

اثر بخشی مداخلات شناختی- رفتاری مدیریت استرس در کاهش عاطفه منفی
و افزایش کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به فشار خون
مریم قاسمی پورا^۱

چکیده

زمینه و هدف: مداخلات روانشناختی می‌تواند به واسطه بهبود وضعیت جسمی- روانی و اجتماعی سهم به سزایی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون داشته باشد. هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس با رویکرد شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به روش آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه شاهد انجام شده است. نمونه شامل ۲۴ بیمار با تشخیص فشارخون بود که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد که در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط افراد تکمیل گردید. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس طی هشت جلسه بر روی گروه آزمایش انجام گرفت و در این فاصله ضمن ادامه درمان‌های متداول پزشکی در هر دو گروه، گروه شاهد جهت درمان روانشناختی در لیست انتظار

۱. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خرم‌آباد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، خرم‌آباد،

۱۰۸ / اثر بخشی مداخلات شناختی- رفتاری مدیریت استرس در کاهش عاطفه منفی و ...

قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش به طور معنی‌داری نسبت به گروه

شاهد افزایش پیدا کرد ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج حاکی از اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس با رویکرد شناختی

رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به فشارخون بود.

واژه های کلیدی: فشارخون، کیفیت زندگی، شناختی- رفتاری، مدیریت استرس

مقدمه

بیماری فشار خون یکی از شایعترین بیماری‌های قلبی عروقی است که ظاهراً تحت تأثیر فشار روانی قرار دارد و در جوامع در حال توسعه رو به افزایش است (۱). نزدیک به ۲۵٪ افراد بالغ به بیماری فشار خون بالا مبتلا هستند. در کشور ایران شیوع فشار خون بالا بر اساس آمار استخراج شده از پروژه قلب سالم در بین افراد ۳۵ تا ۶۵ ساله ۲۳/۲ درصد است که این میزان در بین مردان ۲۵/۱ و در زنان ۲۱/۵ درصد می باشد در شهر خرم آباد نیز طی تحقیقات انجام شده مشخص گردیده است که حدود ۲۸٪ افراد بالای ۱۸ سال دچار فشار خون بالا (بالای ۱۴۰ درجه سیستولی و ۹۰ درجه دیاستولی) و یا مصرف داروهای ضد فشار خون می باشند (۲).

بروز فشار خون با توجه به عوامل ارثی، ضعف سیستم ایمنی بدن، سبک زندگی و افزایش سن در جمعیت افزایش می‌یابد (۳ و ۴). برخی در بروز فشار خون، حوادث تنیدگی‌زای زندگی و توان مقابله با آنها را مطرح می‌کنند (۵)، امروزه فهم و درک آسیب شناسی و درمان فشار خون از یک دیدگاه زیستی- پزشکی صرف به دیدگاهی که بیماری را متشکل از سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی می‌بیند، تبدیل شده است. یافته‌های عینی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد عوامل روانشناختی با آمادگی ابتلا به فشار خون تداخل نموده، موجب تشدید یا بهبود فرآیند بیماری می‌شود، همچنین عوامل روانشناختی بر نشانه‌های بیماری و کنترل آن تأثیر می‌گذارد (۶). وضعیت‌های روانشناختی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، خشم، ناکامی و هیجانات منفی به عنوان عوامل تسریع کننده بیماری فشار خون و کاهش

کیفیت زندگی شناخته شده‌اند (۷). تحقیقات بالینی نشان داده است که پاسخ به استرس در بیماران مبتلا به فشار خون با پیشرفت بیماری فشار خون در ارتباط است (۸). همچنین میزان همپوشی این بیماری با اختلالات روانی، که به طور عمده شامل اضطراب و افسردگی است، بالا می‌باشد.

اختلالات روانی مذکور و وقایع استرس‌زا باعث افزایش شدت بیماری شده، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در این بیماران به شدت کاهش می‌دهد (۹). مفهوم کیفیت زندگی بعد از جنگ جهانی دوم با پژوهش بر روی بیماران مبتلا به دیابت آغاز گردید و بعدها با بررسی بیماران مبتلا به ایدز پیشرفت کرد (۱۰). شاخه‌ای از کیفیت زندگی به نام کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سال‌های اخیر توجه و علاقه پژوهشی وسیعتری را به خود معطوف کرده است (۱۱). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از طریق اثرات جسمانی، هیجانی و اجتماعی بیماری بر فرد تعریف می‌شود (۱۲). توافق عمومی و فزاینده‌ای وجود دارد که بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت باید یکی از اهداف اصلی درمان در این بیماران باشد (۱۳).

پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که کیفیت زندگی مبتلایان به فشار خون پایین است. مطابق نظر Chie و همکاران کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون نامطلوب است (۱۴). در بیماران مبتلا به فشار خون کیفیت زندگی فرایندی است که از تعامل متغیرهای فیزیولوژیکی و روانشناختی ناشی می‌شود (۱۵). متغیرهای روانی اثرات مستقیمی روی کیفیت زندگی این بیماران می‌گذارد در حالی که متغیرهای فیزیولوژیکی به طور غیر مستقیم و از طریق متغیرهای روانی، اثر خود را بر کیفیت زندگی اعمال می‌کند (۱۶).

بررسی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در این افراد نشان می‌دهد که این بیماران در خرده مقیاس‌های محدودیت عاطفی و بهزیستی عاطفی نمرات پایین تری نسبت به خرده مقیاس‌های جسمانی و سلامت عمومی به دست می‌آورند. کیفیت زندگی در این بیماران یک عامل پیش‌بینی کننده برای ابتلاء به اختلالات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی است (۱۷).

گزارش شده است که مشکلات هیجانی و روانشناختی در بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند، زیاد است؛ از سوی دیگر خود این مشکلات نیز باعث کاهش هر چه بیشتر کیفیت زندگی می‌شود (۱۸). بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند به میزان بیشتری احساس

خستگی، کاهش خواب، استفراف و درد را دارا هستند؛ همچنین کیفیت زندگی پایین از طریق نقش واسطه‌ای اختلالات روانی همراه، تنگی نفس را در این افراد بالا می‌برد (۱۹). کیفیت زندگی پایین در این بیماران باعث افزایش شدت بیماری، فرسودگی، خستگی، آمادگی بیشتر برای جذب مشکلات رفتاری و محدودیت در فعالیت‌ها می‌شود (۲۰). بسیاری از پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع‌تری برای مداخله‌های روانشناختی، به منظور بهبود کیفیت زندگی این بیماران را تأیید کرده‌اند (۲۱). طیف وسیعی از درمان‌های روانشناختی شامل درمان‌های شناختی- رفتاری (۲۲)، تن آرامی، خانواده درمانی، بیوفیدبک (۲۳)، مدیریت استرس (۲۴) و درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس (۲۵) در بهبود کیفیت زندگی این بیماران اثربخش بوده است.

در این میان درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس از اساس نظری قوی برخوردار است. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به خانواده‌ای از درمان‌های مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس، توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس آور افزایش می‌دهد. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه ریزی فعالیت‌ها می‌باشد (۲۶). با توجه به افزایش روزافزون تعداد بیماران مبتلا به فشار خون در ایران و جهان و همچنین افزایش هزینه‌های ناشی از درمان و تأثیر آن بر فعالیت‌های زندگی، کیفیت زندگی این گروه از بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است (۲۷). با توجه به این که در اکثر درمان‌های روانشناختی کمتر به بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم وسیع و پیچیده (به عنوان مهمترین هدف درمانی) پرداخته شده است، هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کاهش عاطفه منفی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون قرار گرفت. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی موجود در جوامع مختلف، محقق بر آن بود تا دریابد آیا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون در جامعه ایرانی تا آن اندازه تحت تأثیر متغیرهای روانی اجتماعی قرار دارد که به تبع آن بتوان روان درمانی را

برای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران به کار برد یا این که متغیرهای جسمانی بیماری نقش تعیین کننده تری در این زمینه بازی می کنند. در این پژوهش مؤلف به مطالعه بیماران مبتلا به فشار خون پرداخت تا نگرش های منفی مرتبط با بیماری که اغلب نیز دارای بار فرهنگی - اجتماعی گسترده بودند را شناسایی نماید.

