

# اثربخشی آموزش مدیریت خشم و آرمیدگی بر کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و خشم در بیماران قلبی، پس از جراحی بای‌پس

دکتر منصور بیرامی<sup>۱</sup>

فاطمه نعمتی سوگلی تپه<sup>۲</sup>

شهریار رزمی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۱

تاریخ وصول: ۸۹/۷/۲۷

## چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر، با هدف ارزیابی تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های مدیریت خشم و آرمیدگی بر کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و خشم در بیماران قلبی، پس از جراحی بای‌پس عروق کرونر، انجام شده است.

**روش:** در قالب طرح پژوهش نیمه‌تجربی، ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال کرونری قلب با دامنه سنی ۳۵ - ۶۵ سال که برای اولین بار تحت جراحی بای‌پس قرار گرفته بودند، انتخاب شدند و به تصادف در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. جهت اندازه‌گیری متغیرها، از

---

۱. عضو هیات علمی دانشگاه تبریز

۲. دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه تبریز

۳. عضو باشگاه پژوهشگران جوان واحد بناب

پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک و مقیاس خشم MMPI-2 استفاده شد. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش آماری تحلیل کوواریانس انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که برنامه آموزش گروهی مهارت‌های مدیریت خشم و آرمیدگی، بطور معنی‌داری موجب کاهش نشانه‌های اضطراب ( $p < 0/001$ ) و افسردگی ( $p < 0/001$ ) و خشم ( $p < 0/001$ ) در بیماران گروه آزمایش شده است که چنین تغییری در بیماران گروه گواه مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت خشم و آرمیدگی بر کاهش نشانه‌های هیجانی منفی بیماران، بکارگیری این روش در کلیه سطوح پیشگیری و درمان بیماری‌های کرونری قلب، ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: مدیریت خشم، آرمیدگی، اضطراب، افسردگی، جراحی بای‌پس عروق کرونر

#### مقدمه

متخصصان همه گیر شناسی، ده‌ها سال است که میزان فراوانی و شیوع بیماری‌های عروق کرونر (CHD)<sup>۱</sup> را در فرهنگ‌های مختلف بررسی کرده‌اند. نتایج پژوهش‌های آنان نشان می‌دهد که بیماری‌های عروق کرونر، تا حدودی بیماری جوامع پیشرفته است، یعنی میزان بروز بیماری‌های قلبی در جوامع صنعتی بیش از سایر کشورهاست (سارافینو<sup>۲</sup> و ادوارد<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). دلایل متعددی برای این تفاوت وجود دارد ولی، مهمترین آنها عوامل فشارزای روانی-اجتماعی و بخصوص تجربه هیجان‌های منفی چون خشم و خصومت، اضطراب و افسردگی می‌باشد (کابزانسکی<sup>۴</sup> و کاواچی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). هیجان‌های منفی نه تنها زمینه ساز بیماری‌های قلبی-

<sup>۱</sup>. Coronary Heart Disease (CHD)

<sup>۲</sup>. Sarafino

<sup>۳</sup>. Edward

<sup>۴</sup>. Kubzanski

<sup>۵</sup>. Kawachi

عروقی هستند (ولدچرکوز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ واترا و همکاران، ۲۰۰۴؛ گالو<sup>۲</sup> و متیوز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ کابزانسکی و کاواچی، ۲۰۰۰) بلکه، وقوع بیماری قلبی نیز همین پاسخ‌های هیجانی را به دنبال دارد (لت<sup>۴</sup>، بابیاک<sup>۵</sup> و روبین<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). آشفستگی‌های خلقی و هیجانی که نزدیک به ۶۵ درصد بیماران قلبی پس از جراحی و مداخلات پزشکی آن را تجربه می‌کنند، درمان این بیماران را دشوار می‌سازد (راهه<sup>۷</sup>، ورد<sup>۸</sup> و هیز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳). امروزه اگرچه برای کاهش چنین پیامدهایی از روش‌های دارویی بهره گرفته می‌شود اما، این روش‌ها با بروز برخی عوارض جانبی همراه می‌باشند (سیاوش وهابی، ۱۳۸۱). از این رو، با توجه به شیوع بالای این بیماری و همراهی آن با مشکلات روانشناختی که گریبانگیر جوان ترها نیز شده است، لازم است بیش از پیش به این مسئله توجه نموده و در راستای تغییر و اصلاح نظام رفتاری و روانشناختی بیماران قلبی، گام‌های اساسی برداشت.

