

بررسی اثربخشی درمان ایمن‌سازی در برابر استرس بر کیفیت‌زندگی و استرس ادراک‌شده بیماران قلبی-عروقی

مهتاب بیرانوندی^۱، دکتر منیژه فیروزی^۲

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲. دکترای روان‌شناسی سلامت، استادیار دانشگاه تهران، تهران، ایران

افلاک/سال یازدهم/ شماره ۳۸ و ۳۹/ بهار و تابستان ۱۳۹۷

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع روزافزون بیماری‌های قلبی-عروقی، ضرورت ایجاد می‌کند با شناسایی عوامل زمینه‌ساز یا تشدیدکننده بیماری‌های قلبی، اقدامات پیشگیرانه لازم از طریق ارائه راهکارها و الگوهایی برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش رفتارهای خطرناک این بیماری فراهم شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ایمن‌سازی در برابر استرس، بر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی شهرستان خرم‌آباد انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری بود. جامعه آماری، کلیه بیماران قلبی-عروقی شهر خرم‌آباد بود. یک نمونه ۶۶ نفری از بیماران قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان تخصصی قلب به طور تصادفی در ۲ گروه کنترل و گروه آزمایش قرار گرفتند. افراد گروه درمان ایمن‌سازی در برابر استرس، تحت ۱۰ جلسه گروه‌درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل فقط درمان‌های روتین را دریافت کردند و آزمون پیگیری ۲ ماه بعد از پس‌آزمون صورت گرفت. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه استرس ادراک‌شده کوهن و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی استفاده شد. جهت تحلیل اصلی داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده گردید.

یافته‌ها: مقایسه میانگین نمرات استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی در دو گروه مورد مطالعه (کنترل و آزمایش)، در سه زمان مورد مطالعه (پیش و پس و پیگیری)، حاکی از آن است که درمان ایمن‌سازی در برابر استرس موفق عمل کرده، توانسته استرس ادراک‌شده را کاهش و کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی را افزایش دهد ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: با درمان ایمن‌سازی در برابر استرس درمان‌جویان می‌توانند فنونی را که فراگرفته‌اند، در موقعیت‌های استرس‌زای زندگی بکار گیرند و دریابند که قادر به تصمیم‌گیری و کنترل رویدادهای استرس‌زای زندگی خود بوده، احساس رضایت درونی کرده و این باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌گردد. پیشنهاد می‌شود که این شیوه‌ی روان‌درمانی جهت کنترل استرس بیماران قلبی و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران، در کنار درمان‌های پزشکی به روان‌شناسان و پرستاران بیمارستان آموزش داده شود.

واژه‌های کلیدی: درمان ایمن‌سازی در برابر استرس، استرس ادراک‌شده، کیفیت زندگی، بیماران قلبی-عروقی.

آدرس مکاتبه: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران، تهران، ایران

پست الکترونیک: beyranvandi@yahoo.com

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی از جمله بیماری‌های روان تنی هستند (۱)، که علاوه بر عوامل زیستی، تحت تأثیر عوامل روانی-اجتماعی نیز قرار دارند (۲). مدل زیستی-روانی-اجتماعی (بیوسایکوسوشیال)، دو دیدگاه زیستی-طبی و روانی-اجتماعی را برای تبیین بیماری و سلامتی ادغام کرده است. بر طبق این مدل، عوامل زیست‌شناختی می‌توانند آمادگی ژنتیکی، سبک غذایی و عدم تعادل‌های بیوشیمیایی باشند. عوامل روان‌شناختی هم رفتارها، شخصیت افراد و بالأخره عوامل اجتماعی شامل اعضای خانواده، محیط خانه و وقایع می‌باشد؛ بنابراین می‌توان پذیرفت بیماری قلبی از لحاظ علت‌شناسی و درمان، چندعاملی است (۳)؛ که یکی از این عوامل، استرس است. استرس یا فشار روانی ناشی از رویدادهای روزمره زندگی به تدریج، فعالیت سیستم‌های مختلف بدن را تحت تأثیر قرار داده و عملکرد آنها را تضعیف و مختل می‌سازد و با تضعیف سیستم ایمنی، استعداد ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمی (از جمله بیماری قلبی) را افزایش می‌دهد. از طرفی، استرس ادراک‌شده برگرفته از نظریه لازاروس و فولکمن^۱ (۴)، درباره نقش ارزیابی در فرایند استرس است. درحقیقت استرس ادراک‌شده به درجه‌ای که افراد رویدادهای زندگیشان را غیرقابل پیش‌بینی، غیرقابل کنترل و پرفشار ارزیابی می‌کنند، اشاره دارد (۵)؛ بنابراین چون استرس هم می‌تواند باعث ابتلا به بیماری قلبی شود و هم می‌تواند باعث تشدید این بیماری شود (۶)، در نتیجه این مؤلفه در بیماران قلبی-عروقی باید مورد بحث و بررسی قرار

