

تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و میزان استرس در نوجوانان مبتلا به بیماری کرونری قلبی

* ندا نجفی: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول). rahim_abedi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: امروزه بیماری‌های قلبی-عروقی به عنوان شایع‌ترین بیماری‌های جدی در کشورهای پیشرفته در نظر گرفته می‌شود. هدف از این مطالعه تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و میزان استرس در نوجوانان مبتلا به بیماری کرونری قلبی است.

روش کار: در این پژوهش آزمایشی تک آزمودنی با خط پایه منفرد، که در فاصله اسفند ۱۳۹۱ تا شهریور ۱۳۹۲ انجام شد، ۳ نوجوان مبتلا به بیماری کرونری قلبی مراجعه کننده به بیمارستان قلب و عروق شهید مدنی تبریز، به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه نگرش‌های ناکارآمد بک و ایزمن، آزمون استرس هری و پکیج آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری استفاده شد. متناسب با طرح اجرا شده، برای بررسی اثربخشی مداخلات به عمل آمده، از تحلیل‌های نموداری و ترسیمی استفاده شد. همچنین برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی و اندازه اثر به کار رفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که اندازه اثر در مولفه نگرش‌های ناکارآمد، در آزمودنی اول ۸/۰۹ و در آزمودنی دوم ۶/۷۳ و در آزمودنی سوم ۵/۳۲ برآورد شده است که اندازه اثر هر سه آزمودنی بالاتر از اندازه اثر ۲/۷۰ است که نشان می‌دهد اندازه اثر مولفه نگرش‌های ناکارآمد در هر سه آزمودنی بزرگ است. همچنین اندازه اثر مولفه استرس در آزمودنی اول ۵/۶۳ و در آزمودنی دوم ۶/۵۰ و در آزمودنی سوم ۵/۹۵ برآورد شده است که اندازه اثر مولفه استرس در هر سه آزمودنی بزرگ است.

نتیجه‌گیری: تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش مدیریت استرس در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و میزان استرس نوجوانان مبتلا به بیماری کرونری قلبی تاثیر چشمگیری داشته است. چرا که اندازه اثر آموزش‌های به عمل آمده در مولفه‌های نگرش‌های ناکارآمد و استرس در همه آزمودنی‌ها در حد بالا بود.

کلیدواژه‌ها: آموزش مدیریت استرس، شناختی-رفتاری، نگرش‌های ناکارآمد، استرس، بیماری کرونری قلبی.

مقدمه

امروزه بیماری‌های قلبی-عروقی به عنوان شایع‌ترین بیماری‌های جدی در کشورهای پیشرفته در نظر گرفته می‌شود (۱). میزان ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی در سال ۲۰۰۳ در آمریکا نزدیک به ۷۱/۳ میلیون نفر یعنی رقمی معادل ۳۴/۲ درصد بوده است (۲). مطالعات مختلف نشان می‌دهند که میزان بقای پس از ابتلاء به این دسته از بیماری‌ها بسیار پایین است (۳). در این بین گزارش سازمان جهانی بهداشت نیز بر این حقیقت دلالت دارد که میزان شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی در حال افزایش بوده، انتظار می‌رود که این میزان در سال ۲۰۲۰ نیز ۴۶/۴ درصد باشد (۴). بیماری‌های قلبی-عروقی در ایران نیز مانند بسیاری از کشورها عامل مرگ و میر و سال‌های از دست رفته‌ی عمر

می‌باشد (۵). در حال حاضر ۳۵ درصد کل مرگ و میر در ایران ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی می‌باشد (۶).

مفهوم نگرش‌های ناکارآمد اولین بار توسط بک، در توصیف افکار بیماران افسرده و به عنوان مفهوم اصلی مرکزی ایجاد و پایایی اختلال افسردگی مطرح شد (۷-۹). نگرش ناکارآمد در واقع جزئی از باورهای واسطه‌ای ناکارآمد است که در کنار افکار خودکار در نظام شناختی فرد بر رفتار او تاثیر می‌گذارد. این اعتقادات واسطه‌ای ناکارآمد، با نظرات منفی پیش بین همراه است (۱۰). نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می‌کند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می‌شوند، فرد

رویدادها نه تنها خود رویدادها بلکه پاسخ‌های مربوط به آنها را هم شکل می‌دهد. این رویکرد، می‌کوشد با به چالش کشیدن شناخت‌ها (۱۸) به شناسایی و اصلاح تفکر تحریف‌شده و نگرش‌های ناکارآمد بپردازد (۱۹) تا بتواند به تغییر آشکار فرض و باورهای ناکارآمد نائل شود (۲۰).

