

تأثیر مقابله‌درمانگری بر کاهش تنیدگی زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر Effect of coping-therapy on stress reduction of females with coronary artery disease

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۵/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۲/۵

Agha Yousefi A. PhD[✉], Zare H. PhD

علیرضا آقا یوسفی[✉]، حسین زارع^۱

Abstract

Introduction: The aim of present study was to evaluate the effect of coping-therapy on decreasing the stress of female coronary artery patients.

Method: The sample society was all patients referred to Farmanyeh heart clinic of Tehran during 2008-09. 100 females between 35 and 55 years old filled *McCabin* family stress and changes questionnaire. 40 females with the highest scores were chosen as samples. Participants divided to two test and control groups, randomly. Experimental group received 10 sessions of coping-therapy in individual form. Data analyzed by mixed ANOVA.

Results: Total scores of stress and Interfamily conflicts and problems as a source of stress decreased in experimental group, significantly. ANCOVA showed same results.

Conclusion: Coping-therapy may reduce stress among coronary diseases female patients and can predict decrease of the diseases by stress in long term periods, according to theoretical model.

Keywords: Stress, Coronary Artery Disease, Coping-Therapy

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر، با هدف مطالعه تأثیر مقابله‌درمانگری بر کاهش تنیدگی زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر انجام شد.

روش: جامعه آماری، شامل همه بیماران زن مبتلا به این اختلال بود که در سال ۱۳۸۷ به کلینیک تخصصی قلب فرمانیه تهران مراجعه کردند. پرسش‌نامه رویدادها و تغییرات زندگی مک‌کابین توسط ۱۰۰ نفر از زنان بیمار در فاصله سنی ۳۵ تا ۵۵ سال تکمیل شد. سپس، ۴۰ نفر که بالاترین نمره تنیدگی را داشتند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. نمونه‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. افراد گروه آزمایش، ۱۰ جلسه با استفاده از روش مقابله‌درمانگری تحت درمان فردی قرار گرفتند. داده‌ها به‌روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نمرات کل تنیدگی و تنیدگی با سرچشمه تعارضات و مشکلات درون‌خانوادگی در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری کاهش یافتند. اجرای پردازش‌های آماری با روش تحلیل کوواریانس نیز نتیجه یکسانی داشت.

نتیجه‌گیری: مقابله‌درمانگری می‌تواند تنیدگی زنان دارای اختلالات عروق کرونر را کاهش داده و مطابق مدل نظری مربوطه پیش‌بینی می‌شود در دراز مدت سهم تنیدگی در تشدید این اختلالات را کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: تنیدگی، بیماری عروق کرونر، مقابله‌درمانگری

[✉] **Corresponding Author:** Department of Psychology, Faculty of Humanities, Payam-e-Noor University, Qom, Iran
Email: arayeh1100@gmail.com

[✉] گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، قم، ایران
^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

دیدگاه سپری [۹] در موارد پیچیده چون افسردگی حاد کاربردی محدود دارد.

مطالعات گوناگون اثرات تنیدگی و مقابله بر سازمان بدنی و سلامت افراد را نشان داده‌اند. در این زمینه، در مجموع می‌توان دو رشته پژوهش را از یکدیگر متمایز کرد. نخست، پژوهش‌هایی که روابط میان تنیدگی و فشار خون بالا را مورد بررسی قرار می‌دهند و دوم پژوهش‌هایی که با روی‌آوردی مکانیکی به مطالعه واکنش‌های قلبی و عروقی در برابر رویدادهای تنیدگی‌زا می‌پردازند. هر دو رشته پژوهش توانسته‌اند روابط میان تنیدگی و بیماری‌ها و نشانه‌های قلبی و عروقی را نشان دهند [۱۰، ۱۱].

هاوسمن، ولک و فارار [۱۲] نشان دادند که رویدادهای تنیدگی‌زا می‌توانند کورتیزول ترشخی بزاق را افزایش دهند. ویتالیانو و همکاران [۱۳] در مطالعه تنیدگی مزمن، نشانگان سوخت‌وساز و بیماری کرونری قلب به الگویی دست یافتند که بر پایه آن در مردان کهن‌سال، تنیدگی مزمن سبب نشانگان سوخت‌وساز و آن هم به نوبه‌ی خود موجب شکل‌گیری بیماری کرونری قلب می‌شود.

مک‌ماهون و لیب [۱۴] نیز در مروری بر ادبیات پژوهشی مربوط به عوامل روان‌شناختی مربوط به نارسایی قلبی دریافتند که سطوح متوسط افسردگی به شرطی که با اضطراب بالا همراه نباشد، راه‌های مقابله با تنیدگی و سطح حمایت اجتماعی می‌توانند نارسایی قلبی را پیش‌بینی کنند. لرمون و همکاران [۱۵] نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که فرسودگی شغلی می‌تواند با تراکم و چسبندگی لوکوسیت‌ها همبسته باشد؛ حتی اگر سن، جنس و تحصیلات نیز کنترل شوند.