گیرد. بیماری قلبی-عروقی، بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد. برای کیفیت زندگی تعاریف زیادی وجود دارد از جمله تعریف فرانز و پاور^۲: کیفیت زندگی را رضایت یا عدم رضایت از ابعادی از زندگی فرد دانسته که برای او مهم می‌باشد (۷). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس کیفیت زندگی، موضوعی کاملاً ذهنی و شخصی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (۸،۹). بیماری باعث اختلال در چرخه زندگی اقتصادی، حرفه‌ای و فردی بیماران شده و عملکرد جسمانی، روانشناختی و در نهایت کیفیت زندگی آنان را کاهش می‌دهد (۱۰). از طرفی، همراهی اضطراب و استرس با یک بیماری مزمن نظیر بیماری‌های قلبی، باعث افزایش مرگ‌ومیر، ناتوانی، افزایش نیاز به استفاده از خدمات بهداشتی و هزینه‌ها و در نهایت باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۱۱،۱۳). در نتیجه برای کاهش استرس و همچنین ارتقاء کیفیت زندگی بیماران قلبی باید چاره‌ای اندیشید. اساس درمان در بیماری‌های قلبی، درمان دارویی و غیر دارویی (روان‌درمانی)، است که اصولاً درمان‌های غیر دارویی در این بیماران در جهت حذف عوامل زمینه‌ای و تغییر سبک زندگی فرد است (۱۴). بر اساس مطالعه برگمن و برترو^۳ (۲۰۰۱)، بیماران ممکن است

1. Lazarus RS. & Folkman S.
2. Franz and Power
3. Bergman E & Bertero EC.

درمان طبی را راحت بپذیرند، اما تغییر در شیوه زندگی را کمتر می‌پذیرند (۱۵). گروه‌درمانی از نظر هزینه و مدت درمان با صرفه‌تر از روان‌درمانی فردی است، از طرفی، فرد در گروه، نحوه برخورد خود را با اجتماع می‌بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می‌شود؛ بنابراین ما در این پژوهش مداخلات درمانی را گروه درمانی استفاده کرده‌ایم. در حال حاضر استفاده از مداخلات شناختی- رفتاری با رویکرد پیشگیری‌کننده در حوزه سلامت مورد توجه است. در این بین یکی از کارآمدترین روش‌های پیشگیرانه، برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس (SIT)^۱، است که توسط مایکنیام^۲ در سال ۱۹۸۵ مطرح شد. آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس مانند ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌های جسمانی، بر پایه مواجهه با شرایط استرس‌زا در فرد به منظور تشکیل پادتن‌های روان‌شناختی یا مهارت‌های مقابله با استرس به وجود آمده است (۱۶). برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کاربرد برخی از تکنیک‌های مدیریت استرس از طریق کاهش فشارخون، توان انقباض عروقی را کاهش داده و موجب بهبود عملکرد قلب و ارتقاء کیفیت زندگی می‌شود (۳۳). در مطالعه دیگر نشان داده شد که درصد مهمی از بیماران پس از جراحی، فعالیت‌های اجتماعی و طبیعی خود را باز نمی‌یابند و پیشنهاد شده که برای ارتقاء کیفیت زندگی از تکنیک‌های مدیریت استرس استفاده شود (۳۳). همچنین پژوهش‌های انجام شده در زمینه نقش متغیرهای روان‌شناختی بر روند بهبود بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نشان داده‌اند که استفاده از راه‌های مقابله با استرس در

روند برخی از بیماران که دچار انفارکتوس قلبی بودند مؤثر بوده است و این بیماران سازگاری اجتماعی و روانی بیشتری را بعد از ترخیص از بیمارستان نشان داده‌اند (۳۳). لذا با توجه به شیوع روز افزون بیماری‌های قلبی، تظاهرات جسمانی- روانی این بیماری، تأثیرات نامطلوب بیماری بر کیفیت زندگی این بیماران، نقش استرس در ایجاد مشکلات روان‌شناختی همایند در بیماران قلبی، کاهش بقاء و افزایش مرگ‌ومیر این بیماران، مشکلات اقتصادی، عوارض حاصل از مصرف داروها و با توجه به این نکته که در کشور ما درباره روش‌های درمانی غیر دارویی و روان‌شناختی این بیماران، پژوهش‌های زیادی به عمل نیامده لذا این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی درمان ایمن‌سازی در برابر استرس بر میزان استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری است. جامعه آماری کلیه بیماران قلبی- عروقی شهرستان خرم‌آباد لرستان بود. یک نمونه ۶۶ نفری از بیماران قلبی- عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان تخصصی قلبی این شهرستان در سال ۱۳۹۶، انتخاب شدند و به طور تصادفی در ۲ گروه کنترل و گروه آزمایش (درمان ایمن‌سازی در برابر استرس) ۳۳ نفری قرار گرفتند. معیار ورود به پژوهش شامل: تمایل به شرکت در پژوهش، تشخیص بالینی بیماری قلبی-