همچنین تکنیک‌های مدیریت استرس متعدد بوده و می‌توان به اصلاح رژیم غذایی، ورزش، خواب و استراحت کافی، آرام‌سازی، گوش دادن به موسیقی، یوگا، توجه به نکات مثبت موضوع، تنفس عمیق و تصویرسازی اشاره کرد. از اثرات مثبت مدیریت استرس می‌توان درمان غیردارویی آن جهت مواجهه با استرس را نام برد. درمان عصبانیت و خصومت، صحبت کردن در مورد مشکلی که وجود دارد و احساس راحتی کردن، بازخورد مثبت، شناخت درمانی برای مقابله با اضطراب و افسردگی بالینی از فواید آموزش مدیریت استرس می‌باشند (۲۱).

هدف از این مطالعه تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و میزان استرس در نوجوانان مبتلا به بیماری کرونری قلبی است. لذا چنانچه مشخص شود که با استفاده از کدام شیوه مداخله می‌توان بر میزان استرس و نگرش‌های ناکارآمد این بیماران تأثیر مثبت گذاشت، می‌توان امیدوار بود که در آینده با آموزش این شیوه‌های مدیریتی-درمانی به خود بیمار و خانواده او، تا حدودی زیادی مانع عوارض بیماری‌های مزمن مثل بیماری قلبی گردید. امید است با انجام چنین پژوهش‌هایی بتوان گامی مؤثر و عملی در این مسیر برداشت.

روش کار

این پژوهش از نوع طرح آزمایشی تک آزمودنی بود. طرح‌های تک آزمودنی، طرح‌های پژوهشی شبه آزمایشی هستند که در آنها تغییر در متغیر وابسته در یک آزمودنی سنجیده می‌شود. با توجه به اینکه یافتن گروهی از نوجوانان مبتلا به بیماری کرونری قلبی مشکل است، از طرح تک آزمودنی استفاده شد. در این طرح‌ها متغیر وابسته در طی

را آماده می‌سازند تا موقعیت‌های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند (۱۱). از نظر بک، نگرش‌های ناکارآمد، معیارهایی انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند. این فرض‌ها یا طرحواره‌ها در سازماندهی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار استفاده می‌شوند (۱۲). از آنجایی که این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییرند، ناکارآمد قلمداد می‌شوند (۱۱).

فشار روانی، واکنش‌های جسمانی گوناگونی را در قلب و دستگاه گردش خون را موجب می‌شود و هنگامی که این علائم در دوره زمانی طولانی دوام داشته باشند احتمال وقوع اختلال جسمانی افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد که متغیرهای گوناگون از جمله نگرش نسبت به مسائل، در واکنش‌های جسمانی دخالت دارند، زیرا احتمالاً در شروع بیماری اشخاص از لحاظ زیستی مستعد ابتلا به بدکاری جسمانی، نقش کمک‌کننده دارند (۱۳). استرس یکی از عواملی است که می‌تواند با افزایش احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی همراه باشد. نکته قابل توجه این است که اگر چه برخی از مطالعات از استرس به عنوان یکی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی یاد می‌کنند، ولی در بسیاری از منابع این عامل در ردیف عوامل اصلی مرتبط با بیماری‌های قلبی عروقی در نظر گرفته نمی‌شود (۱۴). موقعیت‌های استرسزا آثار بدی بر سلامت فرد داشته، می‌توانند بیماری‌های کشنده‌ای همانند بیماری‌های عروق کرونری و افزایش فشار خون ایجاد کنند (۱۵).

رویکرد رفتاری-شناختی به ویژه به علت نوع نگاه حاکم بر آن، روشی کارآمد است که برای مجموعه‌ی وسیعی از مشکلات کاربرد دارد. این رویکرد، از یک طرف با ایجاد تغییرات رفتاری مطلوب (۱۶) بر روی آنچه که افراد انجام می‌دهند متمرکز می‌شود و از طرف دیگر با تأکید بر فرآیندهای روانی، افراد را هدایت می‌کند تا احساسات و باورهای را که موجب مشکلات رفتاری می‌شود تغییر دهند. آنگونه که آلبرت ایس (۱۷) مطرح کرده است باورهای ما در مورد

به صورت یک جلسه در هفته و هر جلسه یک ونیم ساعت ارائه شد. برای آگاهی از نحوه پیشرفت کار در پایان جلسه دوم، چهارم، ششم، هشتم و دهم، آزمون های کیفیت زندگی و استرس هری به هر ۳ نفر ارائه گردید، همچنین در پیگیری یک ماهه نیز همان آزمون ها توسط هر ۳ نفر تکمیل شد. بعد از نمره گذاری آزمون ها و استخراج داده ها، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

متناسب با طرح اجرا شده، برای بررسی اثربخشی مداخلات به عمل آمده، از تحلیل های نموداری و ترسیمی استفاده شد. همچنین برای تحلیل نتایج، فرمول درصد بهبودی به کار رفت. فرمول درصد بهبودی یکی از روش های سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات هدف است. این فرمول را اولین بار بلانچارد و اسکوارز به کار بردند. در فرمول درصد بهبودی نمره فرد در پیش آزمون از آخرین نمره فرد در پس آزمون کم شده و حاصل بر نمره پیش آزمون تقسیم و در صد ضرب می شود. اگر درصد بهبودی حداقل ۵۰ باشد می توان نتایج را از نظر بالینی معنی دار قلمداد کرد (۲۲).