پکرمون و همکاران [۱۶] نشان دادند که در "نشانگان خستگی مزمن" شدید، مجموعه پاسخ‌های یکپارچه تنیدگی سبب کاهش حساسیت بازتابی گیرندگان فشار شده و فشار خون سیستولی این بیماران در طول ایستادن کاهش نمی‌یابد. درحالی‌که در گروه کنترل، پس از مدتی ایستادن، فشار خون به سطح نخست بازمی‌گردد. سوارز [۱۷] نیز در جریان مطالعه روی بزرگسالان زن و مرد تندرست دریافت که برخی عوامل روان‌شناختی چون افسردگی، خشم و ترکیب آنها با خصومت می‌تواند پروتئین واکنشی سی (C-Reactive Protein) را افزایش داده و فرد را در برابر بیماری‌های قلبی قرار دهد. احمد [۱]، بیرفوت و شرول [۱۹]، فوردر و همکاران [۲۰]، میلر و همکاران [۲۱]، همینگوی و هارموت [۲۲]، چانگ و همکاران [۲۳] و وولسین و سینگال [۲۴] نیز به نتایج مشابهی دست یافته‌اند.

لایت و همکاران (۲۵) نیز نشان دادند که سابقه فشارخون بالا در خانواده همراه با تنیدگی بالا می‌تواند افزایش فشار خون سیستولی و دیاستولی را پیش‌بینی کند. تنیدگی در موش‌ها و میمون‌ها، اثر علی‌مستقیمی بر فشار خون سیستولی و دیاستولی دارد [۲۶، ۲۷،

لازاروس در نظریه خود بر ماهیت دو سویه تعامل بین شخص و محیط تأکید و مطرح می‌کند که رویدادهای زندگی در فرد تنیدگی ایجاد نمی‌کنند؛ بلکه برداشت‌های شخص از موقعیت تنیدگی‌زا، موجب تنیدگی می‌شود [۱، ۲]. طبق تعریف لازاروس، تنیدگی مجموعه گسترده‌ای از مشکلات مرتبط با خواسته‌هایی است که بر سیستم فشار وارد می‌کند؛ این سیستم می‌تواند فیزیولوژیک یا اجتماعی یا سیستمی روان‌شناختی باشد [۳]. او تنیدگی را حالتی ناخوشایند می‌داند که فقط هنگامی به وجود می‌آید که فرد خواسته‌های روی‌آوردهای محیطی را به گونه‌ای ادراک کرده باشد که موقعیت توانایی فرد را در ارضا یا تعبیر آن خواسته‌ها افزایش یا کاهش دهد. این ادراک "فرآیند ارزیابی" نامیده می‌شود و تأیید می‌کند که آیا موقعیت تهدیدآمیز یا بی‌خطر است و آیا تنیدگی تجربه می‌شود یا خیر.

بر این اساس لازاروس در فرآیند ارزیابی، دو مرحله را مشخص می‌کند. در اولین مرحله که آن را ارزیابی اولیه می‌نامد، فرد موقعیت را از این نظر که تهدیدکننده یا بی‌آسیب است، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. براساس شخصیت فرد، ممکن است این ارزیابی مبتنی بر واقعیت باشد یا نباشد. مثلاً ممکن است موقعیتی بی‌آسیب به صورت تهدیدکننده ارزیابی شود یا بالعکس، موقعیتی تهدیدکننده به صورت بی‌ضرر ارزیابی گردد. مرحله دوم، ارزیابی ثانویه نامیده می‌شود. وقتی فردی موقعیتی را بالقوه خطرناک ارزیابی می‌کند در جستجوی رفتاری است که برای برطرف کردن تهدید مورد نیاز است و بنابراین به دنبال راه‌حل‌های ممکن موجود می‌گردد [۲].

"مقابله"، عبارت است از تغییر مداوم تلاش‌های شناختی و رفتاری برای اداره خواسته‌های ویژه بیرونی یا درونی؛ که به‌عنوان عامل اتمام منابع یا فراتر از منابع شخصی برآورد می‌شوند [۴]. براساس این تعریف، مقابله فرآیندی است که بر حسب ارزیابی فرد از میزان موفقیت‌آمیز بودن تلاش‌های تغییر می‌کند.

نخستین بار ویدل [۵] در آلمان روشی به نام "درمانگری مقابله‌مدار" برای کمک به بیماران روان‌گسیخته معرفی کرد. اما مقابله‌مدارگری به‌عنوان روشی که در فرآیند مشاوره و روان‌درمانگری برای کاربرد در همه گوشه‌های قلمروی روان‌شناسی سلامت کاربرد داشته باشد (و بر پایه نظریه فولکمن - لازاروس استوار باشد)، نخستین بار توسط آقايوسفی [۶] معرفی شد و سپس اثر آن بر اضطراب، افسردگی و نمرات شخصیتی مورد بررسی قرار گرفت [۷]. در حال حاضر روشی با عنوان تقریباً مشابه (مقابله‌مدارگری شناختی؛ Cognitive Coping Therapy) توسط کنث‌شاروف [۸] که روان‌شناس بالینی شاغل در ایالات متحده امریکا است، معرفی شده که پایه‌های آن بر نظریه آرون‌بک مبتنی است. البته این روش از

سرچشمه‌های آن در شرکت‌کنندگان بهره گرفته شد [۵۰، ۵۱]. از ۱۰۰ زن ۳۵ تا ۵۵ ساله پیش‌آزمون به عمل آمد و ۴۰ نفر که بالاترین میزان تنیدگی را داشتند با گمارش و کاربردی تصادفی، گروه‌های آزمایش و کنترل را تشکیل دادند. همه زنان به دلیل فشار خون بالا و ایسکمی خفیف قلبی به کلینیک مراجعه کرده و تحت درمان‌های دارویی مربوطه قرار داشتند.