1. Stress Inoculation Training
2. Meichenbaum

عروقی، دامنه سنی ۳۰-۶۵ سال، ساکن شهر خرم‌آباد، سواد خواندن و نوشتن، داشتن رژیم درمانی مشابه که شامل قرص نیتروکانتین (قرص زیربانی) و قرص پروپرانولول بود و معیار خروج یا حذف شامل: عدم تمایل به شرکت در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه در برنامه‌های درمان، داشتن سابقه روان‌پزشکی (مانند اختلالات روان‌پزشکی از جمله اسکیزوفرنی و یا افسردگی اساسی)، داشتن اختلالات یادگیری و یا بیماری‌هایی که بر یادگیری آنها تأثیر مستقیم داشته باشد، داشتن سابقه بیماری‌های جسمی قابل توجه و تأثیرگذار در نتایج پژوهش مانند دیابت پیشرفته و... پس از واری معیارهای ورود و خروج، اطلاعات ۶ نفر از دور پردازش خارج شد و در نهایت اطلاعات ۲ گروه ۳۰ نفری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای گردآوری اطلاعات برای متغیر استرس، از پرسشنامه استرس ادراک‌شده کوهن^۱ استفاده شده و برای سنجش کیفیت زندگی، از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی^۲، استفاده شد. پرسشنامه استرس ادراک‌شده در سال ۱۹۸۳، توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای ۱۴ ماده است که برای سنجش میزان استرسی که شخص در طول یک ماه گذشته در زندگی خود تجربه کرده است، به کار می‌رود. نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت هرگز (۰)، تقریباً هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب اوقات (۳) و بسیاری از اوقات (۴) بود. عبارات ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰ و ۱۳ به طور معکوس نمره‌گذاری شده و از هرگز (۴) تا بسیاری از اوقات (۰) را شامل می‌شود. کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین

نمره (۵۶) می‌باشد. نمره برش ۲۱/۸ و نمره کسب شده بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک شده بیشتر بود. پایایی این آزمون به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش شده است و بطور کلی ملاکهای روایی این مقیاس تحت تأثیر جنسیت و سن قرار نمی‌گیرد و روایی مناسبی دارد (۱۷). این مقیاس توسط قربانی و همکاران (۲۰۰۲)، در پژوهشی بین فرهنگی آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱، برای آزمودنی‌های ایرانی و ۰/۸۶ برای آزمودنی‌های آمریکایی نشان داده است (۱۸). پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی (WHOQOL-BREF)، یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶، توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه به ۲۶ سوال ساخته شد (۹). این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. به هر یک از ۲۶ سوال، نمره ۱ تا ۵ داده می‌شود. دامنه نمرات زیرمقیاس سلامت جسمی بین ۷ تا ۳۵ خواهد بود، دامنه نمرات زیرمقیاس سلامت روان بین ۶ تا ۳۰، دامنه نمرات زیر مقیاس روابط اجتماعی بین ۳ تا ۱۵، زیرمقیاس سلامت محیط بین ۸ تا ۴۰ و دامنه نمرات کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی نیز بین ۲ تا ۱۰ خواهد بود. در نتایج

1. Cohen S, Kamarck T & Mermelstein RA.

2. WHO Quality of Life Group

گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و نمره کل گزارش شده است. در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵)، برای پایایی مقیاس کیفیت زندگی از سه روش بازآزمایی با فاصله سه‌هفته‌ای، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷، ۰/۸۴ بود. نصیری (۱۳۸۵)، به منظور تعیین روایی مقیاس از روش روایی همزمان استفاده کرد و رابطه نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن را با نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت‌عمومی از طریق ضریب همبستگی سنجید (۱۹). همچنین پایایی مقیاس کیفیت زندگی را رحیمی (۱۳۸۵)، سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است (۲۰). در تحقیقی یوسفی و صفری (۱۳۸۸)، برای تعیین روایی از همبستگی نمره کلی هر بعد با تک‌تک سؤال‌های تشکیل‌دهنده آن بعد استفاده شد. دامنه ضریب‌های همبستگی به‌دست آمده از ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ بود و همه ضریب‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. هر گویه نیز بیشترین همبستگی را با بعد مربوط به خود داشت (۲۱). افراد گروه درمان ایمن‌سازی در برابر استرس، تحت ۱۰ جلسه گروه‌درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد و جهت ارائه

نتایج و توزیع فراوانی و ارزیابی همگنی متغیرهای کیفی بین دو گروه از آزمون کای‌دو استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پیوسته در گروه‌های مورد مطالعه از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. پس از احراز فرض نرمال بودن داده‌ها جهت تحلیل اصلی داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری^۱ و برای مقایسه متغیر رتبه‌ای (سن، وضعیت اقتصادی) و برای بررسی فرض همگنی گروه‌ها از نظر وضعیت جنسی از آزمون کای‌دو استفاده شده است. از آزمون من ویتنی استفاده و نتایج در سطح معناداری ۰/۰۵ گزارش گردید. از جمله ملاحظات اخلاقی این پژوهش عبارتند از: شرکت بیماران در پژوهش بر اساس تمایل داوطلبانه بود (رضایت کتبی و شفاهی شرط اصلی انجام پژوهش بود)، فرم رضایت‌نامه به بیماران داده شد و هدف پژوهش به‌طور وضوح به بیماران شرح داده شد، اطلاعات محرمانه بودند و محرمانه بودن اطلاعات به بیماران اطلاع داده شد (نام و نام‌خانوادگی بیماران در پرسشنامه قید نشده بلکه کدبندی شد) و کسانی که تمایل داشتند از نتیجه تحقیق آگاه شوند، نتایج در اختیار آنها قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ نمایش داده شده است. با مقایسه دوبه‌دوی تغییرات میانگین نمره استرس بین گروه‌های مورد مطالعه مشاهده شد که تغییرات میانگین نمره استرس گروه

1. Repeated Measure ANOVA

آزمایش در مقایسه با کنترل معنی‌دار می‌باشد ($P=0/027$). استرس، توانسته استرس بیماران قلبی- عروقی را کاهش دهد پس می‌توان نتیجه گرفت که درمان ایمن‌سازی در برابر (جدول شماره ۲).