مواد و روش ها

این پژوهش از جمله طرح های آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه ی زنان مبتلا به فشار خون مراجعه کننده به بیمارستان شهدای عشایر شهر خرم آباد که در سال ۱۳۹۶ این بیماری توسط پزشک متخصص در آنها تشخیص داده شده است. دامنه سنی این زنان بین ۳۰-۵۵ سال انتخاب شد. معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی، عدم ابتلا به بیماریهای جسمی و روانی دیگر، عدم ابتلا به بیماریهای ژنتیکی، دارا بودن حداقل تحصیلات ابتدایی، علاقمندی به شرکت در جلسات درمانی. معیارهای خروج: چنانچه موردی از معیارهای ورود نقض می شدند از فرآیند پژوهش خارج می شدند که چنین اتفاقی نیفتاد. روش نمونه گیری از نوع غیر احتمالی بود به این شکل که پرونده پزشکی این بیماران مطالعه شد و از بین بیماران واجد شرایط (دامنه سنی آنها بین ۳۰-۵۵ سال بود) ۲۴ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در مرحله بعد اعضا به منظور شرکت در مطالعه فرم رضایتنامه کتبی را تکمیل و رضایت کامل خود را از حضور در مطالعه ابراز نمودند. بیماران به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. پرسشنامه کیفیت زندگی و عاطفه منفی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط همکار پژوهشگر در دو گروه اجرا و نمره گذاری شد. جلسه پیگیری دو ماه بعد از اتمام جلسات رواندرمانی انجام شد. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس طی هشت جلسه هفتگی و به مدت دو ماه در یکی از کلاس های بیمارستان شهدای عشایر شهر خرم آباد توسط دو نفر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بر روی گروه آزمایش انجام گرفت. اعضای گروه شاهد در لیست انتظار باقی ماندند و پس از اتمام مرحله پیگیری از جلسات هفتگی گروه درمانی برخوردار گشتند. تکنیک های

مورد استفاده در طول جلسات درمانی شامل آموزش الگوی شناختی به بیماران، معرفی افکار خودآیند و نگرش‌های ناکارآمد ویژه بیماری فشار خون، چالش با افکار و باورهای غیرمنطقی، آموزش تکنیک مدیریت استرس، مدیریت خود، آموزش شیوه حل مسأله، آموزش ابراز وجود، آموزش برنامه‌ریزی فعالیت‌ها، آموزش سه سبک رفتاری منفعلانه، جرأت‌ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت‌های ارتباطی برای تقویت ابراز وجود بود. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش و شاهد تحت درمان دارویی قرار داشتند و تنها تفاوت درمانی آنها از لحاظ دریافت یا عدم دریافت درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بود. مدل شناختی استفاده شده در این پژوهش بر اساس مدل Judith Beck (۲۸) بود که با توجه به شرایط و ماهیت بیماری فشار خون و نتایج حاصل از مطالعه کیفی (مصاحبه با بیماران) تغییراتی در آن داده شد و تلاش گردید تا محتوای پروتکل درمانی مطابق با فرهنگ جامعه ایرانی بومی سازی شود و شیوه‌ها و تکنیک‌های رفتاری مانند مدیریت استرس، تن آرامی، آموزش شیوه حل مسأله و آموزش ابراز وجود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها در آن ادغام شود.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) بود. پرسشنامه شامل هشت بعد (عملکرد جسمی، محدودیت نقش جسمی، درد بدن، درک کلی از سلامتی، نیرو و انرژی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش عاطفی و سلامت روان) می‌باشد که به سه بخش مجموع ابعاد جسمی، مجموع ابعاد روانی و مجموع ابعاد اجتماعی تقسیم می‌شود. هر کدام از هشت بعد امتیاز ۰ تا ۱۰۰ را دارد که امتیاز بالاتر نشان دهنده عملکرد بهتر می‌باشد. این پرسشنامه دارای استاندارد جهانی است و در ایران نیز روایی و پایایی آن تایید گردیده است. در پژوهش منتظری و همکاران تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که به جز مقیاس نشاط، سایر مقیاس‌های پرسشنامه SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. همچنین آزمون روایی همگرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ به دست آمده است. پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه با فاصله زمانی دو هفته در پژوهش دهداری و همکاران، ۰/۷۵ به دست آمده است.

