹۱	کنترل		
۲/۸۹	۵/۰۰	آزمایش	نشانه‌های بدنی	پس آزمون
۳/۳۰	۴/۸۳	کنترل		
۲/۶۹	۵/۱۷	آزمایش	اضطراب و بی‌خوابی	
۴/۵۹	۸/۰۰	کنترل		
۲/۱۵	۶/۴۲	آزمایش	نارسا کنش‌وری اجتماعی	
۲/۷۱	۵/۶۷	کنترل		
۱/۲۹	۱/۲۵	آزمایش	افسردگی شدید	
۳/۵۷	۳/۶۷	کنترل		

در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. لذا قبل از تحلیل نتایج، پیش فرض تساوی واریانسهای دو گروه بررسی گردید. اساس این پیش فرض بر آن است که واریانسهای نمرات دو گروه جامعه با هم مساوی هستند و تفاوت معناداری بین آنها وجود ندارد. برای آزمودن این فرضیه از آزمون لوین استفاده می شود (مولوی، ۱۳۷۹). نتایج اجرای آزمون لوین در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانسهای دو گروه در جامعه

متغیرها	شاخصها	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	معناداری
سلامت عمومی	۱/۱۶	۳	۲۰	۰/۳۵	
نشانه های بدنی	۱/۵۶	۳	۲۰	۰/۲۳	
اضطراب و بی خوابی	۱/۹۴	۳	۲۰	۰/۱۶	
نارسا کنش وری اجتماعی	۲/۲۹	۳	۲۰	۰/۱۱	
افسردگی شدید	۰/۴۹	۳	۲۰	۰/۶۹	

با توجه به جدول ۲ مشاهده می شود، فرض صفر در مورد تساوی واریانسهای دو گروه در کلیه متغیرهای «سلامت عمومی»، «نشانه های بدنی»، «اضطراب و بی خوابی»، «نارسا کنش وری اجتماعی» و «افسردگی شدید» تأیید می شود، یعنی پیش فرض تساوی واریانسهای نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل تأیید می شود و واریانسهای دو گروه در جامعه با یکدیگر مساوی است و با هم تفاوت معناداری ندارد. بنابراین، با توجه به رعایت پیش فرض لوین، امکان اجرای تحلیل کوواریانس بر روی نتایج جهت بررسی یافته های پژوهش بلامانع است.

بنابراین از روش تحلیل کوواریانس برای تحلیل نتایج استفاده شد و با حذف تأثیر تمامی متغیرهای کنترل از روی نمرات پس آزمون، میانگین های باقیمانده نمرات دو گروه کنترل و آزمایش در سلامت عمومی، نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، نارسا کنش وری اجتماعی و افسردگی شدید با یکدیگر مقایسه گردید.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می گردد، بین میانگین های باقیمانده دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پس آزمون «سلامت عمومی»، «نشانه های بدنی»، «اضطراب و بی خوابی»، «نارسا کنش وری اجتماعی» و «افسردگی شدید» تفاوت معناداری وجود دارد و میزان تأثیر آموزش ایمن سازی در مقابل تنیدگی بر میزان سلامت عمومی، نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، نارسا کنش وری اجتماعی و افسردگی شدید به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۳۸، ۰/۳۶، ۰/۳۳، ۰/۳۵ می باشد.

بنابراین می توان نتیجه گرفت که «آموزش ایمن سازی در مقابل تنیدگی» بر میزان سلامت عمومی، نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی شدید شرکت کنندگان در گروه آزمایش تأثیر داشته است و باعث افزایش سلامت عمومی و کاهش میزان نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی شدید گروه آزمایش در برابر گروه کنترل گردیده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس در مورد تفاوت میانگین نمرات پس از آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