برای مدت ۲/۵ ماه و هر هفته یک جلسه ۱/۵ ساعته و در مجموع در طول ۱۰ جلسه، پروتکل مقابله‌درمانگری [۷] به صورت انفرادی روی اعضای گروه آزمایش اجرا شد. سپس هر دو گروه آزمایش و کنترل دوباره پرسش‌نامه رویدادها و تغییرات زندگی را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. بر پایه پروتکل مقابله‌درمانگری، روش‌های هشت‌گانه مقابله با تنیدگی فولکمن و لازروس [۵۲] که مراجع به شیوه‌ای نادرست و نابه‌جا آنها را به کار می‌گیرند، در خلال جلسات شناخت‌درمانگری به شیوه‌ای سودمند تنظیم شد و مراجع، شناخت و راه‌های مقابله‌ای خود را با تمرینات اجرا شده در جلسات درمان و تکالیف مربوط به فاصله جلسات اصلاح کرده و به مقابله سازش‌یافته با رویدادهای تنیدگی‌زا پرداختند.

پرسش‌نامه رویدادها و تغییرات زندگی شامل ۷۱ ماده در ۹ مقیاس است. این مقیاس‌ها فشارهای درون‌خانوادگی، زناشویی، بارداری و فرزندان، مالی، شغلی، پرستاری اعضای خانواده، از دست دادن، کم و زیاد شدن اعضای خانواده و بالاخره مشکلات قضایی خانواده هستند. پاسخ‌دهنده درباره هر ماده باید تصمیم بگیرد که آیا رویداد مربوطه در هر یک از دو بازه زمانی "سال گذشته" و "پیش‌تر از سال گذشته" اتفاق افتاده است یا خیر. پاسخ خیر به هر دو حالت نمره ۱، پاسخ بلی به "پیش‌تر از سال گذشته" و خیر به "سال گذشته" نمره ۲، پاسخ بلی به "سال گذشته" و خیر به "پیش‌تر از سال گذشته" نمره ۳ و در نهایت پاسخ بلی به هر دو بازه زمانی نمره ۴ می‌گیرد. تعداد مواد هر یک از ۹ مقیاس این پرسش‌نامه به ترتیب از راست به چپ ۱۷، ۴، ۴، ۱۲، ۱۰، ۸، ۶، ۵ و ۵ است. یکی از ویژگی‌های متمایزکننده این مقیاس علاوه بر چندجانبه‌گرایی، در نظر گرفتن تغییرات در سال گذشته و پیش‌تر از آن است. اعتبار این آزمون توسط آقاییوسفی [۵۳] در مطالعه‌ای روی زنان شاهد، جانبازان و آزادگان نشان داده شده است (۰/۷۲). روایی آن نیز از راه محاسبه ضریب همبستگی آزمون با سیاهه نشانه‌های تنیدگی مزمن، افکار خودکار و نشانگر بهزیستی روان محاسبه شده و با دو آزمون نخست همبستگی مثبت و با بهزیستی روانی همبستگی منفی معنی‌داری به دست آمد. اعتبار آزمون در مطالعه حاضر ۰/۷۵ بود.

از آنجا که در طرح پژوهشی نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل تغییرات درون و برون‌گروهی هم‌زمان باید مورد توجه و پردازش قرار گیرند، تحلیل واریانس با

۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲]. حتی در بیماران مبتلا به اختلالات قلب و عروق نیز خطرهای روان‌شناختی چون افسردگی، اضطراب و خشم می‌توانند احتمال رویدادهای قلبی را افزایش دهند [۳۳].

هالمن و همکاران [۳۶] نشان دادند که زنان دارای مقابله نارساکنش‌ور بیش از گروه کنترل دارای اختلالات قلب و عروق هستند. کربی و همکاران [۳۷] نیز سودمندی مقابله مناسب را مورد تایید قرار دادند. بلومنتال و همکاران [۳۸] در جریان آزمایش تصادفی کنترل‌شده‌ای دریافتند که مدیریت تنیدگی می‌تواند بازتاب‌های گیرنده‌های فشاری را بهبود بخشیده و فشار خون را اصلاح کند. لیندن و همکاران [۳۹] نیز در فراتحلیلی از ۹۸۵۶ بیمار قلبی دریافتند که روان‌درمانگری هم‌زمان می‌تواند از میزان مرگ‌ومیر این بیماران بکاهد. آنها معتقدند که مداخلات روان‌شناختی اغلب بخشی از برنامه بازتوانی بیماران قلبی است.