$$100 \times \frac{\text{نمره فرد در پس آزمون} - \text{نمره فرد در پیش آزمون}}{\text{نمره فرد در پیش آزمون}} = \text{درصد بهبودی}$$

همچنین از اندازه اثر استفاده شد. رایج ترین شاخص به کار رفته مقیاس D کوهن است که طبق فرمول زیر محاسبه می شود (۲۲).

$$\text{اندازه اثر} = \frac{\text{میانگین دوره درمان} - \text{میانگین خط پایه}}{\text{انحراف استاندارد کل (Spooled)}}$$

$$\text{Spooled} = \sqrt{\frac{S_1^2(n_1-1) + S_2^2(n_2-1)}{n_1 + n_2 - 2}}$$

مطالعات مختلف برای تفسیر این شاخص، مقدار ۰/۴۱ را به عنوان حداقل میزان اندازه اثر، ۱/۱۵ را به عنوان اندازه اثر متوسط و ۲/۷۰ را به عنوان اندازه اثر بزرگ پیشنهاد کرده اند. یکی دیگر از مزیت های اندازه اثر این است که می تواند به وسیله میانگین افزایش صدک تفسیر شود (۲۲).

مرحله خط پایه و یک یا چند مرحله درمان، یعنی زمانی که متغیر مستقل ارائه می شود، چندین بار اندازه گیری می شود. در این پژوهش از خط پایه ABA استفاده شد. در مرحله خط پایه میزان نگرش های ناکارآمد و استرس اندازه گیری شد (مرحله A)، سپس مرحله مداخله (مرحله B) اجرا و حین مداخله، اندازه گیری میزان نگرش های ناکارآمد و استرس صورت گرفت و نهایتاً ارزیابی به منظور پیگیری (مرحله A) به عمل آمد. متغیر مستقل در این پژوهش آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و متغیر وابسته، تغییرات درمانی حاصل از کاربرد این روش درمانی در جلسات درمان بود. اثربخشی مداخله براساس مقایسه روند پاسخ های هر آزمودنی در مراحل خط پایه با درمان و تداوم پاسخ ها در مرحله پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفت. به این دلیل که این پژوهش می تواند مورد استفاده درمانگران مشکلات دوران نوجوانی قرار گیرد، توسعه ای و کاربردی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه ی نوجوانان مبتلا به بیماری قلبی که در اسفند ۱۳۹۱ و فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۲ به بیمارستان قلب و عروق شهید مدنی شهر تبریز مراجعه کردند، می باشند. با توجه به جامعه در دسترس و مداخله ای بودن این پژوهش و از سوی دیگر به دلیل لحاظ کردن بعضی از شرایط و محدودیت های زمانی و نیز شرط احراز ملاک های ورود به طرح، ۳ نفر به عنوان نمونه آماری که از لحاظ سن، نوع بیماری، طول مدت بیماری و وضعیت اجتماعی اقتصادی همگن بودند و نیز داوطلب برای همکاری در این طرح بودند، انتخاب شدند. روش نمونه گیری این پژوهش، نمونه گیری غیراحتمالی در دسترس بود. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه نگرش های ناکارآمد بک و ایژمن، آزمون استرس هری و پکیج آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری استفاده شد.

در مرحله خط پایه (قبل از هرگونه مداخله)، آزمون ها شامل آزمون کیفیت زندگی و آزمون استرس هری، ۳ بار و به صورت هفتگی، بر روی هر ۳ نفر اجرا شد، سپس آموزش مدیریت استرس

ثبات درونی ۷۴٪ و برای بررسی ثبات زمان پرسشنامه برای یک نمونه ۵۰ نفری دانشجویی ضریب همبستگی در روش بازآزمایی (به فاصله ۴ هفته) ۷۹٪ به دست آمد. برای بررسی روایی پرسشنامه، اعتبار محتوا مورد بررسی قرار گرفت. برای این کار عبارات پرسشنامه به پنج استاد روانشناسی که در زمینه فشار روانی تجربه و تخصص داشتند، ارائه شد. آن‌ها از ۱۰۱ عبارتی که با دقت مطالعه کردند، به ۶۶ مورد که بهترین علائم استرس را مورد ارزیابی قرار می‌دادند، بیشترین امتیاز را دادند، بنابراین عبارات مذکور انتخاب شدند (۲۵).