میزان تأثیر	معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	شاخص ها	
					متغیرها	مواد
۰/۰۰۷	۰/۷۴	۰/۱۲	۱/۲۹	۱	سن	سلامت عمومی
۰/۰۲۴	۰/۵۲۷	۰/۴۲	۴/۵۶	۱	تحصیلات	
۰/۸۹	۰/۰۰۰	۱۳۸/۱۱	۱۵۰۵/۲۸	۱	پیش آزمون	
۰/۰۲	۰/۶۱۰	۰/۲۷	۲/۹۵	۱	جنس	
۰/۶۷	۰/۰۰۰	۳۴/۴۲	۳۷۵/۰۹	۱	عضویت گروهی	
۰/۰۹۳	۰/۲۰۴	۱/۷۵	۲/۰۶	۱	سن	نشانه های بدنی
۰/۰۰۰	۰/۹۸۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۶	۱	تحصیلات	
۰/۸۹۳	۰/۰۰۰	۱۴۱/۴۵	۱۶۷/۳۴	۱	پیش آزمون	
۰/۰۸۷	۰/۲۱۹	۱/۶۳	۱/۹۳	۱	جنس	
۰/۳۸۲	۰/۰۰۵	۱۰/۵۲	۱۲/۴۵	۱	عضویت گروهی	
۰/۰۸	۰/۲۳	۱/۵۷	۷/۱۳	۱	سن	اضطراب و بی خوابی
۰/۰۴	۰/۳۸	۰/۸۰	۳/۶۴	۱	تحصیلات	
۰/۷۴	۰/۰۰۰	۴۷/۳۴	۲۱۴/۸۱	۱	پیش آزمون	
۰/۰۲	۰/۵۸	۰/۳۲	۱/۴۵	۱	جنس	
۰/۳۶	۰/۰۰۷	۹/۳۴	۴۲/۳۹	۱	عضویت گروهی	
۰/۰۰۵	۰/۷۷	۰/۰۹	۰/۱۱	۱	سن	نارسا کنش وری اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۹۶	۰/۰۰۳	۰/۰۰۴	۱	تحصیلات	
۰/۸۳	۰/۰۰۰	۸۲/۴۵	۱۰۰/۴۸	۱	پیش آزمون	
۰/۰۳	۰/۵۱	۰/۴۶	۰/۵۶	۱	جنس	
۰/۳۳	۰/۰۱۰	۸/۳۵	۱۰/۱۸	۱	عضویت گروهی	
۰/۰۶	۰/۳۱	۱/۱۲	۴/۴۶	۱	سن	افسردگی شدید
۰/۰۰۱	۰/۹۲	۰/۰۱	۰/۰۵	۱	تحصیلات	
۰/۵۴	۰/۰۰۰	۱۹/۶۶	۷۸/۶۶	۱	پیش آزمون	
۰/۰۸	۰/۲۶	۱/۳۸	۵/۵۴	۱	جنس	
۰/۳۵	۰/۰۰۸	۹/۲۰	۳۶/۸۱	۱	عضویت گروهی	

علاوه بر این، بررسی جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات سلامت عمومی و چهار بعد آن (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی شدید) در بین زنان و مردان تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

● بحث و نتیجه گیری

○ هدف از انجام پژوهش حاضر، «بررسی تأثیر آموزش گروهی ایمن سازی در مقابل تنیدگی بر میزان سلامت عمومی و چهار بعد آن (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی شدید) در بیماران عروق کرونری قلب» بود. نتایج حاکی از آن است که آموزش ایمن سازی در مقابل تنیدگی باعث بهبود سلامت عمومی و کاهش نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی شدید در بیماران عروق کرونری قلب می‌گردد. نتایج این پژوهش، با یافته‌های تررزکینیکا و استیتو (۱۹۹۴ و ۱۹۹۶) همخوانی دارد. آنها در تحقیقات خود نشان دادند که کاربرد روش مدیریت تنیدگی و روشهای مقابله با آن باعث بهبود سلامت عمومی و کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران عروق کرونری قلب می‌شود. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقی که بلومنتال و همکاران (۲۰۰۵) همسو می‌باشد و در هر دو پژوهش مداخله درمانی باعث بهبود سلامت عمومی و کاهش افسردگی در بیماران عروق کرونری قلب شده است. علاوه بر این، این نتایج با فرا تحلیل ریس و همکاران (۲۰۰۴) و دیکسپورن و رایت (۲۰۰۵) که نشان دادند هر مداخله روانشناختی و مدیریت تنیدگی باعث کاهش میزان اضطراب و افسردگی در فرد می‌شود، همخوانی دارد. همچنین یافته‌های این پژوهش با نتایج بدست آمده از تحقیق بلک و همکاران (۱۹۹۸) همسو است. آنها در تحقیقات خود تأثیر درمانهای رفتاری-شناختی بر آشفتگیهای روانی بیماران قلبی-عروقی مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که این درمانها هنگامی که با مراقبتهای معمول پزشکی همراه می‌شوند تأثیر بیشتری نسبت به مراقبتهای معمول صرف بر کاهش شدت افسردگی خواهند داشت. از آنجا که کاهش علائم نارساکنش‌وری اجتماعی منجر به افزایش رضایت از زندگی در بیماران عروق کرونری می‌گردد می‌توان نتایج این پژوهش را با نتایج بدست آمده از تحقیق مندز و همکاران (۲۰۰۶) که نشان دادند درمانهای رفتاری شناختی باعث بهبود کیفیت زندگی و افزایش رضایت زندگی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد می‌گردد، همخوان دانست.