یکی از این گام‌ها اجرای برنامه‌های مداخله روانشناختی پس از مداخله‌های پزشکی و جراحی است که برای افزایش روند بهبودی، کاهش عوامل خطرزای بروز مجدد بیماری قلبی و اصلاح کیفیت زندگی بیماران طراحی شده و تأثیر آن رضایت بخش گزارش شده است. برای نمونه، کوان<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۰۱) در یک برنامه درمانی به بررسی تأثیر آموزش آرمیدگی، درمان شناختی- رفتاری (شامل مهارت‌های مقابله با افسردگی، خشم و اضطراب) و آگاه‌سازی بیماران از عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی بر میزان مرگ و میر بیماران مبتلا به CHD پس از عمل جراحی پرداختند که پیگیری درمان در طول ۶ سال، کاهش چشم‌گیر میزان

1. Woldecherkos

2 . Gallo

3 . Matthews

4 .Lett

5 .Babyak

6 .Robin

7 . Rahe

8 . Word

9 . Hayes

10 . Cowan

مرگ و میر گروه مورد بررسی را نشان داد. بر پایه فراتحلیلی که ون دیکس هورن<sup>۱</sup> و وایت<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) بر روی ۲۷ پژوهش انجام شده در زمینه اثرات آموزش آرمیدگی در چارچوب برنامه‌های پیشگیری ثانویه بر بهبود ایسکمی قلبی انجام دادند، دریافتند که آموزش آرمیدگی، کاهش افسردگی و اضطراب حالتی و صفتی، کاهش فراوانی رخداد آنژین صدری، کاهش آریتمی و ایسکمی به هنگام ورزش، افزایش ثبات آزمون ورزش و افزایش سطح کلسترول HDL را به دنبال دارد. بعلاوه، سرعت بازگشت به کار نیز در میان بیماران مورد مطالعه افزایش یافته و مرگ و میر ناشی از رخداد رویدادهای قلبی به میزان چشمگیری کم شد.

آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس و آرمیدگی به بیماران قلبی که تحت آنژیوپلاستی عروق کرونر قرار گرفته بودند نیز کاهش قابل ملاحظه علائم افسردگی و اضطراب را در بیماران نشان داد (لوین و همکاران، ۱۹۹۲). نتایج تحقیقات لیندن و همکاران (۲۰۰۴) نیز مبنی بر تأثیر آموزش مدیریت خشم، مدیریت استرس و مشاوره روانشناختی بر روی ۶۰ بیمار پس از وقوع انفارکتوس میوکارد، حاکی از کاهش آشفتگی‌های هیجانی بیماران بوده است. سیاوش وهابی (۱۳۸۱) نیز تأثیر روش‌های موسیقی درمانی و آرمیدگی را بر اضطراب بیماران قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، سودمند گزارش کرد. با توجه به اینکه پژوهش‌های انجام شده در زمینه پیشگیری و کاهش عود مجدد بیماری قلبی، نشان داده‌اند که مداخله‌های روانشناختی می‌توانند در درمان واکنش‌های خلقی و هیجانی بیماران قلبی، پس از عمل جراحی مؤثر واقع شوند، و نیز با توجه کمبود مطالعات انجام شده در زمینه در کشور، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش مدیریت خشم و آرمیدگی بر کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و خشم در بیماران قلبی، پس از جراحی بای‌پس عروق کرونر می‌پردازد. نتایج حاصل از چنین مطالعاتی می‌تواند به عنوان راهنمایی جهت روش‌های نوین و کارآمد در اختیار متخصصان، درمانگران، مددکاران اجتماعی، روان‌پرستاران و پرستاران بخش‌های بستری قرار

---

<sup>۱</sup>. Horen

<sup>۲</sup>. White

گیرد و افراد ذیصلاح را به استفاده هر چه بیشتر از درمان‌های غیر دارویی، پس از مداخلات پزشکی و جراحی، ترغیب نماید.

### روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون به همراه گروه کنترل است که در آن آموزش مدیریت خشم و آرمیدگی به عنوان متغیر مستقل، افسردگی، اضطراب و خشم به عنوان متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفته اند. جامعه آماری پژوهش نیز شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال کرونری قلب (با دامنه سنی ۳۵ تا ۶۵ سال) می‌باشد که برای اولین بار تحت عمل جراحی بای‌پس<sup>۱</sup> عروق کرونر قرار گرفته و در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان‌های شهید مدنی و امام رضا (ع) شهر تبریز بستری شده و در حال ترخیص بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر از آنان به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شده و ۲۰ نفر (۱۳ مرد و ۷ زن) به صورت جاده‌ی تصادفی در گروه آزمایش و ۲۰ نفر (۱۱ مرد و ۹ زن) در گروه کنترل جایگزین شدند. از معیارهای پذیرش آزمودنی‌ها، عدم اعتیاد به مواد مخدر، عدم دریافت داروهای آرام بخش و ضد افسردگی، نداشتن عادت به روش‌های آرمیدگی و عدم آشنایی قبلی با مهارت‌های مدیریت خشم و آرمیدگی و داشتن تمایل به شرکت در جلسات آموزش بود.