جردن، بارده و زیرهر [۴۰]، لیندن [۴۱] و انجمن بازتوانی قلب و ریه ایالات متحده [۴۲] بر مداخلات شناختی- رفتاری برای کاهش تنیدگی بیماران قلب و عروق تأکید می‌کنند. کلارک و همکاران [۴۳] در فراتحلیلی روی ۶۳ مطالعه تصادفی با ۲۱۲۹۵ بیمار قلبی نتیجه گرفتند که مجموعه برنامه‌های پیشگیری ثانوی می‌تواند سلامتی بیماران قلبی را افزایش دهند. بام‌پاور و همکاران [۴۴] در طول ۲ ماه، ۶ مشاوره تلفنی ۳۰ دقیقه‌ای با بیماران قلبی انجام داده و طی این مکالمات در ۸ زمینه به بیماران مشاوره دادند (از دست دادن مهار، تصویر خویشتن، استقلال، برچسب، رهاشدگی، انزوا و ترس از مرگ). آنان دریافتند که بیماران گروه آزمایش نمره سلامت خود را بیش از گروه کنترل ارزیابی می‌کنند. کاست و همکاران [۴۵]، لوتون و همکاران [۴۶]، مسلمان، ایوانز و نمروف [۴۷] و فراسور- سمیت، اسپرانس و تالاجیک [۴۸] نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. آنها پیشنهاد می‌کنند که درمان‌های داروشناختی و روانی- اجتماعی هر دو می‌توانند پیش‌آگهی و کیفیت زندگی بیماران قلبی را بهبود بخشند.

فیلیپز و همکاران [۴۹] نیز در مطالعه‌ای روی ۱۲۸ بیمار مبتلا به سرطان سینه که هنوز متاستاز نداده بودند، دریافتند اصلاح راه‌های مقابله با تنیدگی می‌تواند کورتیزول سرم را کاهش داده و بر تن‌آرامی بیمار در جریان درمان بیافزاید. هدف پژوهش حاضر برآورد اثر مقابله‌درمانگری بر کاهش تنیدگی بیماران زن مبتلا به اختلال عروق کرونر بود.

روش

کلیه زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر که در تابستان ۱۳۸۷ به کلینیک تخصصی قلب فرمانیه شهر تهران مراجعه کردند جامعه آماری این مطالعه را تشکیل دادند. در این پژوهش از پرسش‌نامه رویدادها و تغییرات زندگی برای اندازه‌گیری تنیدگی و

بایستی همواره به ارزیابی‌های شناختی خویش ادامه دهند. اگر مشکل فرد حل شده باشد، آن‌گاه به تنیدگی‌های دیگری که فرد تجربه می‌کرد پرداخته می‌شد و باید آنها را یادداشت کرده و در جلسات بعد همراه می‌آورد تا زمانی که فرد مهارت مقابله مؤثر با رویدادهای تنیدگی‌زا را بیاموزد و بتواند به‌کار گیرد. این فرآیند تا پایان جلسات درمان ادامه یافت.

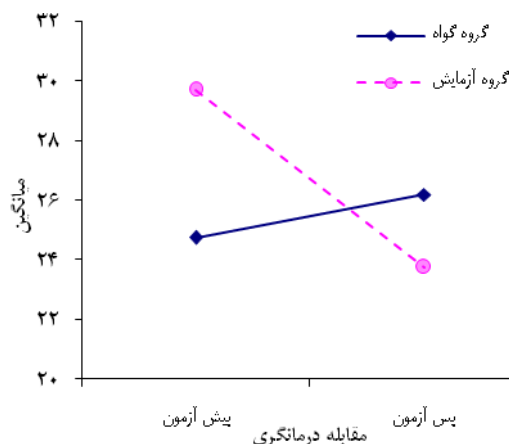
داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر مورد تجزیه و تحلیل و سپس برای اطمینان از صحت یافته‌ها، از راه تحلیل کوواریانس مورد پردازش قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را عیناً مورد تأیید قرار داد و نتایج یکسانی به‌دست آمد. به‌منظور اطمینان از عدم مداخله سن بر متغیر وابسته پژوهش، در تحلیل کوواریانس اثر سن از نمرات تنیدگی حذف شد.

یافته‌ها

جدول ۱ نشان می‌دهد که اثر تعاملی مقابله‌درمانگری به‌عنوان اثر برون‌گروهی و تغییرات درون‌گروهی ناشی از پیش‌آزمون-پس‌آزمون بر نمره کل تنیدگی معنی‌دار بود.

جدول ۱) تحلیل واریانس آمیخته اثر درمان بر نمره کل تنیدگی

منبع	شاخص مقدار F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	
رد پیلایی	۰/۲۳۸	۱۱/۸	۱	۳۸	۰/۰۰۱
لانداي ويلكز	۰/۷۶۲	۱۱/۸	۱	۳۸	۰/۰۰۱
رد پیلایی	۰/۴۵۷	۳۲/۰۱	۱	۳۸	۰/۰۰۱
زمان×گروه لانداي ويلكز	۰/۵۴۳	۳۲/۰۱	۱	۳۸	۰/۰۰۱



نمودار ۱) مقایسه میانگین نمرات کل تنیدگی در دو گروه آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون. چنان‌که ملاحظه می‌شود، در حالی که نمرات پس‌آزمون کل تنیدگی گروه گواه اندکی افزایش داشته، این نمرات در گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته است.