پروتکل درمانی ایمن‌سازی در برابر استرس

جلسات	محتوا	تکالیف
اول	اجرای پیش‌آزمون، معرفی اعضاء، برقراری ارتباط و تقویت رابطه مبتنی بر همکاری، مفهوم‌سازی مشکل و توضیح کلی از روش درمان، تعریف استرس و آشنایی با علائم جسمانی، روانی و رفتاری استرس.	نوشتن هدف درمان و مشکلات ناشی از استرس در زندگی روزانه
دوم	بحث و بررسی مشکلات ناشی از استرس در زندگی روزانه و آموزش شیوه‌های مقابله با استرس.	نوشتن شیوه‌های مقابله با استرس در فرد
سوم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش و تمرین تکنیک آرام‌سازی عضلانی (ریلکسیشن).	تمرین تکنیک آرام‌سازی عضلانی (ریلکسیشن)
چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، شناسایی افکار خودآیند منفی، خطاهای شناختی و تکنیک توقف فکر.	تمرین شناسایی افکار خودآیند منفی، خطاهای شناختی و تکنیک توقف فکر
پنجم	مرور تکالیف، بازسازی شناختی، جایگزین کردن افکار خودآیند مثبت به جای افکار منفی.	تمرین بازسازی شناختی یا جایگزین کردن افکار خودآیند مثبت به جای افکار منفی
ششم	مرور تکالیف، آموزش شیوه حل مسئله (مسئله‌گشایی).	تمرین حل مسئله
هفتم	مرور تکالیف، آموزش مدیریت خود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها.	تمرین برنامه‌ریزی کردن
هشتم	مرور تکالیف، آموزش مدیریت خشم.	تمرین مدیریت خشم
نهم	بررسی تکالیف، آموزش مهارت ابراز وجود و قاطعیت به صورت نظری و عملی.	تمرین مهارت ابراز وجود
دهم	مرور تکالیف و جمع‌بندی مطالب آموزشی و در نهایت اجرای پس‌آزمون.	اجرای پس‌آزمون

جدول شماره ۱: جدول توافقی افراد مورد مطالعه بر حسب مشخصات فردی و گروه مورد مطالعه

جمع	آزمایش	کنترل	گروه	
			متغیر	متغیر
(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	زن	جنس
۲۷(۴۵)	۱۴(۷/۴۶)	۱۳(۴۳/۳)	مرد	
۳۳(۵۵)	۱۶(۳/۵۳)	۱۷(۵۶/۷)	زیردیپلم	تحصیلات
۵۳(۸۸/۳)	۲۷(۹۰)	۲۶(۸۶/۷)	فوق‌دیپلم و بالاتر	
۷(۱۱/۷)	۳(۱۰)	۴(۱۳/۳)	عالی	وضعیت اقتصادی
۱۳(۴۳/۳)	۱۳(۴۳/۳)	۲۶(۷/۸۶)	متوسط	
۶(۱۰)	۳(۱۰)	۳(۱۰)	ضعیف	
۷(۱۱/۷)	۳(۱۰)	۴(۳/۱۳۰)	۳۰-۴۰	سن
۲۳(۳۸/۳)	۱۲(۴۰)	۱۱(۷/۳۶)	۴۱-۵۰	
۳۰(۵۰)	۱۵(۵۰)	۱۵(۵۰)	۵۱-۶۰	

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره استرس در طول زمان بین گروه‌های مورد مطالعه

				پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری		
گروه	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	P درون گروهی	اثر زمان	اثر گروه × زمان	اندازه اثر	توان آزمون
کنترل	۴۱/۱ ± ۴/۳۰	۴۱/۳ ± ۴/۴۸	۴۰/۹ ± ۴/۱۱	۰/۲۹۷	۰/۰۱۴	۰/۰۴۹	۰/۰۵	۰/۵۵
آزمایش	۴۱/۸۳ ± ۴/۴۸	۴۴/۵۳ ± ۵/۸	۴۲/۶۳ ± ۵/۰۶	۰/۰۲۷				

کیفیت زندگی دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کل می‌باشد. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی؛ که یافته‌های مربوط به این متغیر در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمره زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی در طول زمان بین گروه‌های مورد مطالعه