### ابزار پژوهش

به منظور گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه افسردگی بک  $(BDI)$ <sup>۲</sup>:

این پرسشنامه، رایج ترین شیوه خود گزارش دهی افسردگی می‌باشد که شامل ۲۱ سؤال بوده و هر سؤال دارای ۴ گزینه است که بر مبنای صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شود. در این آزمون،

---

<sup>۱</sup>. bypass surgery

<sup>۲</sup>. Beck Depression Inventory (BDI)

نمره ۱۳ برای جداسازی و ۲۱ برای بررسی‌های بالینی تعیین شده است (به نقل از صلواتی، ۱۳۸۱). بلاک<sup>۱</sup> و هرسن<sup>۲</sup> (۱۹۸۸) پایایی پرسشنامه افسردگی بک را با روش کودر-ریچاردسون، ۰/۷۸ و با روش بازآزمایی، ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. در ایران پورشهباز (۱۳۷۲) ضریب همبستگی دو بخش با نمره کل آزمون را بین ۰/۲۳ تا ۰/۶۸ و همسانی درونی آن را ۰/۸۵ برآورد کرده است. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی آزمون به روش دو نیمه کردن ۰/۷۹ به دست آمد. ۲- پرسشنامه‌های اضطراب بک (BAI)<sup>۳</sup>: این پرسشنامه که به منظور ارزیابی شدت اضطراب طراحی شده است، مانند پرسشنامه افسردگی بک دارای ۲۱ گزینه بوده، بر پایه مقیاسی از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شود و بالاترین نمره‌ای که در آن به دست می‌آید ۶۳ می‌باشد. بک و همکاران (۱۹۹۸) همسانی درونی این مقیاس را برابر ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی به فاصله سه هفته برابر با ۰/۷۳ به دست آمد. بک و استیر<sup>۴</sup> (به نقل از صلواتی، ۱۳۸۱) روایی محتوای هم زمان، سازه تشخیصی و عاملی را برای این مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه‌گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده‌اند. ۳- مقیاس خشم MMPI-2: مقیاس خشم MMPI از جمله مقیاس‌های محتوایی پرسشنامه MMPI-2 است که دارای ۱۶ آیت می‌باشد. برخلاف خود MMPI که بر اساس کلید یابی تجربی ساخته شده است، مقیاس‌های محتوایی آن بر اساس این منطق ساخته شده‌اند که چه سوال‌هایی (ماده‌ها) می‌تواند به نفع خصیصه یا صفت خاصی باشد. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مقیاس‌های محتوایی MMPI-2 با سایر مقیاس‌های مربوط همبستگی خوبی دارند (گراهام<sup>۵</sup>، ۱۳۸۵). بوچر<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹۹۰) میزان پایایی بازآزمایی این مقیاس را در مردان ۰/۸۵ و در زنان ۰/۸۲ گزارش کردند. همچنین این محققان میزان پایایی بدست آمده از طریق آلفای کرونباخ را برای

<sup>۱</sup>. Bellack

<sup>۲</sup>. Hersen

<sup>۳</sup>. Beck Anxiety Inventory (BAI)

<sup>۴</sup>. Steer

<sup>۵</sup>. Graham

<sup>۶</sup>. Butcher



قبل از بررسی تحلیلی نتایج در رابطه با فرضیه‌های پژوهش، از برابری واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های مورد مطالعه، توسط آزمون لون<sup>۱</sup> و همچنین همگنی شیب‌های رگرسیون، با استفاده از طرح یکطرفه آزمودنی‌ها، به عنوان فرض‌های لازم برای استفاده از تحلیل کوواریانس، اطمینان حاصل شد که نتایج بدست آمده در جدول شماره ۲ درج شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لون و تحلیل واریانس یکطرفه جهت بررسی فرض‌های همگنی واریانس و همگنی رگرسیون برای متغیرهای اضطراب، افسردگی و خشم