همچنین پرسشنامه‌ی عاطفه PANAS: این مقیاس توسط واتسون و تلجن در سال (۱۹۸۷) برای اندازه‌گیری دو بعد خلق، یعنی عاطفه مثبت و عاطفه منفی طراحی شده است. هر خرده مقیاس ۱۰ ماده دارد. ماده‌ها بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (۱= بسیار کم تا ۵= بسیار زیاد) از سوی آزمودنی رتبه‌بندی می‌شود. اگر چارچوب زمانی به هفته جاری اشاره کند، جنبه حالت عاطفه سنجیده می‌شود و اگر زمان طولانی‌تر در نظر گرفته شود، جنبه صفت را می‌سنجد (بخشی پور، ۱۳۸۴).

در پژوهش مظفری (۱۳۸۲) آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۲ به شیوه‌ی بازآزمایی ۰/۶۵ و ۰/۶۷ به دست آمده است. از لحاظ روایی نیز با کمک این ابزار به خوبی می‌توان بیماران مضطرب و افسرده را از هم جدا کرد (۰/۰۵ <).

پایایی این دو خرده مقیاس برابر ۰/۸۷ به دست آمده است. واتسون و همکاران (۱۹۸۸) اعتبار و همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های عاطفه‌ی مثبت ۰/۸۶-۰/۹۰ و عاطفه‌ی منفی ۰/۸۴-۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (رفیعی نیا، ۱۳۸۶).

داده‌های مطالعه در نرم افزار SPSS 16 و با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نمرات پیش آزمون، به عنوان متغیرهای همگام شناخته شد و تأثیر آن بر روی نمرات پس آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی اعضای گروه نمونه $47 \pm 4/8$ سال بود. تحصیلات ۶۶/۷ درصد آزمودنی‌ها دیپلم به بالا و طول مدت ابتلا به فشار خون در بیشتر آنها بیش از ۲ ماه بود. نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش شرط تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن (با استفاده از آزمون شاپیروویلیک) برقرار است ($p < 0/05$) و با توجه به این که تعداد بیماران در دو گروه آزمایش و شاهد برابر بود ($n=12$)، استفاده از تحلیل کوواریانس بلا مانع شناخته شد.

میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی بیماران در دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بعد از چهار متغیر همگام در جدول ۱ آمده است.

۱۱۴ / اثر بخشی مداخلات شناختی- رفتاری مدیریت استرس در کاهش عاطفه منفی و

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۲۶/۴۴	۵/۰۳	۳۵/۱۲	۴/۵۰	۳۲/۹۵	۴/۸۳
شاهد	۲۷/۱۸	۷/۵۹	۲۹/۱۵	۶/۶۴	۲۸/۱۱	۶/۳۳

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات عاطفه منفی PANAS در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۲۸/۵	۱۴/۵۵	۲۰/۱۲	۷/۵۹	۱۶/۳۷	۴/۶۶
شاهد	۲۴/۱۴	۹/۶۷	۲۵/۸۶	۸/۰	۲۵/۸۶	۷/۴۰

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر زیر مقیاس های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون در مرحله پس آزمون و پیگیری

مراحل	شاخص متغیر	درجه آزادی	ضریب F	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
پس آزمون	پیش آزمون	۱	۷/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷۶	۰/۷۶۹
	عضویت گروهی	۱	۳۴/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
پیگیری	پیش آزمون	۱	۹/۲	۰/۰۰۶	۰/۳	۰/۸۲۴
	عضویت گروهی	۱	۷/۵۳۳	۰/۰۱۲	۰/۳۶	۰/۹۱

نتایج تحلیل کواریانس و تأثیر عضویت گروهی بر میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون در مرحله پس آزمون و پیگیری در جدول ملاحظه می گردد. یافته های فوق نشان می دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین های نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و شاهد) در مرحله پس آزمون معنی دار می باشد ($p < 0/05$). میزان تأثیر این مداخله ۰/۶۵ بوده است. بنابراین آموزش شناختی- رفتاری مدیریت استرس در بهبود کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مرحله پس آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. توان آماری ۱ حاکی از دقت آماری قابل قبول است. همچنین نتایج جدول ۳ نشان می دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین های نمرات کیفیت زندگی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و شاهد) در مرحله پیگیری معنی دار می باشد ($p < 0/05$). میزان تأثیر این مداخله ۰/۳۶ بوده است. بنابراین آموزش شناختی- رفتاری مدیریت استرس