پکیج آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری که هدف از آن مدیریت استرس می‌باشد، محقق ساخته است و با استفاده از کتاب‌های مهارت مقابله با استرس (۲۶)، مهارت‌های زندگی؛ کتاب مطالعه‌ی دانشجو (۲۷)، مهارت‌های زندگی؛ کتاب کار دانشجو (۲۸)، مهارت‌های زندگی؛ کتاب راهنمای مدرس (۲۹)، آداب و مهارت‌های زندگی (۳۰)، مهارت‌های زندگی؛ جلد اول (۳۱)، مهارت‌های زندگی؛ جلد دوم (۳۲) و مدیریت استرس (۳۳) گردآوری و تدوین شد. این پکیج توسط زینب خانجانی (دکتری تخصصی روانشناسی و استاد دانشگاه تبریز) و تورج هاشمی نصرت آباد (دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی و دانشیار دانشگاه تبریز) مورد تایید قرار گرفته است. این پکیج در طی ده جلسه، هر جلسه یک و نیم ساعت آموزش به صورت هفتگی و موردی بر روی نوجوانان مبتلا به بیماری کرونری قلبی اجرا گردید، که گام‌های آن در پیوست آمده‌اند.

یافته‌ها

در این پژوهش سه آزمودنی شرکت داشتند که آزمودنی اول ۱۸ ساله و به مدت ۲ سال و ۵ ماه مبتلا به بیماری کرونری قلبی بود. آزمودنی دوم ۱۷ ساله و به مدت ۱ سال و ۱۰ ماه مبتلا به بیماری کرونری قلبی بود. آزمودنی سوم ۱۹ ساله و به مدت ۳ سال و ۱ ماه مبتلا به بیماری کرونری قلبی بود. یافته‌ها در جداول ۱ و ۲ آمده‌اند. درصد بهبودی بعد از درمان در مولفه نگرش‌های

پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد، که بک و ایژمن (۲۳) آن را تهیه کرده‌اند، ۴۰ سوال را شامل می‌شود. این آزمون برای تعیین باورها و نگرش‌هایی ساخته شده است که فرد را برای افسردگی مستعد می‌کند. روش نمره‌گذاری DAS به این شکل است که هر پاسخ آن نمره‌ای از (۱) کاملاً مخالف تا (۷) کاملاً موافق می‌گیرد. بنابراین نمره آزمودنی از حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۸۰ خواهد بود. مطابق تحقیقات مختلف، میانگین نمره‌های به دست آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است و نمره‌های بالاتر نشانه آسیب‌پذیری است. بررسی‌های متعدد نشان داده است که DAS پایایی پیش‌آزمون، ثبات درونی و روایی همزمان بسیار عالی دارد. DAS با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ ثبات درونی کافی را نشان داده است. بک، ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۰ را برای خرده‌مقیاس‌های DAS گزارش کرده است. در جمعیت ایرانی، همبستگی این آزمون با آزمون افسردگی بک برابر با ۰/۳۱، با آزمون افسردگی هامیلتون برابر با ۰/۳۹ و با آزمون ناامیدی برابر با ۰/۳۶ برآورد شده است (۲۴).

آزمون استرس هری، توسط هری اس. چاندران برای سنجش فشار روانی در موقعیت‌های مختلف زندگی ابداع شد. این آزمون دارای ۶۶ عبارت است. که فرد به دقت خوانده و حالات خود را در پنج سطح از خیلی موافقم تا اصلاً موافق نیستم رتبه‌بندی می‌کند. پاسخ‌های این آزمون در یک طیف ۵ درجه‌ای از اصلاً قبول ندارم تا کاملاً قبول دارم قرار گرفته است؛ به این ترتیب که به اصلاً قبول ندارم نمره ۱، قبول ندارم نمره ۲، نمی‌دانم نمره ۳، قبول دارم نمره ۴، و به کاملاً قبول دارم نمره ۵ تعلق می‌گیرد. در صورتی که جمع نمرات بالاتر از ۱۵۰ باشد، فرد دچار تنش بوده و ضروری است که شرایط زندگی موجود خود را تغییر دهد و در صورتی که مجموع کل نمرات فرد بالاتر از ۲۵۰ باشد، حتماً باید تحت مراقبت تخصصی قرار بگیرد. برای تعیین پایایی پرسشنامه، همسانی درونی آن به وسیله روش دو نیمه کردن بر اساس پاسخ‌های نمونه ۵۰ دانشجوی دانشگاه محاسبه شد. نتایج حاصل از فرمول اسپیرمن براون برای محاسبه

جدول ۱- درصد بهبودی آزمودنی ها

درصد بهبودی	درصد بهبودی	درصد بهبودی	درصد بهبودی	درصد بهبودی	درصد بهبودی	
بعد درمان	بعد درمان	پیگیری آزمودنی	بعد درمان	پیگیری آزمودنی	اول	
آزمودنی اول	آزمودنی سوم	دوم	آزمودنی دوم	اول	آزمودنی اول	
نگرش های ناکارآمد	۵۷/۱٪	۵۴/۱٪	۵۵/۶٪	۵۴/۹٪	۵۵/۶٪	۵۵/۶٪
استرس	۵۷/۵٪	۶۰/۱۰٪	۵۷/۵٪	۶۳/۸٪	۵۸/۷٪	۵۸/۷٪