متغیرها	همگنی واریانس		همگنی شیب‌ها	
	آزمون لون	سطح معنی‌داری	t	سطح معنی‌داری
اضطراب	(۱۷/۹۰) ۳۷/۲۰	(۱۵/۰۸) ۲۹/۹۰	(۱۷/۸۶) ۳۷/۲۳	(۱۷/۱۲) ۳۷/۳۰
افسردگی	(۱۷/۰۸) ۲۷/۷۵	(۱۶/۴۵) ۲۱/۳۱	(۱۷/۰۶) ۲۷/۷۲	(۱۷/۳۰) ۲۷/۷۸
خشم	(۰/۶۶) ۹/۷۶	(۲/۷۶) ۶/۰۵	(۰/۷۴) ۹/۷۳	(۰/۵۹) ۹/۷۴

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌ها با مقدار  $F=۰/۳۳$  و  $p>۰/۰۵$  برای اضطراب،  $F=۲/۴۸$  و  $p>۰/۰۵$  برای افسردگی و  $F=۰/۵۲$  و  $p>۰/۰۵$  معنی‌دار نشده است، لذا فرض همگنی واریانس‌ها برای هر سه متغیر محقق شده است. همچنین، نتایج تحلیل واریانس یکطرفه جهت بررسی فرض همگنی شیب‌های رگرسیون که در جدول ۲ ارائه شده است با مقدار  $F=۲/۰۵$  و  $p>۰/۰۵$  برای اضطراب،  $F=۳/۶۱$  و  $p>۰/۰۵$  برای افسردگی و  $F=۰/۶۱$  و  $p>۰/۰۵$  برای متغیر خشم رابطه معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. لذا، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برای هر سه متغیر محقق شده است. با توجه به یافته‌های فوق، جهت بررسی تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های مدیریت خشم و آرمیدگی بر کاهش اضطراب، افسردگی و خشم بیماران از روش تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد که نتایج حاصل در جدول شماره ۳ آمده است.

<sup>۱</sup>. Leven



جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌ها در متغیرهای اضطراب، افسردگی و خشم

متغیرها	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری
اضطراب	۱۰۸۴/۱۳۸	۱	۱۰۸۴/۱۳۸	۷۴/۹۸	۰/۰۰۱
افسردگی	۷۹۷/۸۰۸	۱	۷۹۷/۸۰۸	۲۸/۸۳	۰/۰۰۱
خشم	۳۰/۵۸	۱	۳۰/۵۸	۷/۱۳	۰/۰۰۱

همان گونه که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، میانگین نمرات گروه آزمایش در متغیرهای اضطراب ( $F=۷۴/۹۸$  و  $p<۰/۰۰۱$ )، افسردگی ( $F=۲۸/۸۳$  و  $p<۰/۰۰۱$ ) و خشم ( $F=۷۴/۹۸$  و  $p<۰/۰۰۱$ ) بیشتر از گروه گواه است. بنابراین، نتایج بدست آمده حاکی از تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت خشم و آرمیدگی بر کاهش اضطراب، افسردگی و خشم در بیماران گروه آزمایش می‌باشد.

### بحث

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر آموزش گروهی مهارت‌های مدیریت خشم و آرمیدگی بر کاهش نشانه‌های اضطراب، افسردگی و خشم همسو با نتایج مطالعات کوان و همکاران (۲۰۰۱)، ون دیکس هورن و وایت (۲۰۰۵)، لوین و همکاران (۱۹۹۲)، لیندن و همکاران (۲۰۰۴) و سیاوش وهابی (۱۳۸۱)، نشان داد که آموزش گروهی مهارت‌های مدیریت خشم و آرمیدگی پس از جراحی پیوند بای پس عروق کرونر، در کاهش نشانه‌های هیجانی منفی بیماران مؤثر بوده و موجب کاهش قابل توجه نشانه‌های خشم، اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش شده است که چنین تغییری در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود. هیجان‌های منفی به عنوان مهمترین موانع مداوای بیماران قلبی به شمار می‌روند زیرا موجب عدم پذیرش بیماری توسط بیمار شده و انگیزه بیمار را برای ادامه درمان کاهش داده و زمینه تأخیر در روند بهبود بیماری را بوجود می‌آورند و در درازمدت موجب بازگشت علائم بیماری

شده و احتمال عود مجدد بیماری را افزایش می‌دهند (راهه، ورد و هیز، ۲۰۰۳). اغلب بیماران کرونری قلب که بعد از جراحی زنده می‌مانند، به اندازه کافی بهبودی کسب کرده و در عرض چند هفته یا چند ماه زندگی عادی خود را از سر می‌گیرند. با وجود این، آنها همچنان به عنوان افراد در معرض خطر بالا باقی می‌مانند و برای کسب بهبودی کامل و اجتناب از عود بیماری باید سبک زندگی خاصی را در پیش بگیرند و خود را با تغییرات این سبک خاص تطبیق دهند که این شیوه جدید زندگی علاوه بر رعایت مواردی چون ترک سیگار، رعایت رژیم غذایی بدون کلسترول، ورزش منظم و... شامل فراگیری راهبردهای مختلف مقابله با هیجان‌های منفی چون استرس، خشم و خصومت، اضطراب، افسردگی نیز می‌باشد (استراب، ۲۰۰۲).