اندازه‌های مکرر به اجرا درآمد. متغیر مستقل پژوهش اجرای مقابله‌درمانگری و متغیر وابسته، نمره کل تنیدگی و نمرات مؤلفه‌های آن بودند.

مقابله‌درمانگری به روش زیر به اجرا درآمد:

جلسه اول: آموزش تعریف تنیدگی و اثرات آن بر سلامتی زیست‌شناختی و روان‌شناختی و تحول بهنجار و نیز تعریف مقابله و راه‌های هشت‌گانه مقابله‌ای. در پایان جلسه از مراجعین یا بیماران درخواست شد تا مهم‌ترین رویداد تنیدگی‌زای هفته یا حتی زندگی خود همراه با اعمال، افکار و احساساتی که تجربه کرده یا به‌کار برده‌اند را یادداشت کرده و برای جلسه بعد همراه بیاورند.

جلسه دوم: هر یک از اعضای گروه، تنیدگی خود را بیان کرده و اعمال، افکار و احساسات تجربه‌کرده خود را بیان کرده و سپس خود و دیگر اعضای گروه با هدایت روان‌درمانگر کوشیدند دوباره به ارزیابی نخستین و ثانوی پرداخته و واکنش‌های فرد را از نظر درجه سازش‌یافتگی ارزیابی کنند. گاهی، بهترین کاری که هر فرد می‌تواند انجام دهد آن است که رودرروی عامل تنیدگی‌زا قرار گرفته و پرخاشگرانه (و البته محترمانه) احساس و افکارش را بیان کند. گاهی باید مسئولیت خود در به وجود آمدن مشکل را واقع‌گرایانه ارزیابی کند؛ درحالی‌که قبلاً، کمتر یا بیشتر از واقعیت ارزیابی می‌کرده است. گاهی نباید به رویدادهای تنیدگی‌زای خیلی کم‌اهمیت فکر کند (دوری‌جویی) و گاه باید از روش حل منطقی مسأله استفاده کند. گریز-اجتناب که شامل خوابیدن، گریستن، قهر کردن، پناه بردن به دارو و مواد، خیال‌پردازی و اجتناب از قرار گرفتن در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا است، معمولاً تشویق نمی‌شود و به‌عنوان روشی بیماری‌زا، به افراد کمک می‌شود تا از آن اجتناب کنند؛ مگر آنکه مشکلی غیرقابل کنترل (مانند مرگ یک عزیز) ایجاد شده باشد که برای کوتاه‌مدت تشویق می‌شود و سپس فرد باید روش مقابله‌ای خود را تغییر دهد. سپس از افراد خواسته شد تا با توجه به نتایج جلسه، این‌بار راه‌های جدیدتر و ارزیابی‌های دقیق‌تری به‌کار گرفته و مجدداً نتایج را یادداشت کرده و برای جلسه بعد همراه بیاورند.

جلسه سوم: نخست هر کس نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای به‌کارگرفته‌شده خویش را گزارش داد. اگر مشکل کاهش یافته بود، ارزیابی‌ها ادامه می‌یافت و راه‌های مقابله‌ای دیگر هم به کمک گرفته می‌شد تا مشکل به حداقل برسد. گاهی از مراجع درخواست می‌شد که ارزیابی اطرافیان‌شان درباره نحوه برخوردشان با رویدادهای تنیدگی‌زا را پرسیده، یادداشت کرده و در جلسه بعد به بحث بگذارند. ممکن است ارزیابی‌های دیگران دقیق و کمک‌کننده باشد و ممکن است تلاش کرده باشند در جهت حفظ منافع خودشان، ارزیابی غیرواقعی به فرد ارایه دهند. مهم این است که مراجع یا بیمار

پیش‌آزمون و پس‌آزمون وجود داشت و مقابله‌درمانگری باعث کاهش تنیدگی ناشی از فشارهای درون‌خانوادگی شد.

جدول ۳) تحلیل واریانس چندمتغیره اثر درمان بر تعارضات درون‌خانوادگی

منبع	شاخص مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
رد پیلایی	۰/۳۵۷	۲۱/۱۲۵	۱	۳۸	۰/۰۰۱
لاندای ویلکز	۰/۶۴۳	۲۱/۱۲۵	۱	۳۸	۰/۰۰۱
رد پیلایی	۰/۴۲۰	۲۷/۵۲۳	۱	۳۸	۰/۰۰۱
لاندای ویلکز	۰/۵۸۰	۲۷/۵۲۳	۱	۳۸	۰/۰۰۱

طبق جدول ۴، تعامل اثرات درون‌گروهی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) و بین‌گروهی (اثر مقابله‌درمانگری) بر تعارضات درون‌خانوادگی معنی‌دار بود.