جدول ۲- اندازه اثر آزمودنی ها

اندازه اثر در آزمودنی اول	اندازه اثر در آزمودنی دوم	اندازه اثر در آزمودنی سوم	
۸/۰۹	۶/۷۳	۵/۳۲	نگرش های ناکارآمد
۵/۶۳	۶/۵۰	۵/۹۵	استرس

آزمودنی بزرگ است. با توجه به نمودار ۱، سطح نگرش های ناکارآمد در هر سه آزمودنی پایین آمده است. این امر با مشاهده شیب نمودارها قابل تبیین است. در هر سه آزمودنی شیب نمودارها از جلسات پایه تا جلسه پیگیری کاهش یافته اند. در نمودار ۲ نیز سطح استرس در هر سه آزمودنی پایین آمده است. این امر با مشاهده شیب نمودارها قابل تبیین است. در هر سه آزمودنی شیب نمودارها از جلسات پایه تا جلسه پیگیری کاهش یافته اند.

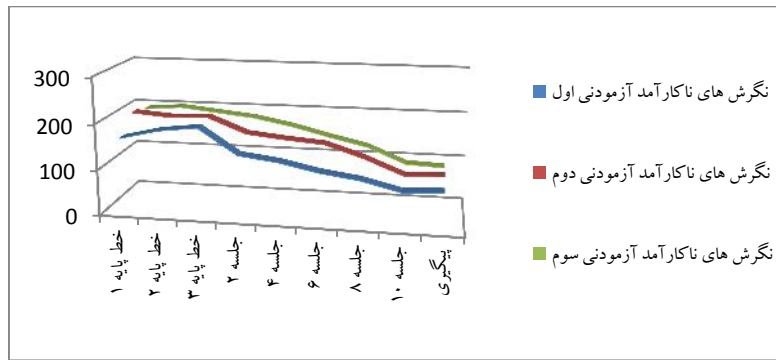
بحث و نتیجه گیری

تحلیل داده ها نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری، در کاهش میزان نگرش های ناکارآمد و استرس در نوجوانان مبتلا به بیماری کرونری قلبی تاثیر چشمگیری داشته است. اندازه اثر آموزش های به عمل آمده در مولفه های نگرش های ناکارآمد و استرس در همه آزمودنی ها در حد بالا بود.

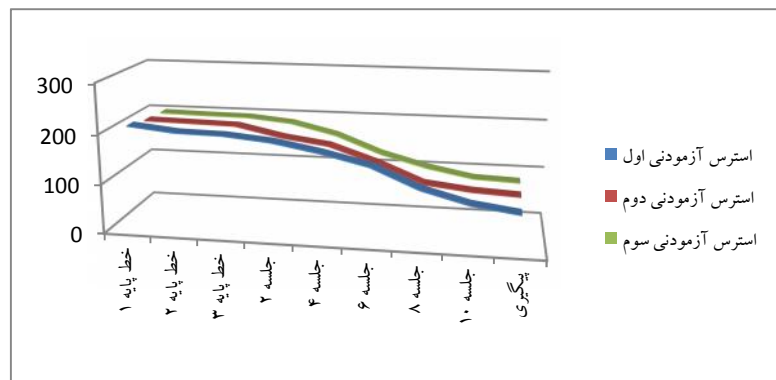
در این راستا یافته های پژوهش تیمرمن و همکاران، نشان داد که برنامه مدیریت استرس در افراد دارای فاکتورهای خطر سلامت روان موجب کاهش استرس تجربه شده می شود (۳۴). از سویی مطالعه ی پاتریک ساب و همکاران، نشان داد که برنامه گروه درمانی شناختی-رفتاری در بیماران با انفارکتوس قلبی، موجب بهبود نشانه های افسردگی، اضطراب و افزایش حمایت اجتماعی درک شده می گردد (۳۵). هم چنین

ناکارآمد در آزمودنی اول ۵۷/۱٪ و درصد بهبودی پیگیری ۵۴/۹٪ است و از نظر بالینی معنی دار هستند چراکه هر دو از میزان معنی داری درصد بهبودی، یعنی ۵۰٪، بالاتر هستند. درصد بهبودی بعد از درمان در آزمودنی دوم ۵۵/۶٪ و درصد بهبودی پیگیری ۵۴/۱٪ است که از نظر بالینی معنی دار هستند. درصد بهبودی بعد از درمان از در آزمودنی سوم ۵۳/۵٪ و درصد بهبودی پیگیری ۵۵/۶٪ است که از نظر بالینی معنی دار است. درصد بهبودی بعد از درمان در مولفه استرس در آزمودنی اول ۵۷/۵٪ و درصد بهبودی پیگیری ۶۳/۸٪ است که از نظر بالینی معنی دار هستند. درصد بهبودی بعد از درمان از در مولفه استرس در آزمودنی دوم ۵۷/۵٪ و درصد بهبودی پیگیری ۶۰/۱۰٪ است که از نظر بالینی معنی دار هستند. درصد بهبودی بعد از درمان در مولفه استرس در آزمودنی سوم ۵۶/۷٪ و درصد بهبودی پیگیری ۵۸/۷٪ است که از نظر بالینی معنی دار است.