		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری					
ابعاد	گروه	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	P درون گروهی	اثر زمان	اثر گروه × زمان	اندازه اثر	توان آزمون
کیفیت سلامت جسمی	کنترل	۳۶/۱۹ ± ۱۱/۳۹	۳۶/۴۲ ± ۱۱/۱۹	۳۶/۴۲ ± ۱۱/۱۹	۰/۱۳۵	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۹
	آزمایش	۴۰/۵۹ ± ۸/۸۲	۴۴/۴ ± ۵/۹	۴۵/۳۵ ± ۶/۳۲	۰/۰۰۲	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۹
کیفیت سلامت روانی	کنترل	۳۱/۹۴ ± ۹/۳۰	۳۳/۱۹ ± ۷/۶۹	۳۳/۱۹ ± ۷/۶۹	۰/۲۶	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۷	۰/۹۹
	آزمایش	۳۵/۸۳ ± ۸/۰۱	۴۲/۵۰ ± ۷/۴۵	۴۳/۳۳ ± ۷/۴۶	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۷	۰/۹۹
کیفیت رابطه اجتماع	کنترل	۳۹/۴۴ ± ۱۳/۱۱	۳۹/۷۲ ± ۱۲/۸۸	۳۹/۷۲ ± ۱۲/۸۸	۰/۳۲۶	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۹
	آزمایش	۴۱/۱۱ ± ۱۱/۷۷	۴۳/۸۸ ± ۱۰/۷	۴۳/۸۸ ± ۱۰/۷۰	۰/۰۵۷	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۹
کیفیت سلامت محیط	کنترل	۴۰/۶۲ ± ۸/۰۸	۴۱/۴۵ ± ۷/۶۵	۴۱/۴۵ ± ۷/۶۵	۰/۰۱۸	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹
	آزمایش	۴۲/۸۱ ± ۷/۵۲	۴۵/۵۲ ± ۵/۷۲	۴۶/۶۶ ± ۵/۷	۰/۰۰۳	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹
کیفیت کل	کنترل	۳۲/۹۱ ± ۱۶/۵۷	۳۳/۷۵ ± ۱۵/۴۴	۳۳/۷۵ ± ۱۵/۴۴	۰/۱۶۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۹
	آزمایش	۳۷/۵۰ ± ۱۲/۲۸	۴۵/۴۱ ± ۶/۹۵	۴۵/۸۳ ± ۶/۸۳	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	< ۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۹

در این زمینه توان ۰/۹۹ نشان‌دهنده توان بالای آزمون می‌باشد. با مقایسه دوبه‌دو تغییرات میانگین دو گروه در طول زمان مشخص شد که تغییرات میانگین گروه آزمایش (ایمن‌سازی در برابر استرس)، در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد ($P=۰/۰۰۲$). در مورد میانگین زیرمقیاس

در مورد میانگین زیرمقیاس کیفیت سلامت جسمی، نتایج نشان داد که برای افراد گروه کنترل بین میانگین تغییرات در سه زمان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P=۰/۱۳۵$)، اما در گروه آزمایش (ایمن‌سازی در برابر استرس)، بین میانگین تغییرات در سه زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$)؛ که

زمان تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). در کل معنی دار بودن اثر زمان در گروه نشان داد که بین تغییرات میانگین نمرات دو گروه در طول زمان تفاوت معنی داری وجود دارد. ($P < 0/001$) که در این زمینه توان $0/99$ نشان‌دهنده توان بالای آزمون می‌باشد. با مقایسه دوبه‌دو تغییرات میانگین دو گروه در طول زمان مشخص شد که تغییرات میانگین گروه آزمایش (درمان ایمن‌سازی در برابر استرس)، تفاوت معنی داری با گروه کنترل دارد ($P < 0/001$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این درمان توانسته باعث ارتقاء کیفیت زندگی بیماران شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان ایمن‌سازی در برابر استرس بر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی انجام گرفت. نتایج تحقیقات نشان داد که این درمان توانسته به میزان قابل توجهی استرس ادراک شده بیماران قلبی را کاهش و کیفیت زندگی این بیماران را افزایش دهد. افراد در جلسات گروه درمانی ایمن‌سازی در برابر استرس یا (SIT)، مهارت حل مسئله، ابراز وجود منطقی، ایفای نقش، جرأت‌آموزی، مهارت‌های بین فردی، خودگویی‌های مثبت و دیگر مهارت‌های خودکنترلی را می‌آموزند و در موقعیت‌های طبیعی زندگی خود بکار می‌گیرند. در چنین شرایطی افراد به شایستگی شناختی و کفایت رفتاری دست می‌یابند و بهتر می‌توانند متناسب با شرایط محیطی، رفتارهای منطقی‌تر از خود نشان دهند. این به نوبه خود موجب کاهش تنش‌های

کیفیت سلامت‌روانی، نتایج نشان داد که برای افراد گروه کنترل بین میانگین تغییرات در سه زمان تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P = 0/26$)؛ اما در گروه آزمایش (درمان ایمن‌سازی در برابر استرس) که در این زمینه توان $0/99$ نشان‌دهنده توان بالای آزمون می‌باشد. با مقایسه دوبه‌دو تغییرات میانگین دو گروه در طول زمان مشخص شد که تغییرات میانگین گروه آزمایش (درمان ایمن‌سازی در برابر استرس)، تفاوت معنی داری با گروه کنترل دارد ($P < 0/001$). در مورد میانگین زیر مقیاس کیفیت رابطه اجتماعی، نتایج نشان داد که برای افراد گروه کنترل بین میانگین تغییرات در سه زمان تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P = 0/326$). همچنین در گروه آزمایش (درمان ایمن‌سازی در برابر استرس)، نیز بین میانگین تغییرات در سه زمان تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P = 0/057$). با مقایسه دوبه‌دو تغییرات میانگین دو گروه در طول زمان مشخص شد که تغییرات میانگین گروه آزمایش (درمان ایمن‌سازی در برابر استرس)، تفاوت معنی داری با گروه کنترل ندارد ($P = 0/086$). در مورد میانگین زیر مقیاس کیفیت سلامت محیط، نتایج نشان داد که برای افراد گروه کنترل و آزمایش (درمان ایمن‌سازی در برابر استرس)، بین میانگین تغییرات در سه زمان تفاوت معنی داری وجود دارد ($P = 0/05$)؛ که در این زمینه توان $0/99$ نشان‌دهنده توان بالای آزمون می‌باشد. با مقایسه دوبه‌دو تغییرات میانگین دو گروه در طول زمان مشخص شد که تغییرات میانگین گروه آزمایش (درمان ایمن‌سازی در برابر استرس) بین میانگین تغییرات در سه