جدول ۴) آزمون آماره F

شاخص	مجموع مربعات آزادی	درجه آزادی	F	مجموع مربعات	سطح معنی‌داری
عرض از مبدأ	۵۳۶۲/۸	۱	۹۷/۶	۵۳۶۲/۸	۰/۰۰۱
گروه	۱۲۷/۵	۱	۲/۳	۱۲۷/۵	۰/۱۳۶
خطا	۲۰۸۶/۱	۳۸		۵۴۸۹۹	

بحث

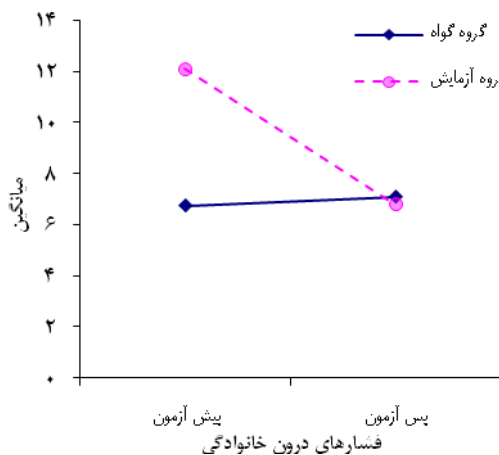
یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که مقابله‌درمانگری بر نمره کل تنیدگی و نیز مؤلفه تعارضات و مشکلات درون‌خانوادگی اثر کاهشی معنی‌داری دارد. نمرات شرکت‌کنندگان پژوهش در سایر سرچشمه‌های تنیدگی مانند مالی، از دست دادن، مشکلات قضایی و پرستاری از اعضای خانواده، صفر یا نزدیک به صفر و بنابراین، تحلیل واریانس آمیخته این مؤلفه‌ها معنی‌دار نبود. سن نسبتاً بالای اعضای گروه نمونه و طبقه اقتصادی-اجتماعی نسبتاً بالای آنها (همه اعضای نمونه در یک محله در شمال شهر تهران زندگی می‌کردند) موجب شده بود تا فشار مالی کمتری داشته و یا برخی از منابع تنیدگی را تجربه نکنند. حذف اثر سن از متغیر وابسته دو گروه را به یکدیگر شبیه‌تر ساخت. ولی با این وجود تغییری در یافته‌ها حاصل نشد. یکی دیگر از دلایل کاهش نمره کل تنیدگی، نمره فشارها و تعارضات درون‌خانوادگی توسط "مقابله‌درمانگری"، آنست که تحلیل رگرسیون چندمتغیری خطی

بر پایه آن‌چه در نمودار ۱ نشان داده شده است، نمره کل تنیدگی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در پس‌آزمون کاهش و در گروه کنترل افزایش یافته است.

جدول ۲) آزمون آماره F

شاخص	مجموع مربعات آزادی	درجه آزادی	F	مجموع مربعات	سطح معنی‌داری
عرض از مبدأ	۵۴۴۹۶/۸۰۰	۱	۶۹۸/۶۸۹	۵۴۴۹۶/۸۰۰	۰/۰۰۰۱
گروه	۳۱/۲۵۰	۱	۰/۴۰۱	۳۱/۲۵۰	۰/۵۳۱
خطا	۲۹۶۳/۹۵۰	۳۸		۷۷/۹۹۹	

از آن‌جا که مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان موجب شده بود برخی از سرچشمه‌های تنیدگی در آنان وجود نداشته باشد (مثلاً درگیری‌های قانونی، روابط جنسی و مانند آن)، اثر درمان بر تک‌تک سرچشمه‌های تنیدگی شرکت‌کنندگان آزموده شد. در این میان، تنها نمرات مربوط به مشکلات و تعارضات درون‌خانوادگی در اثر درمان کاهش پیدا کرد و سایر مؤلفه‌ها به‌دلیل نمرات نزدیک به صفر در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر قابل‌توجهی نداشتند. نتایج این تحلیل واریانس در جدول ۲ و نمودار ۲ نشان داده شده است.



نمودار ۲) مقایسه میانگین نمرات تنیدگی ناشی از تعارضات درون‌خانوادگی در دو گروه آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون. چنان‌که ملاحظه می‌شود، در حالی‌که نمرات پس‌آزمون تنیدگی ناشی از تعارضات درون‌خانوادگی گروه گواه تغییری نداشته، این نمرات در گروه آزمایش کاهش معنی‌داری داشته است.

طبق نمودار ۲، درحالی‌که تعارضات درون‌خانوادگی شرکت‌کنندگان گروه کنترل در طول پژوهش کاهش نداشت، نمره تعارضات درون‌خانوادگی گروه آزمایش کاهش معنی‌داری نشان داد. طبق جدول ۳، تفاوت معنی‌داری بین میانگین