اندازه اثر در مولفه نگرش های ناکارآمد، در آزمودنی اول ۸/۰۹، در آزمودنی دوم ۶/۷۳ و در آزمودنی سوم ۵/۳۲ برآورد شده است که اندازه اثر هر سه آزمودنی بالاتر از اندازه اثر ۲/۷۰ است که نشان می دهد اندازه اثر مولفه نگرش های ناکارآمد در هر سه آزمودنی بزرگ است.



نمودار ۱- سطح نگرش های ناکارآمد آزمودنی ها در جلسات پایه، مداخله، پیگیری



نمودار ۲- سطح استرس آزمودنی ها در جلسات پایه، مداخله، پیگیری

نگرش های بین فردی را در تشدید فشارخون، در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی را بررسی کردند. آنها به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به فشار خون اساسی که نگرش های ناکارآمد بالایی نیز داشتند، محیط اجتماعی خود را بحرانی تر و با حمایت کمتر ادراک می کردند و این در حالی است که بیماران مبتلا به فشار خون بدون نمره بالای نگرش های ناکارآمد، در پیگیری اندازه گیری های فشار خون نتایج بهتری را نشان دادند (۴۱). پژوهش های بسیاری، تاثیر بالایی برای رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش نگرش های ناکارآمد نشان داده اند (۴۲-۴۸)، که این مطالعات نیز همسو با پژوهش حاضر هستند.

می توان گفت استرس یکی از عواملی است که می تواند با افزایش احتمال ابتلا به بیماری های قلبی عروقی همراه باشد (۴۹). همچنین نگرش نسبت به مسائل، در واکنش های جسمانی دخالت دارند، زیرا احتمالاً در شروع بیماری اشخاص از لحاظ زیستی مستعد ابتلا به بدکاری جسمانی، نقش کمک کننده دارند. بیماری قلبی یک بیماری مزمن و طولانی مدت است و از طرفی خود یک

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش بلومنتال، بیرگاندر، کورتیس و دابنمیر همسو است. این مطالعات نشان دادند که تکنیک های مدیریت استرس بر میزان فشار خون و ضربان قلب بیماران قلبی موثر بوده و می تواند استرس تجربه شده را کاهش دهد (۳۶-۳۸). هم چنین اسنید، در مطالعه خویش درباره تاثیر مداخلات پرستاری بر وضعیت خلقی بیماران قلبی دارای ضربان ساز کاشتنی نشان داد که این مداخلات موجب کاهش قابل توجه در میزان اضطراب گروه مداخله می شود (۳۹). در این راستا مطالعه ی کیرک بای نیز نشان داد که آموزش مهارت های کنار آمدن براساس درمان شناختی- رفتاری در زنان مبتلا به سندروم پیش از قاعدگی باعث کاهش چشمگیر در علائم بیماری استرس و اضطراب نسبت به گروه کنترل می شود (۴۰). نتایج تمامی این مطالعات همسو با نتایج پژوهش حاضر هستند و نشان می دهند که مداخلات شناختی- رفتاری از جمله آموزش مدیریت استرس باعث کاهش استرس تجربه شده افراد می شود. همچنین بیکر و همکاران در مطالعه ای نقش

منابع

1. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's principles of internal medicine. New York: McGraw-Hill; 2005.
2. Rezaie Aderyani M. The effect of optimize change position on the back pain and the rate of bleeding patients after coronary artery angiography. [Dissertation]. Tarbiat Modares University. 2005.
3. Rosamond W, Flegal K, Friday G. Heart disease and stroke statistics – 2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2007; 115: e69- e171.
4. World Health Organization Aboderin I, Kalache A, Ben – Shlomo Y. Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes: key issues and implications for policy and research. 2002. Available from: URL: <http://www.who.int>
5. Kabir K, Nojomi M, Motefakker M, Jamali A, Sadre Bafeghi M. The effect of improved quality of care on the myocardial infarction patients in hospital of Yazd afshar 2003. *J Iran Uni Med Sci*. 2003; 5: 287-294.
6. Salimzadeh H, Eftekhari H, Asasi N, Salari far M, Dorosti AR. Nutritional factors and ischemic heart disease. *J General Health of Tehran Uni GH Research Asso*. 2003; 2:1-15.
7. Beck AT, Butler AC, Chapman JE, Forman EM. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analysis. *Clinical Psychology*. 2006; 682-69.
8. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Depressogenic assumptions*. (eds.) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G, *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.p. 244-71.
9. Beck AT. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber; 1964.
10. Liu YL. The role of perceived social support and dysfunctional attitudes in predicting Taiwanese adolescents depressive tendency. *Adolescence*. 2004; 37: 823- 34.
11. Davison, N. *Psychopathology*. Translated by Hamidreza Husseinshahi and Mehdi Dehestani (2004). Tehran: Ravan publication; 2004.
12. Hutton K, Kerry Y. *Sulcus Chassis*, Paul. Clark, David (2004). *Cognitive behavioral therapy*, translated by Habibullah Qasemzadeh. Tehran: Arjmand publications.
13. Sarason AJ, Sarason BR. *Morbid psychology*, translated by B. Najarian, Muhammad Ali Asghari Moghaddam and Mohsen Dehghan. Tehran: Roshd publication; 1996.
14. Woods SL, Froelicher ES, Motzer SA, Bridges Ej. *Cardiac nursing*; 5th ed. Philadelphia: Lippincott Wilkins; 2005.