در بهبود کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مرحله پیگیری گروه آزمایشی تأثیر داشته است. توان آماری ۰/۹۱ حاکی از دقت آماری قابل قبول است. نتایج تحلیل کواریانس و تأثیر عضویت گروهی بر زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی (فعالیت جسمانی، عملکرد خلقی، عملکرد اجتماعی و درک کلی از سلامتی) بیماران مبتلا به فشار خون در مرحله پس از آزمون و پیگیری در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد. یافته‌های فوق حاکی است که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی شرکت کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و شاهد) در مرحله‌ی پس از آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/05$). بنابراین آموزش شناختی- رفتاری مدیریت استرس در بهبود زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مرحله پس از آزمون و پیگیری گروه آزمایشی تأثیر داشته است. میزان تأثیر درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر بهبود هر کدام از این زیرمقیاس‌ها در جدول ۳ آمده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون در مرحله پس از آزمون و پیگیری

توان آماری	میزان تأثیر	معنی داری	ضریب F	درجه آزادی	شاخص متغیر	مراحل	زیر مقیاس‌ها
۰/۲۷۱	۰/۰۸۷	۰/۱۷۲	۲	۱	پیش آزمون	پس آزمون	فعالیت جسمانی
۰/۹۶۴	۰/۴۲۶	۰/۰۰۱	۱۵/۶۰۷	۱	عضویت گروهی		
۰/۲۸۵	۰/۰۹۲	۰/۱۶	۲/۱۱	۱	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۹۴۵	۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۳/۹۵۱	۱	عضویت گروهی		
۰/۹۷۴	۰/۴۴۳	۰/۰۰۱	۱۶/۷۱	۱	پیش آزمون	پس آزمون	عملکرد هیجانی
۰/۹۹۹	۰/۵۷	۰/۰۰۱	۲۷/۹۹۶	۱	عضویت گروهی		
۰/۹۹۷	۰/۵۳	۰/۰۰۱	۱۵/۴۰	۱	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۹۹۰	۰/۴۹	۰/۰۰۱	۲۰/۱۵۸	۱	عضویت گروهی		
۰/۹۰	۰/۳۰	۰/۰۰۵	۱۴/۸۰۷	۱	پیش آزمون	پس آزمون	عملکرد اجتماعی
۰/۹۸	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۱۷/۸۰۷	۱	عضویت گروهی		
۰/۹	۰/۳	۰/۰۰۲	۱۱/۸۵	۱	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۹۱۱	۰/۳۶	۰/۰۰۲	۱۲/۰۱۹	۱	عضویت گروهی		
۰/۹۹	۰/۴۹	۰/۰۰۸	۲۰/۰۵	۱	پیش آزمون	پس آزمون	درک کلی از سلامتی
۰/۹۹۹	۰/۵۸	۰/۰۰۱	۲۹/۴۵	۱	عضویت گروهی		
۰/۹۶	۰/۳۸	۰/۰۱	۱۵/۸۰	۱	پیش آزمون	پیگیری	
۰/۹۸۶	۰/۴۸	۰/۰۰۱	۲۰/۸	۱	عضویت گروهی		

۱۱۶ / اثر بخشی مداخلات شناختی- رفتاری مدیریت استرس در کاهش عاطفه منفی و ...

جدول ۵. خلاصه تحلیل واریانس دو عاملی آمیخته درون برون آزمودنی بر اساس سه بار اندازه گیری پرسشنامه عاطفه PANAS

مؤلفه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
عاطفه منفی	گروه (بین گروهی)	۱۴۶/۶۹۲	۱	۱۴۶/۶۹۲	۰/۷۳۷	۰/۴۰۶
PANAS	اندازه (درون گروهی)	۲۰۲/۳۱۵	۱	۲۰۲/۳۱۵	۶/۱۰۰	۰/۰۲۸
	تعامل (اندازه گروه)	۳۵۷/۵۱۵	۱	۳۵۷/۵۱۵	۱۰/۷۸۰	۰/۰۰۶