مسلح می‌کنند. درمان‌جویان می‌توانند فنونی را که فرا گرفته‌اند، در موقعیت‌های استرس‌زای زندگی بکار گیرند و درمی‌یابند که قادر به تصمیم‌گیری و کنترل رویدادهای زندگی خود و اقدام مؤثر جهت دستیابی به نتیجه مطلوب و بهینه هستند احساس رضایت درونی کرده و این باعث افزایش کیفیت زندگی می‌گردد. اینگونه افراد وقتی که در موقعیت‌های استرس‌انگیز زندگی قرار می‌گیرند، چون مجهز به مهارت‌های شناختی و رفتاری هستند، شرایط موجود را به چالش می‌کشند و به طور خلاقانه و مسئله‌مدارانه با مشکلات برخورد می‌کنند. نتیجه اینگونه برخوردها موجب می‌گردد آن‌ها کمتر تحت تأثیر فشار روانی و عوارض آن قرار گیرند (۲۸،۲۷)؛ بنابراین، بهبود کیفیت زندگی بیماران در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به عنوان یک مفهوم اساسی، یکی از مهمترین اهداف درمانی SIT است (۳۰،۲۹) که این پژوهش نیز مؤید این نکته است. همچنین نتایج این تحقیق با نتایج مطالعات میشلسن و همکاران (۲۰۰۵) که بیانگر تأثیر برنامه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران عروق کرونر است، همخوانی دارد (۳۱). همچنین در پژوهش حمید و همکاران (۱۳۹۰)، تحت عنوان آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران ام اس، نتایج نشان داد که آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس، باعث کاهش معناداری در میزان افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران ام اس می‌شود (۳۲). امینیان و همکاران (۱۳۹۳)، در تحقیقی با عنوان اثربخشی آموزش راههای مقابله با استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بستری

هیجانی ناشی از موقعیت استرس‌انگیز شود (۲۳،۲۲). یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که ایمن‌سازی در برابر استرس (SIT)، باعث کاهش استرس ادراک‌شده می‌شود که با نتایج مطالعه شیپی وهوران (۲۰۰۴) که نشان داد ایمن‌سازی در برابر استرس باعث بهبود استرس، اضطراب و باورهای غیرمنطقی دانشجویان سال اول حقوق می‌شود، همسو است (۲۴). همچنین نتایج پژوهش ره‌گوی و همکاران (۱۳۸۵)، نشان داد که اجرای روش ایمن‌سازی در مقابل استرس باعث کاهش میزان استرس پرستاران در هر یک از ابعاد (محیطی، شخصیتی و هیجانی) و همچنین در مجموع سه بعد گردید (۲۵). در مطالعه‌ای دیگر که توسط نیسیانی حبیب‌آبادی و همکاران (۱۳۹۰)، با هدف تأثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر استرس ادراک‌شده زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد، آنالیز داده‌های این تحقیق نشان داد که میانگین نمرات استرس در گروه آزمایش به طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد کاهش پیدا کرد (۲۶). ایمن‌سازی در برابر استرس همچنین به منظور کنترل فشار روانی و نتیجتاً افزایش کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی درمان‌جویان، موقعیت‌های اضطراب‌زای زندگی را شناسایی و شیوه برخورد درمان‌جویان با این موقعیت‌ها را ارزیابی کرده و عواملی که در تداوم و استحکام حالات هیجانی منفی نقش دارند، شناسایی کرده و با استفاده از فنون درمانی چون ابراز وجود منطقی، خودگویی‌های مثبت، مهارت حل مسئله، تنش‌زدایی عضلانی و دیگر مهارت‌ها، درمان‌جویان را به مهارت‌های رفتاری و شناختی جهت کنترل فشار روانی

شده در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۲، بر اثربخشی این درمان بر کیفیت زندگی بیماران قلبی تأکید کرده است (۳۳). درمان ایمن‌سازی در مقابل استرس، به حل موانع بیرونی و چالش‌های فیزیکی در دنیای روزمره تمرکز دارد. نتایج پژوهش‌ها نشان داده که افرادی که به بیماری قلبی مبتلا هستند، بیش از افراد دیگر در معرض استرس‌های روزمره قرار دارند (۲۲). تحقیقات دیگر نشان داده که مبتلایان به بیماری‌های قلبی، اغلب مبتلا به تیپ شخصیتی A هستند. آنها بسیار هیجان‌طلب و رقابت‌جو بوده، بیشتر خصمانه رفتار می‌کنند و دائم خود را در معرض تنگنای زمان احساس می‌کنند (۳۴). به عبارتی بیماران مبتلا به امراض قلبی-عروقی هم در معرض استرس بیرونی و هم تحت تأثیر هیجان‌های مهار نشده خود قرار دارند، به همین دلیل این روش درمانی می‌تواند مثرتر باشد که این پژوهش نیز مؤید این نکته است که این درمان با کاهش میزان استرس ادراک شده بیماران قلبی-عروقی، میزان کیفیت زندگی بیماران را افزایش می‌دهد. محدودیت در هر مطالعه امر اجتناب‌ناپذیری است، بنابراین تفسیر یافته‌های هر مطالعه بایستی در بستر آن محدودیت‌ها باشد و به نسبت هر محدودیت در پژوهش، می‌توان پیشنهادهای پژوهشی و کاربردی جهت ارتقای سلامت بیماران و کمک به پژوهشگران علاقمند به حیطه مربوطه ارائه نمود. این پژوهش در شهر خرم‌آباد انجام شده است، بنابراین، در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. پیشنهاد می‌شود که این درمان‌ها در نمونه و جامعه آماری گسترده‌تری صورت پذیرد.