منبع استرس، برای افراد مبتلا به این بیماری است. مدیریت استرس به افراد کمک می کند تا موقعیت هایی را که در آن ها باعث استرس می شود را شناسایی کنند و سپس راهبردهای مقابله ای برای مواجهه با این موقعیت ها را آموزش می دهد. اصلاح ارزیابی های شناختی و بهبود مهارت های مقابله ای و تمرین های ارائه شده برای تلفیق تکنیک های آموخته شده با موقعیت های زندگی واقعی می تواند به کاهش نگرش های ناکارآمد و میزان استرس ادراکی منجر شود. این برنامه شرکت کنندگان را به تکنیک های متنوع و یکپارچه مجهز می کند که می توانند از آن ها به منظور کاهش استرس و نگرش های ناکارآمد استفاده کنند.

از جمله محدودیت های این پژوهش محدود نمودن نمونه به جنس مونث و در محدوده سنی ۱۷ تا ۲۰ سال در شهر تبریز بود. همچنین از ابزارهای خودگزارشی (پرسش نامه ها) برای گردآوری اطلاعات استفاده شد که می تواند موجب سوگیری در پاسخ آزمودنی ها شود. پیشنهادات کاربردی این طرح عبارتند از: (۱) در بیمارستان ها جلسات گروهی آموزش مدیریت استرس برای بیماران برگزار شود، (۲) برنامه مدیریت استرس و تکنیک های آن برای کمک به بیماران، به پرستارها آموزش داده شود و (۳) از طریق رسانه های جمعی اهمیت و نقش استرس در ابتلا و درمان بیماری های قلبی روشن گردد تا گام های موثر در جهت پیشگیری های اولیه و ثانویه برداشته شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه پایان نامه کارشناسی ارشد با کد رهگیری ۲۱۳۱۴۹۸ است که با حمایت مالی دانشگاه تبریز به انجام رسیده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه و دانشکده روانشناسی تبریز به جهت همکاری بی دریغ سپاسگزاری می شود. همچنین از بیماران قلبی که در انجام این طرح مشارکت کردند و مسئولین محترم بیمارستان قلب و عروق شهید مدنی تبریز کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