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می دهد که F به دست آمده ناشی از تأثیر آموزش مورد استفاده در طول زمان (درون گروهی) در مقایسه با مقادیر بحرانی F عاطفه منفی PANAS در سطح آلفای ۰/۰۵ و F مشاهده شده ناشی از تعامل گروه ها و آموزش مدیریت استرس و آرام سازی برای زنان مبتلا به فشار خون در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش عبارت است از تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به فشارخون در شهر خرم آباد بود. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های Shelby و همکاران (۳۱)، Park و همکاران (۳۲)، Meneses و همکاران (۳۳)، Coen (۲۵)، Tatrow و همکاران (۳۴) و Lehrer و همکاران (۳۵) همخوانی دارد. در پژوهش حاضر همانند پژوهش های Tatrow و همکاران (۳۴) و Lehrer و همکاران (۳۵) سعی شد از طریق شناسایی افکار خودآیند منفی مرتبط با بیماری فشارخون، چالش با این افکار و استفاده از تکنیک های مختلف رفتار درمانی از جمله مدیریت استرس به بهبود کیفیت زندگی این بیماران پرداخته شود.

مطابق نظر Fasihi harandi و همکاران (۱۹) کیفیت زندگی در مبتلایان به فشارخون تحت تأثیر اضطراب، افسردگی، روابط اجتماعی و شیوه تفکر و نگرش در مورد بیماری قرار می گیرد. در این پژوهش سعی شد با استفاده از درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، بهبود هر

کدام از این ابعاد و زیر مقیاس های کیفیت زندگی مورد هدف قرار گیرد. بنابراین تلاش شد تا با آموزش شیوه های مدیریت استرس از تأثیرات منفی استرس بر نشانه های این افراد کاسته شود.

در پژوهش حاضر تلاش شد تا با آموزش شیوه های مختلف چالش با افکار و نگرش های خودآیند منفی مرتبط با بیماری فشارخون، کاهش نشانه های بیماری مورد هدف قرار گرفته، در نتیجه کیفیت زندگی بیماران بهبود یابد. عملکرد خلقی معیوب که شامل علائم اضطراب و افسردگی به صورت همگام با بیماری فشار خون می باشد ابعاد مختلف کیفیت زندگی مانند میزان فعالیت ها، رضایت از زندگی، عزت نفس، کفایت روانشناختی، روابط اجتماعی و درک کلی از سلامتی را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می دهد. بهبود خلق بیماران به صورت کاهش معنی دار علائم اضطراب و افسردگی یکی از عوامل مؤثر در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون است. در تبیین اینکه چرا نتایج درمانی در مرحله پیگیری کیفیت زندگی استمرار داشته است، می توان گفت که استفاده به نسبت مکرر بیماران از تکنیک های تن آرامی، مدیریت استرس، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد مربوط به ابعاد مختلف کیفیت زندگی، بعد از اتمام جلسات روان درمانی باعث افزایش معنی دار کیفیت زندگی بیماران شده است. به طور کلی می توان گفت پایایی نسبی نتایج درمان طی دوره پیگیری به کاربرد فعالانه تکنیک های درمانی ارائه شده توسط بیماران مرتبط است. با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش های همسو با آن و مؤلفه های شناختی بارز در بیماران مبتلا به فشارخون، درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس می تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران به کار گرفته شود.

لیکن پیشنهاد می شود پژوهش های آتی قبل از کاربرد این پرسشنامه به ارزیابی کامل ویژگی های روانسنجی آن بر روی یک نمونه وسیع تر اقدام نمایند. پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی از سایر روش های روان درمانی در بهبود کیفیت زندگی همانند آرامش آموزی، نوشتن احساسات، بازخورد زیستی و هیپنوتیز، به صورت مقایسه ای استفاده شود.

در این پژوهش برای ارزیابی عاطفه منفی از خرده مقیاس عاطفه منفی پرسشنامه PANAS استفاده شد. F به دست آمده ناشی از تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه ای

شناختی رفتاری در طول زمان و F به دست آمده ناشی از تعامل گروه و اندازه در مقایسه با مقادیر بحرانی F در عاطفه منفی پرسشنامه PANAS معنادار است، که با نتایج به دست آمده از پژوهش‌های خارجی، همسو می‌باشد.

نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی آنتونی (۲۰۰۹) نشان می‌دهد روش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری، فشارهای جسمانی و میزان افکار اضطراب آور را کاهش می‌دهد و به همین دلیل می‌تواند باعث کاهش تجارب منفی و لذا عاطفه‌ی منفی شود. همچنین نقش مؤثری در افزایش سازگاری روانی اجتماعی (افزایش عاطفه‌ی مثبت، کاهش عاطفه‌ی منفی، افزایش کیفیت زندگی و کاهش مشکلات بین فردی) دارد. عواطف مثبت و منفی به ترتیب تحت تأثیر رویدادهای خوشایند و ناخوشایند ایجاد می‌شوند. درمان فشارخون و پیامدهای آن، از جمله تجارب ناخوشایند و غیرقابل اجتناب است که می‌تواند عواطف منفی، اضطراب و افسردگی را به دنبال داشته باشد. در برخی جلسات آموزشی این برنامه درمانی به آموزش مدیریت استرس و حل مسئله اختصاص یافته است. بازسازی شناختی و آموزش حل مسئله به آنها توانایی مقابله با شرایط را می‌دهد و همین مسأله تا حد زیادی میزان ناخوشایند بودن رویدادها را کاهش می‌دهد، لذا باعث کاهش عواطف منفی می‌گردد (گیس داویس، ۲۰۰۶).

تقدیر و تشکر

از حمایت مالی و معنوی باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم آباد از این تحقیق قدردانی می‌شود. همچنین از زحمات و همکاری کارکنان بهداشتی بیمارستان شهدای عشایر شهر خرم آباد و بیماران مبتلا به فشارخون که در این پژوهش با پژوهشگر همکاری داشتند، تشکر می‌شود. سلامتی و توفیق روزافزون آنها را از خداوند متعال خواستاریم.

منابع:

- اوکانل، سوزان؛ برنابار اسنلتزر. بیماریهای زنان و پستان و تناسلی- ادراری مردان، ترجمه‌ی پوران سامی. تهران؛ نشر و تبلیغ بشری، تحفه، ۱۳۸۳؛ ۱۴۴.
- وایت، کریک. ا. درمان شناختی- رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی: راهنمای عملی

برای ارزیابی و درمان، ترجمه مولوی، رضا فتاحی، کتایون. تهران: انتشارات ارجمند ۱۳۸۹، چاپ اول.

– اقتدار، سامره. مقدسیان، سیما، ابراهیمی، سین. مهدی پورزراع، نسرين. موسوی، سید محسن. جاسمی، مدینه. کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز تحقیقات هماتولوژی و آنکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. مجله پرستاری و مامایی تبریز ۱۳۸۷، ۱۸، ۱۱-۱۲.

– کمالی، علی. بررسی میزان اضطراب در زنان مبتلا به سرطان سینه، مجله تحقیقات پزشکی ۱۳۸۶؛ شماره ۱۲، ۴۸-۴۰.

– صفایی، آ.، دهکردی، ب. و طباطبایی، س. ح. ر. بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان. ارمغان دانش ۱۳۸۶؛ ۱۲(۲)، ۸۷-۷۹.

- Benson H. The relaxation response. Translated to Persian by: Jamalian R. 1st ed. Tehran: Nasle Noandish, 1935: 27-9.
- Hayati F. Shahsavari A. What women should know about Breast Cancer. Tehran: Publisher institute of computer science; 1389: 5-43.
- American cancer society. Educational collection of reproductive health and training method. Cancer and Menopause 2009; 44:21-22.
- Chen, H, Bert, A. Psychological Factors and Cancer Development: Evidence after 30 Years of Research. Clinical Psychology Review 2004; 24: 315-338.
- Hilakivi, Clarke. Psychosocial Factors in the Development and Progression of Breast Cancer. Breast Cancer Res Treat 1993; 29: 141-160.
- Anderson, M. Involvement in Decision Making and Breast Cancer Survivor Quality of Life. Health Psychology 2009; 28: 29-37.
- Straus, R. O. Health Psychology, New York: Worth Publishers 2002.
- Yarbro, C. H., Frogge, M., & Goodman, M. Cancer nursing: Principles and practice. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers 2005.