همچنین برای گردآوری اطلاعات از ابزار خودگزارش‌دهی (پرسشنامه)، استفاده شده است که به نوبه خود می‌تواند موجب سوگیری آزمودنی‌ها در پاسخ‌دهی شود. از جمله محدودیت‌های دیگر مقطعی بودن مطالعه و فقدان اطلاعات دقیق از نقش عواملی نظیر سابقه ارثی بیماری قلبی، سابقه روانپزشکی، بیماری‌های همراه، دوز (میزان) داروهای مصرفی و نقش آنها در شیوع علائم استرس و... است که نتیجه‌گیری قاطع از یافته‌های پژوهش را با محدودیت روبه‌رو می‌کند، بنابراین باید در تحقیقات مشابه این عوامل کنترل شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود که برای کمک به این بیماران، این نوع درمان‌های روانشناختی، به روان‌شناسان بیمارستان و پرستاران آموزش داده شود. اگر یافته‌ها تنها در سطح نظری باقی بمانند، پژوهش‌ها بی‌فایده می‌شوند. همچنین در مدت مطالعه دریافتیم که خانواده بیماران در تداوم مشکلات آنها نقش دارند، لذا در کنار مداخلات روان‌شناختی برای بیماران، جلسات خانواده درمانی توصیه می‌شود. لذا با توجه به شیوع بالای بیماری قلبی در کشور، ضرورت ایجاد می‌کند که در این زمینه مطالعات بیشتری صورت گیرد تا با شناسایی عوامل زمینه‌ساز یا تشدیدکننده بیماری‌های قلبی، اقدامات پیشگیرانه لازم از طریق ارائه راهکارها و الگوهای برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش رفتارهای خطرناک این بیماری فراهم شود. به طور کلی نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان ایمن‌سازی در برابر استرس بر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی بیماران قلبی بود. از این رو، این مداخله می‌تواند به عنوان درمان مکمل درمان‌های پزشکی، در جهت کاهش

مسائل روحی- روانی و افزایش کیفیت زندگی بیماران به کار گرفته شود.

نتیجه‌گیری

با درمان ایمن‌سازی در برابر استرس درمان‌جویان می‌توانند فنونی را که فراگرفته‌اند، در موقعیت‌های استرس‌زای زندگی بکار گیرند و دریابند که قادر به تصمیم‌گیری و کنترل رویدادهای استرس‌زای زندگی خود بوده، احساس رضایت درونی کرده و این باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌گردد. پیشنهاد می‌شود که این شیوه‌ی روان‌درمانی جهت کنترل استرس بیماران قلبی و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران، درکنار درمان‌های پزشکی به روان‌شناسان و پرستاران بیمارستان آموزش داده شود.

تقدیر و تشکر

از تمامی عزیزانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تقدیر و تشکر داریم، بالأخص بیماران محترمی که صبورانه در جلسات گروه درمانی شرکت نموده، همچنین از مسئولین محترم بیمارستان تخصصی قلب شهید مدنی خرم‌آباد به طور ویژه قدردانی می‌نماییم.

References

1. Sadock B J, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2003.
2. Kuper H, Adam H O, Theorell T, Weiderpass E. Psychosocial determinants of coronary heart disease in middle aged women: A prospective study in Sweden. *American Journal of Epidemiology* 2006; 164 (4): 349-57.
3. Masoudnia E. *Medical Sociology*. Tehran University Press 2011.
4. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer 1984.
5. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S. (Eds). *the social psychology of health*. Newbury Park, California: sage 1988: 31-67.
6. Nemati M, Parsaei M. A Survey of correlation between Stress and time management skills. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2009; 19 (71): 84-85.
7. Salamati P. What is the quality of life? *White Weekly, Fourth Edition* 2010; 156: 1-3.
8. Bonomi A, Patric D, Bushnell D. Validation of the united states' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology* 2000; 53: 1-12.
9. WHO Quality of Life Group. WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field. Trial version, World Health Organization. Geneva 1996.
10. Petry J. Surgery and complementary therapies: a review. *Altern Ther Health Med* 2000; 6(5): 64-74.
11. Sullivan M J, Wood L, Terry J, Brantley J, Charles A, Mc.Gee V, et al. A mindfulness-based psycho educational intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure. *Am Heart J* 2009; 157(1): 84-90.
12. Chew-Graham C A, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morely M, Burns A, et al. A randomized controlled trial to test the feasibility of a collaborative care Model for management of depression in older people. *Br J Gen Pract* 2007; 57(538): 364-70.
13. Sullivan M D, LaCroix A Z, Spertus J A, Hecht J. Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 2007; 86(10): 1135-8.
14. Hosseini SA. *Principles of Mental Health: A Basic Study on the Principles of Mental Health, Psychotherapy, and Planning in the*

School of Islam Astan Qods Razavi Publication 2009.