- 8- Sharoff K. Cognitive coping therapy. New York: Brunner; 2002.
- 9- Sperry L. Cognitive behavior therapy of DSM-IV-TR personality disorders. New York: Brunner; 2006.
- 10- Steptoe A. Psychophysiological stress reactivity and hypertension. *Hypertension*. 2008;52:220-1.
- 11- Flaa A, Eide IK, Kjeldsen SE, Rostrup M. Sympathoadrenal stress reactivity is a predictor of future blood pressure: An 18-year follow-up study. *Hypertension*. 2008;52:336-41.
- 12- Haussmann MF, Vleck CM, Farrar ES. A laboratory exercise to illustrate increased salivary cortisol in response to three stressful conditions using competitive ELISA. *Adv Physiol Educ*. 2007;31(1):110-5.
- 13- Vitaliano PP, Scanlan JM, Zhang Jianping S, Margaret V, Hirsch Irl B, Siegler Ilene C. A path model of chronic stress, the metabolic syndrome and coronary heart disease. *Psychosom Med*. 2002;64:418-35.
- 14- MacMahon Kenneth MA, Gregory YH. Psychological factors in heart failure. *Arch Intern Med*. 2002;162(5):509-16.
- 15- Lerman Y, Melamed S, Shragin Y, Kushnir T, Rotgoltz Y, Shirom A. Association between burnout at work and leukocyte adhesiveness/aggregation. *Psychosom Med*. 1999;61(6):828-33.
- 16- Peckerman A, LaManca J, Qureishi B, Dahl KA, Golfetti R, Yamamoto Y, et al. Baroreceptor reflex and integrative stress responses chronic fatigue syndrome. *Psychosom Med*. 2003;65:889-95.
- 17- Suarez EC. C-reactive protein is associated with psychological risk factors of cardiovascular disease in apparently healthy adults. *Psychosom Med*. 2004;66:684-91.
- 18- Ahmad KA. Anger and hostility linked to coronary heart disease. *Lancet*. 2000;355:1621.
- 19- Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction and total mortality in a community sample. *Circulation*. 1996;93(11):1976-80.
- 20- Ford DE, Mead LA, Chang PP, Cooper-Patrick L, Wang NY, Klag MJ. Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: The precursors study. *Arch Intern Med*. 1998;158:1422-6.
- 21- Miller TQ, Smith TW, Turner CW, Gujjarro ML, Hallett AJ. A meta-analytic review of hostility and physical health. *Psych Bull*. 1996;119:322-48.
- 22- Hemingway H, Marmot MG. Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: Systemic review of prospective cohort studies. *Br Med J*. 1999;318:1460-7.
- 23- Chang PP, Ford DE, Meoni LA, Wang NY, Klag MJ. Anger in young men and subsequent premature cardiovascular disease: The precursors study. *Arch Intern Med*. 2002;162:901-6.
- 24- Wulsin LR, Singal BM. Do depressive symptoms increase the risk of the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med*. 2003;65:201-10.
- 25- Light KC, Girdler SS, Sherwood A, Bragdon E, Brownley KA, West SG. High stress responsively predicts later blood pressure only in combination with positive family history and high life stress. *Hypertension*. 1999;33:1458-64.
- 26- Henry JP, Stephens PM. Stress, health and the social environment: A sociobiologic approach to medicine. New York: Springer Verlag; 1997.
- 27- Henry JP, Grim CE. Psychosocial mechanisms of primary hypertension: Editorial review. *J Hypertens*. 1990;8:783-93.

به روش گام به گام نشان داد، ۲۸٪ واریانس نمرات کل تنیدگی توسط همین سرچشمه تنیدگی تبیین می شود.

نتایج این پژوهش با آنچه مؤلفین دیگر ارائه کرده اند کاملاً هم گراست. مثلاً هالمن و همکاران [۳۶] نشان دادند که زنان دارای مقابله نارسانکشور بیش از گروه کنترل دارای اختلالات قلب و عروق هستند. کربی و همکاران [۳۷] نیز سودمندی مقابله مناسب را مورد تأیید قرار دادند. پژوهش های گوناگون حاکی از رابطه تنیدگی و مقابله با ابتلا به اختلالات قلب و عروق هستند. شرح مفصل این پژوهش ها در مقدمه همین مقاله ذکر شده است. لوگندورف و همکاران [۵۰] نیز نشان دادند که اصلاح مهارت های شناختی مقابله و حمایت اجتماعی در جریان مداخلات شناختی- رفتاری اداره تنیدگی می تواند بهزیستی روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویروس "اچ. آی. وی." را افزایش دهد.

نتیجه گیری

به نظر می رسد که رویدادهای تنیدگی را از راه محور قشری- پیرامونی و قشری- هورمونی اثرات نورونی و درون ریزی خود را برای مقابله با پیامدهای تنیدگی بر بدن اعمال می کنند. مداخله مبتنی بر مقابله روان شناختی می تواند بار تنیدگی را کاهش داده و فشار کمتری را بر دستگاه قلب و عروق وارد کند که در نهایت منجر به سلامتی بیشتر خواهد شد. به نظر می رسد، مقابله درمانگری به دلیل ماهیت آن که اصلاح راه های مقابله ای نارسانکشور را سرلوحه خود قرار می دهد، می تواند اثرات سودمندی بر سلامت افراد داشته باشد. با این وجود، محدودیت های مربوط به نمونه گیری مانع از تعمیم پذیری بی محابای نتایج پژوهش می شود. پیشنهاد می شود که بیماران مبتلا به فشار خون بالا و ایسکمی های خفیف قلبی در کنار درمان های طبی، به کمک روش های روان شناختی هم چون "مقابله درمانگری" به مهار پیامدهای تنیدگی در زندگی بپردازند.