○ بنابراین با توجه به یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که آموزش ایمن سازی در مقابل تنیدگی به بیماران عروق کرونری قلب، آنها را با نحوه تأثیر تنیدگی بر خودشان آشنا می‌سازد و به

آنها آموزش می دهد که به موقعیتهای تنیدگی زا به صورت مسائلی قابل حل نگاه کنند و نیز روشهای مختلف رویارویی و مدیریت مؤثر آنها به بیماران عروق کرونری قلب نشان داده می شود. این امر باعث می گردد که آنها احساس مهار بیشتری بر محیط اطراف خود داشته باشند، در برخورد با چنین موقعیتهایی آنها را کمتر تهدید کننده ارزیابی کنند، هنگام مواجهه با موقعیتهای مذکور با داشتن مهارتهای مقابله ای کارآمدتر بتوانند به صورت مؤثرتری آنها را حل کنند و از عوارض روانشناختی منفی که در اثر مقابله نا کارآمد با موقعیتهای تنیدگی زا در فرد ایجاد می شود، در امان باشند. همین امر باعث ایجاد آرامش در بیماران عروق کرونری قلب می شود که می تواند سلامت عمومی آنها را افزایش دهد و باعث کاهش آشفتگی های روانشناختی در آنها گردد.

○ علاوه بر این، در این مداخله، با آموزش تأثیر تنیدگی در ایجاد نشانه های بدنی، رفتاری و شناختی، کمک به افراد در شناسایی آنها و بیان تأثیر تنیدگی بر بیماریهای قلبی - عروقی بیماران در می یابند بسیاری از نشانه های بدنی که آنها هنگام مواجهه با موقعیتهای تنیدگی زا تجربه می کنند، ناشی از تنیدگی هستند که علائمی طبیعی می باشند و نشانه ای از ایجاد یک حمله قلبی یا سکتة قلبی نیستند و در صورت مهار این نشانه ها، می توانند از تشدید و تأثیر آنها در ایجاد یک حمله قلبی مجدد جلوگیری کنند و علاوه بر این، کاربرد روشهای ایمن سازی در مقابل تنیدگی در زندگی روزمره و دریافت بازخورد مثبت از کاربرد آنها، باعث افزایش احساس کارآمدی در بیماران عروق کرونری قلب و افزایش سلامت عمومی در آنها می گردد. از سوی دیگر، از آنجا که یکی از علل ایجاد اضطراب و افسردگی در افراد، ناشی از افکار خود آیند منفی در آنها می باشد (هاوتون، ۱۳۸۰)، شناسایی و چالش با این افکار خود آیند منفی فرصتی را برای افراد فراهم می آورد که این افکار را مورد ارزیابی مجدد قرار داده و بتوانند آنها را تغییر دهند، همین امر باعث کاهش اضطراب و افسردگی در آنها می گردد که در نهایت باعث کاهش نشانه های بدنی و افزایش سلامت عمومی در آنها می گردد.

○ ○ ○

یادداشت ها

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| 1- Coronary heart diseases | 2- Stress |
| 3- Cooly | 4- Stressor |
| 5- Hargreaves | 6- Low perceived social support |

- 7- Stress inoculation training(SIT) 8- General health
9- General Health Questionnaire-28

منابع

- آقایی، اصغر؛ آتش پور، سیدحمید. (۱۳۸۰). تنیدگی و بهداشت روانی. اصفهان: انتشارات پردژ.
- پالاهنگ، حسن. (۱۳۷۴). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی ایران.
- دیما توتو، ام. رابین. (۱۳۷۸). روانشناسی سلامت. ترجمه مهدی، موسوی اصل؛ محمدرضا، سالاری فر؛ مسعود، آذربایجانی؛ اکبر، عباسی. جلد دوم. تهران: سمت.
- حسینی قدمگاهی، جواد؛ دژکام، محمود؛ بیان زاده، سیدعلی اکبر؛ فیض، ابوالحسن. (۱۳۷۷). کیفیت روابط اجتماعی، میزان تنیدگی و راهبردهای مقابله با آن در بیماران عروقی قلب. فصلنامه قدیشه و رفتار، ۴(۱)، ۱۴-۲۴.
- کولی، دنتون. ای. (۱۳۸۰). قلب سالم برای همه. ترجمه محمد حسین، ماندگار؛ شاهین، خزعلی؛ هومن، حسینی نیک. تهران: انتشارات فیروزه.
- مولوی، حسین. (۱۳۷۹). راهنمای عملی SPSS-10 در علوم رفتاری. اصفهان: انتشارات مهر قائم.
- هارگریوز، جرارد. (۱۳۸۳). مدیریت تنیدگی. ترجمه مرتضی، مقدمی پور. تهران: مؤسسه کتاب مهربان.
- هاشمیان، محمود (۱۳۸۲). آشنایی با علل بروز بیماریهای قلب و عروق. روزنامه ایران. شماره ۲۶۰۱.
- لیندزی، اس. جی. تی؛ پاول، جی. تی. (۱۳۷۹). تشخیص و درمان اختلالهای روانی بزرگسالان در روانشناسی بالینی. ترجمه هامایاک، آوادیس یانس و محمدرضا، نیکخو. تهران: انتشارات سخن.
- یعقوبی، نورالله. (۱۳۷۵). بررسی همه گیر شناسی اختلالات در مناطق شهری و روستایی و صومعه سرای گیلان. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی ایران.