- Giovagnoli AR, Meneses RF, da Silva AM. The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy Behave* 2006; 9(1): 9-133.
- Guggenmoos-Holzmann, I, Bloomfield K, Brenner H, Flick, U. Quality of life and health. Berlin: Blackwell Wissenschafts.1995. 38(6): 143-152.
- Sousa, K. H., Kwok, O. Putting Wilson and clearly to the test: Analysis of a HRQOL conceptual model using structural equation modeling. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation* 2006; 15(4), 725-737.
- Issa BA, Baiyewu O. Quality of life of patients with diabetes mellitus in a Nigerian Teaching Hospital. *Hong Kong Journal of Psychiatry* 2006; 16: 27-33.
- Chie, W. C., Huang, C. S., Chen, J. H., & Chang, K. J. Measurement of the quality of life during different clinical phases of breast cancer. *Journal of Formosan Medical Association*1999; 98(4), 245-260.
- Vander, J. Searching foe and Making Meaning after Breast Cancer. *Social Science & Medicine*; Article in press 2009.
- Cheang, A. Cooper, CI. Psychological Factors in Breast Cancer. *Journal of Personality* 2004; 1:6-16.
- Fasihi harandi T, Anooshe M, Ghofrani poor F, Montazeri A, Ahmadi F, Mohamadi E, Niknami SH. Quality of life in women with breast cancer: qualitative study. *J of Payesh* 1390; 11(1): 8-73.
- Safaee A, Zeighami B, Tabatabaee SM, Moghimidehkordi B. Quality of life and effective factors on it in patients with breast cancer under chemotherapy. *J of Epidemiology of Iran* 1386; 3(3-4): 55-60.
- Evans, R. L., and Connis, R. T. Effect of cognitive- behavioral group therapy- treatment of anxiety and deression in patients with breast cancer, in *PubMed Central will retrieve Public Health Rep*1995; 110(3), 306-311.

- Salehi M, Shariati A, Ansari M, Latifi M. Effect of benson relaxation therapy on quality of life in breast cancer patients undergoing chemoth - erapy. J of chronic disease care of JundiShaur 1391; 1(1): 1-8.
- Souhami R. Cancer and its Management. 4th ed, England: Dorval; 2003: 3-8.
- Coen BL. Effect of stress management on asthma severity and immune function in adolescent. Toledo: Medical College of Ohio at Toledo; 1994. .5-190.
- Linden W. Stress management: from basic science to better practice. Philadelphia: SAGE Publication; 2005. P. 5-83.
- Weilu, S. Impact of diagnosed breast cancer on quality of life among Chinese women, Breast Cancer Research and Treatment 2007; 102(2), 201-210.
- Beck J. Cognitive therapy: basics and beyond. Trans. Abedi M, Dorahaki E. Isfahan: Golhayeh Mohamadi 2002;12-55.
- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergamson, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Fliberti, A., Flechtiner, H., & Fleishman, S. B. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trial in oncology. Journal of the National Cancer Institute 1993; 85, 365-376.
- Shelby, R. A. Understanding the effectiveness of interventions for cancer patient. PhD dissertation, The Ohio State University; 2006. 45-120.
- Park, J. H., Bae, S. H., Jung, Y.S., & Kim, K.S. Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psycho-educational support program: A pilot study. Cancer Nursing 2012; 35(1), 34-41.
- Meneses, K. D., McNees, ., Loerzel, V. W., Su, x., Zhang, Y., & Hassey, L. A. Transition from treatment to survivorship: Effects of a psycho educational intervention on quality of life in breast cancer survivors.

۱۲۲ / اثر بخشی مداخلات شناختی- رفتاری مدیریت استرس در کاهش عاطفه منفی و

Oncology Nursing Forum 2007; 34(5), 1007-1016.

- Tatrow, K., and Montgomery, G, H. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and Pain In Breast Cancer Patient: A meta-Analysis, Journal of Behavioral Medicine 2006; 29(1), 17-27.
- Lehrer PM, Karavidas MK, Lu SE, Feldman J, Kranitz L, Abraham S, et al. Psychological treatment of comorbid asthma and panic disorder: a pilot study. J Anxiety Discord 2008; 22(4): 83-671.