منابع

- 1- Mason PHC. Recovering from the war: A guide for all veterans, family members, friends and therapists. Florida: Patience Press; 1990.
- 2- Brannon L, Feist J. Health psychology. Belmont: Wadsworth; 2000.
- ۳- ترور پاول، انرایت سیمون. کنترل اضطراب و تنیدگی. توننده جانی حسن، کمال پور نسرين، مترجمان. تهران: انتشارات مردنیز؛ ۱۳۷۶.
- 4- Folkman S, Lazarus RS. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
- 5- Wiedl KH. Coping-oriented therapy for schizophrenic. *Z Med Phys Psychol*. 1994;42(2):89-117.
- ۶- آقايوسفی علیرضا. روان درمانگری. قم: انتشارات شهریار؛ ۱۳۷۸.
- ۷- آقايوسفی علیرضا. نقش شخصیت و راه های مقابله ای در افسردگی و کاربرد مقابله درمانگری در شخصیت و افسردگی [پایان نامه دکتری]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۰.

- Psychosom Res. 2000;48:443-54.
- 42- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers; 2004.
- 43- Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, Finlay A. Meta-analysis: Secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med.* 2005;143(9):659-72.
- 44- Bambauer KZ, Aupont O, Stone PH, Locke SE, Mullan MG, Colagiovanni J, et al. The effect of a telephone counseling intervention on self-rated health of cardiac patients. *Psychosom Med.* 2005;67:539-45.
- 45- Cossette S, Frasure-Smith N, Lesperance F. Clinical implications of a reduction in psychological distress on cardiac prognosis in patients participating in a psychosocial intervention program. *Psychosom Med.* 2001;63:257-66.
- 46- Luutonen S, Holm H, Salminen JK, Rislä A, Salokangas RK. Inadequate treatment of depression after myocardial infarction. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106(6):434-9.
- 47- Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease: Epidemiology, biology and treatment. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;98(5):580-92.
- 48- Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation.* 1995;91:999-1005.
- 49- Phillips KM, Antoni MH, Lechner SC, Blomberg BB, Llabre MM, Avisar E, et al. Stress management intervention reduces serum cortisol and increases relaxation during treatment for nonmetastatic breast cancer. *Psychosom Med.* 2008;70:1044-9.
- 50- Lutgendorf SK, Antoni MH, Ironson G, Starr K, Costello N, Zuckerman M, et al. Changes in cognitive coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic Human Immunodeficiency Virus (HIV) seropositive gay men. *Psychosom Med.* 1998;60:204-14.
- 51- McCubbin HI, Patterson JM, Wilson LR, Corcoran K, Fischer J. Measures for clinical practice: A sourcebook. 3rd ed. New York: Free Pr; 2000.
- 52- Folkman S, Lazarus RS. The manual of coping ways questionnaire. USA: Mind Garden; 1988.
- ۵۳- آقایوسفی علیرضا. مقایسه فشار روانی و پیامدهای آن در خانواده‌های شاهد و ایثارگر استان قم [طرح پژوهشی]. قم: بنیاد شهید و امور ایثارگران استان قم؛ ۱۳۸۵.
- 28- Henry JP, Liu J, Meehan WP. Psychosocial stress and experimental hypertension. In: Laragh JM, Brenner BM, editors. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis and management. New York: Raven Press; 1995.
- 29- Kaplan JR, Manuck SB. Using ethnological principles to study psychosocial influences on coronary atherosclerosis in monkeys. *Acta Physiol Scand.* 1997;161(640):96-9.
- 30- Folkow B. Physiological aspects of the defense and defeat reactions. *Acta Physiol Scand.* 1997;161(640):34-7.
- 31- Mormede P. Genetic influences on the responses to psychosocial challenges in rats. *Acta Physiol Scand.* 1997;161(640):65-8.
- 32- Ely D, Caplea A, Dunphy G, Smith D. Physiological and neuroendocrine correlates of social position in normotensive and hypertensive rat colonies. *Acta Physiol Scand.* 1997;161(640):92-5.
- 33- Carney RM. Psychological risk factors for cardiac events. *Circulation.* 1998;97:128-9.
- 34- Angerer P, Siebert U, Kothny W, Muhlbauer D, Mudra H, Schacky C. Impact of social support, cynical hostility and anger expression on progression of coronary atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol.* 2000;36(6):1781-8.
- 35- Rozanski A. Integrating psychologic approaches in to the behavioral management of cardiac patients. *Psychosom Med.* 2005;67:S67-S73.
- 36- Hallman T, Thomsson H, Burell G, Lisspers J, Setterlind S. Stress, burnout and coping: Differences between women with coronary heart disease and healthy matched women. *J Health Psychol.* 2003;3(8):433-45.
- 37- Kirby ED, Williams VP, Matthew C, Hocking L, James D, Williams RB. Psychosocial benefits of three formats of a standardized behavioral stress management program. *Psychosom Med.* 2006;68:816-23.
- 38- Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, Watkins LL, Waugh R, Georgiades A, et al. Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease. *JAMA.* 2005;293(13):1626-34.
- 39- Linden WP, Melanie J, Leclerc J. Psychological treatment of cardiac patients: A meta-analysis. *Eur Heart J.* 2007;28(24):2972-84.
- 40- Jordan J, Barde B, Zeiher AM. Contributions toward evidence-based psychocardiology: A systematic review of the literature. Washington, DC: American Psychological Association; 2007.
- 41- Linden W. Psychological treatments in cardiac rehabilitation: Review of rationales and outcomes. *J*