- 33- Be Ryan Luke S. Stress management. Translator: Qracheh Daghi M. Tehran: Peykan Publication. 2011. Persian.
- 34- Timmerman IGH, Emmelkamp PMG, Sanderman R. The effect of a stress management training program in individuals at risk in the community, *Behaviour research & thrapy*. 1998; 36: 863-875.
- 35- Saab PG, Bang H, Williams RB. The impact of cognitive behavioral group training on event-free survival in patients with myocardial infarction : The ENRICHD experience. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009; 67:45-56.
- 36- Blumenthal JA. Effects of exercise and estress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease. A randomized controlled trial. *The Journal of American Medical Association*. 2005; 293(13): 1626-34.
- 37- Birgander LS. Women's hearts-stress management for women with ischemic heart disease: explanatory analyses of a randomized controlled trial. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 2005; 25 (2): 93-102.
- 38- Daubenmier JJ. The contribution of changes in diet, exercise, and stress management to changes in coronary risk in women and men in the multisite cardiac lifestyle intervention program. *Annals of Behavioral Medicine*. 2007; 1:33-57.
- 39- Sneed NV, Finch N, Michel Y. The effect of psychosocial nursing intervention on mood state of patient with implantable cardioverter defibrillators and their caregivers. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2003; 12: 4-14.
- 40- Kirkby RJ. Changes in premenstrual symptoms and irrational thinking following cognitive-behavioral coping skills training. *J Consult Clin Psychol*. 1994 Oct;62(5):1026-32.
- 41- Esmaeili Kuraneh A. Comparison of personality traits and coping styles offenders and normal controls, Master Thesis Psychology, University of Tabriz. 2005.
- 42- Engels GL, Garnefski N & Drekstra RFW. Efficacy of rational- emotive therapy: A quantitative analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993; 61: 1083-1090.
- 43- Weis JR, Weiss B, Han SS, Granger DA & Morton T. Effects of Psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*. 1998; 117: 450-468.
- 44- Gonzalez JE, Nelson JR. Rational emotive therapy with children and adolescents: meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2004; 12: 222- 235.
- 45- Wampold BE, Minami T, Baskin TW & Tierney SC. A meta-(re) analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for
15. Kiani GA. The effect of benson relaxation on the hemodynamic parameters and tension in discharge time on the myocardial infarction patients hospitalized in cc Shahid rahaie hospitals. *Social and Behavioral Sciences*. 2005; 84: 1559 – 1564.
16. Rachman, S. Wolpe, J. Effects of exercise and estress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease. A randomized controlled trial. *American Medical Association*. 2000; 55 (4): 431- 432.
17. Ellis A. The role of irrational beliefs in perfectionism. In: Flett GL & Hewitt PC (Eds), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 20002.
18. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: International University Press; 1976.
19. Rehm L. A self control model of depression. *Behavior Therapy*. 1977; 8: 787-804.
20. Ellis A & Dryden W. *The practice of rational emotive behavior therapy*. New York: Springer; 1996.
21. Linden W, Lenz JW, Con AM. Individualized stress management for primary hypertension: A randomized trial. *Archives of internal medicine*. 2001;161 (8): 1071-1080.
22. Delavar A. *Research methods in psychology and education*. Compilation: Delavar A. Tehran: Virayesh Publication. 2008. [Persian].
23. Bellack A, Hersen M. *Behavioral assessment techniques*, New York: Pergamon; 1988.
24. Gharraee B. Review some of the cognitive patterns in patients with depression and anxiety. Master Thesis Psychology, Tehran Psychiatric Institute; 1993.
25. Delavar A. *Applied probability and statistics in psychology and education*. Compilation: Delavar A. Tehran: Roshd Publication. 2007. Persian.
26. Emami Naini N. *Coping skills*, Tehran, prevention and Cultural Welfare Organization. 2012. [Persian].
27. Naseri H. *Life skills; Book Study*, Cultural Affairs and prevention Welfare Organization. 2011. Persian.
28. Naseri H. *Life skills; student work*, cultural affairs and prevention Welfare Organization. 2011. [Persian].
29. Naseri H. *Life skills; instructor handbook*, cultural affairs and prevention Welfare Organization. 2011. [Persian].
30. Danandeh A, Tabatabai Vakily M, Qareaghaj S, Akbarian Aghdam A. *Customs life skills 2(student workbook)* Foruzesh Publications. 2010. [Persian].
31. Klinke Chris L. *Life skills, Volume 1*, Esp and Honar Publications. 2010. [Persian].
32. Klinke Chris L. *Life skills, Volume 2*, Esp and Honar Publications. 2010. [Persian].

depression. *Journal of Affective Disorders*. 2002; 68: 159- 165.

46. Heuzenroeder L. Cost- effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and new Zealand Journal of Psychiatry*. 2004; 38: 602- 612.

47. Bradley R, Green J, Russ E, Dutra L & Westen D. A multidimensional meta-analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162: 214- 227.

48. Hayes S, Follette VM & Linehan MM. Eds. *Mindfulness and acceptance*. New York: Guilford; 2004.

49. Izadi A. Effects of stress management training on heart patients hospitalized for stress levels, education center, Imam Hossein University, Faculty of Nursing and Midwifery, *Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services*. 2012; 21(73): 1 - 5. [Persian].

The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on the reduction of dysfunctional attitudes and stress in adolescent with coronary heart disease

*Neda Najafi, MSc. Tabriz University, Tabriz, Iran (*Corresponding author). rahim_abedi@yahoo.com

Abstract

Background: Today, cardiovascular disease is considered as one of the most common serious illnesses in developing countries. The purpose of this study is to determine the effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on the reduction of the dysfunctional attitudes and stress in adolescent with coronary heart disease.

Methods: This study was single-subject experimental design. The population of study included adolescents with coronary heart disease that were admitted in Shaheed Madani Cardiology Hospital of Tabriz between February-April 2013. Sampling for this study was convenient-available. Data collection were Harry stress test, dysfunctional attitudes scale and researcher made Package. In accordance with the implementation plan, graphing and graphical analysis was used to evaluate the effectiveness of the interventions. Also to analyze the results, percent improvement formulation and effect size were used.

Results: To evaluate the effectiveness of interventions, percent improvement formulation and effect size was used. The results showed that the size effect of the dysfunctional attitudes in the first subject was 8.09, second subject 6.73 and in third subject was 5.32. Effect sizes are greater than 2.70 and indicate that the effect size is a major component of dysfunctional attitudes in all three subjects. Also the size effect on the stress in the first subject was 5.63, second subject 6.50 and in the third subject was 5.95. This suggests that effect size is a major component of stress in all three subjects.

Conclusion: Analysis of the data revealed that cognitive-behavioral stress management training had a significant impact on reduction of the dysfunctional attitudes and stress in adolescent with coronary heart disease.

Keywords: Stress management training, Cognitive-behavioral, Dysfunctional attitudes, Stress, Coronary heart disease.