- Bernardo, M.; D eflores, T.; Valdes, M.; Mestre, L.; & Fernandes, G. (1987). *Personality and Individual difference*, 8, 733-736.
- Bernstein, D. A.; Clarke-Stewart, A.; Roy, E. J.; & Wickens, C. D. (1997). *Psychology*. (4th ed.). Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Black, J. L.; Allison, T. G.; Williams, D. E.; Rummans, T. A.; & Gau, G. T. (1998). Effect of intervention for psychological distress on rehospitalization rates in cardiac rehabilitation patients. *Psychosomatics*, 39, 134-143.
- Blumenthal, J. A.; Sherwood, A.; Babyak, M. A.; Watkins, L. L.; Waugh, R.; Georgiades, A.; Bacon, S. L.; Hayano, J.; Coleman, R. F.; & Hinderliter, A. (2005). Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patient with ischemic heart disease: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293 (13), 1626-1634.

- Brunner, E. (2002). Stress mechanisms in coronary heart disease. In S. A. Stansfeld.; & M. G. Marmot (Eds). *Stress and the heart*. London: BMJ Books.
- Braunwald, E. (1997). *Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Cecil, R. L. (2001). *Cecil essentials of medicine*. Philadelphia: Saunders Company.
- Dixhoorn, J.; & White. A. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: A systematic review and meta- analysis. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 12(3), 193-202.
- Gaab, J.; Blattler, N.; Menzi, T.; Pabst, B.; Stoyer, S.; & Ehlert, U. (2003). Randomized controlled evaluation of effects of cognitive-behavioral stress management on cortisol responses to acute stress in healthy subjects. *Psychoneuroendocrinology*, 28(6), 767-779.
- Goldberg, D. P.; Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Harrison, T. R. (2001). *Harrison's principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S.; & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Meichenbaum, D. (1986). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *The Clinical Psychologist*, 49, 4-7.
- Mendes de, L. CF.; Czajkowski, S. M.; Freedland, K. E.; Bang, H.; Powell, L. H.; Wu, C.; Burg, M. M.; Dilillo, V.; Ironson, G.; Krumholz, H. M.; Mitchell, P.; & Blumenthal, J. A. (2006). The effect of a psychosocial intervention and quality of life after acute myocardial infarction the enhancing recovery in coronary heart disease (ENRICH) clinical trial. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 26(1), 14-15.
- Michalsen, A.; Grossman, P.; Lehmann, N.; Knoblauch, N. T.; Paul, A.; Moebus, S.; Budde, T.; & Dobos, G. J. (2005). Psychological and quality of life outcomes from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease: Results of a randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(6), 344-352.
- Molavi, H. (2002). Reliability, factor structure and validity of General Health Questionnaire in Iranian Scholars. *Journal of Pakistan Psychological Research*. 17, 3-4.
- Powell, T. (1997). *Free yourself from harmful stress*. New York, NY: D. K. Publishing.
- Rees, K.; Bennett, P.; West, R.; Davey, S. G.; & Ebrahim, S. (2004). Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD002902.

- Rozanski, A.; Blumenthal, J. A.; & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99(16), 2192-217
- Saner, H. (2005). Stress as a cardiovascular risk factor. *Journal of Therapeutische Umschau. Revue Therapeutique*, 62(9), 597-602.
- Scheidt, S.; Linden, W.; Stossel, C.; & Maurice, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: A meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 156(7), 745-752.
- Sokolow, M.; McIlroy, M.B.; & Cheitlin, M. D. (1990). *Clinical Cardiology*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Trzcieniecka-Green, A.; & Steptoe, A. (1994). Stress management in cardiac patients: A preliminary study of predictors of improvement in quality of life. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(4), 267-280.
- Trzcieniecka-Green, A.; & Steptoe, A. (1996). The effects of stress management on the quality of life of patients following acute myocardial infarction or coronary bypass surgery. *European Heart Journal*, 17(11), 1663-1670.
- Tucher-Ladd, C. E. (2000). *Psychological: Self-help*. New York: Mental Health Net.