15. Bergman E, Bertero E C. You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 36(6): 733-741.

16. Meichenbaum D. Stress inoculation training: a preventative and treatment approach. Chapter to appear in P.M Lehrer R.L woolfolk & w.ssime, Guilford press 2007.

17. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R A. "global measure of perceived stress". *J. Health Soc Behav* 1983; 24: 385-396.

18. Ghorbani N, Bing M N, Watson P J, Davison HK, Mack DA. Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *Int J Psychol* 2002; 37(5): 297-308.

19. Nasiri, h A. Evaluation of the validity and reliability of the World Health Organization Quality Score and its Iranian version, *Proceedings of the Third Students' Mental Health Seminar* 2007.

20. Rahimi R. A Survey on the Quality of Working Life of the Faculty Members of Isfahan University, a Master's Degree in Management Education, Isfahan University 2007.

21. Yousefi F, Safari H. The effect of Emotional Intelligence on Quality of Life and its dimensions. *Journal of Psychological Studies, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Alzahra* 2010; 4: 107-128.

22. Kaufman J G, Sternberg R J. Human ability. *A nnual r eviewof psychology* 2007; 49: 479-490.

23. Boylan L E, Scott J. *Practicum intership: Textbook and resource Guide for counseling and psychotherapy*, By Taylor & francis group. LLC 2008.

24. Sheehy R, Horan J. Effects of Stress Inoculation training for first year law students. *Int J Stress Manag* 2004; 11: 41-55.

25. RahGouy A, Fallahi-Khoshknab M, Karimlou M, Gaeini M. Effect of Stress Inoculation Training on Stress of Nurses. *Jrehab* 2006; 7 (2): 61-65.

26. Neissiani F, Abadi H, NeshatDoost HT, MolaviH, Seied-Bonakdar Z. The efficacy of cognitive-behavioral stress management therapy on perceived stress of female patients with systemic lupus erythematosus. *Research on behavioral science* 2012; 9(3): 228-222.

27. Lazarus R S, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. New York. 4th Edition 1999.

28. Cohen M. Evaluation of a stress inoculation training in the self- efficacy of

- Anxiety disorders and phobias. *Journal of Applied psychology* 2003; 70(1): 101-111.
29. Dimattw M R. The psychology of health illness and Medical care. Individual perspective. Callifornia: Brooks cole publishing company 2004.
30. James G D, Harshfield A. The influence of happiness, anger and anxiety on the blood pressure of border line hypertensives. *Psychosomatic medicine* 2002; 15: 502-60.
31. Michalsen A, Grossman P, Lehmann N, Knoblauch N T M, Paul A, Moebus S, et al. 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. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 344–52.
32. Hamid N, MehrabiZadehHonarmand M, Sadeghi S. The Effect of Stress Inoculation Training (SIT) on Depression and Quality of Life in Multiple Sclerosis (MS) Patients with Control of Duration of Disease in Esfahan City. *JundishapurSci Med J* 2012; 11(1): 77-84.
33. Aminian Z, Mohammadzadeh S, EslamiVaghar M, Fesharaki M. Effectiveness of teaching ways to deal with stress on quality of life in patients with acute coronary syndrome admitted to hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2013. *MEDICAL SCIENCES* 2014; 24 (3): 168-174.
34. Wilamowska Z A, Thompson-Hollands J, Fairholme C P, Ellard K, Farchione T J, Barlow D H. Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for trans diagnostic treatment of emotional disorders. *Depress Anxiety* 2010; 27(10): 882–90.

Effectiveness of stress-induced immunostimulatory therapy on quality of life and perceived stress in cardiovascular patients

Mahtab Biranvandi¹, Manijeh Firoozi²

1. Master of Clinical Psychology, University of Tehran

2. PhD in Health Psychology, Assistant Professor, University of Tehran

Abstract

Background and Aim: Due to the increasing prevalence of cardiovascular disease, it is necessary to identify preventive or exacerbating factors for cardiovascular diseases by providing strategies and models for improving the quality of life and reducing risk of the disease. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Stress Inoculation Training on perceived stress and quality of life in cardiovascular patients in Khorramabad city.

Materials and Methods: The present study was semi-invariant with pre-test, post-test and follow-up test. The statistical population included all cardiovascular patients in Khorramabad city. A sample of 66 cardiovascular patients referred to a specialty cardiac hospital was randomly divided into two groups of control and experimental group. Individuals from the Stress Inoculation Training group were subjected to 10 sessions of treatment and the control group received only routine treatments and a follow-up test was performed 2 months after the post-test. For data collection, Cohen perceived stress questionnaire and World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF) were used. For data analysis, Repeated Measure ANOVA was used.

Results: Comparison of mean perceived stress scores and quality of life in the two groups (control and experiment), in the three study periods (pre and post-follow up), indicated that the Stress Inoculation Training was successful in managing stress, reduced perceived stress and increased the quality of life of cardiovascular patients ($P < 0.001$).

Conclusion: By Stress Inoculation Training, therapists can apply the techniques they have learned to live in stressful situations and find that they are able to decide and control stress events. It is a life of self, a feeling of inner satisfaction, which increases the quality of life of patients. It is suggested that this psychotherapy should be taught to psychologists and hospital nurses to control the stress of heart patients and improve the quality of life of these patients.

Keywords: Stress Inoculation Training, Perceived Stress, Quality of Life, Cardiovascular Patients.