علی‌رغم اینکه برنامه‌های بازتوانی<sup>۱</sup> در قالب پیشگیری ثانویه در کاهش عوامل خطر ساز بیماری‌های کرونری قلب، پس از مداخلات پزشکی و جراحی موفقیت‌آمیز بوده‌اند، لزوم استفاده از آموزش‌ها و مداخلات روانشناختی در کنار برنامه‌های بازتوانی به دو دلیل ضروری به نظر می‌رسد: اولاً، عوامل روانشناختی و بخصوص تجربه هیجان‌های منفی در شکل‌گیری بیماری‌های قلبی نقش قابل توجهی دارند و پس از بروز بیماری و به دنبال جراحی نیز بر کیفیت زندگی بیماران مؤثر بوده و حتی انگیزه بیماران را برای استفاده از دارو درمانی و تغییر در سبک زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ دوم اینکه، مطالعات متعدد نشان داده‌اند که همراهی مداخلات روانشناختی با برنامه‌های بازتوانی در مقایسه با بکارگیری صرف این برنامه‌ها به نتایج بهتری در روند بهبود بیماری و بخصوص کاهش آشفتگی‌های هیجانی بیماران، منجر شده‌اند (لین<sup>۲</sup>، کارل<sup>۳</sup> و لیپ<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹).

یافته‌های پژوهش حاضر نیز بیانگر این است که مداخله موجب کاهش نشانه‌های خشم، اضطراب و افسردگی در بیماران مورد مطالعه شده است. با توجه به اینکه منشاء احساسات منفی

<sup>۱</sup>. Rahe

<sup>۲</sup>. Lane

<sup>۳</sup>. Carrol

<sup>۴</sup>. Lip

در فرد، تفکرات اوست، پژوهش گر با هدایت بیماران در جهت شناخت افکار خود کار و ایجاد بحث و تعامل گروهی، آنان را تشویق نمود تا در جهت تغییر افکار و در نهایت احساس خود تلاش کنند، که در پایان برنامه آموزشی، بیماران توانستند به شناخت، بینش و تغییر نگرش در مورد افکار و رویایی با احساسات و هیجانات خود نائل شوند که نتایج آماری نیز تأیید کننده این ادعاست. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که برنامه های مختلف مداخلات روانشناختی نه تنها موجب کاهش آشفتگی های هیجانی بیماران پس از مداخلات پزشکی شده و اثرات درمانی داروها را افزایش می دهند و حتی ممکنست نیاز به مصرف دارو را در این بیماران کاهش دهند، همچنین می توانند با تغییر در سبک زندگی و اصلاح نظام رفتاری و روانشناختی بیماران قلبی گام های اساسی در جهت تسریع روند بهبودی در بیماران و کاهش عوامل خطر ساز بیماری های کرونری قلب برداشته و حتی به نحو چشم گیری از بروز مجدد بیماری در این افراد پیشگیری کنند.

### منابع فارسی

- پورشهباز، عباس. (۱۳۷۲). رابطه بین ارزیابی میزان استرس، رویدادهای زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- سیاوش وهابی، یدا... (۱۳۸۱). تاثیر روش های موسیقی درمانی و تن آرامی بر اضطراب بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه ی قلبی. مجله اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۳، ۷۵-۸۲.
- صلواتی، مژگان. (۱۳۸۱). بررسی نگرش مسئولیت در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتوی روانپزشکی تهران.
- گراهام، جان. راهنمای MMPI-2. ترجمه حمید یعقوبی و موسی کافی. تهران: انتشارات ارجمند، (۱۳۸۵)

### منابع انگلیسی

- Bellack, A., Hersen, M. (1998). Behavioral Assessment Techniques, New York: Pergamon Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1998). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Williams, C. L., Ben-Porath, Y. S. (1990). The MMPI-2 with college students. *Journal of Personality Assessment*, 54, 1-15.
- Cowan, M. J., Pike, K. C., Budzynski, H. K. (2001). Psychological therapy reduced the risk of cardiovascular death at 6 years after out of hospital sudden cardiac arrest. *Journal of Nurse Research*, 50, 68-76.
- Gallo, I. C., Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health. Do negative emotion play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10-51.
- Kubzansky, L. D., Kawachi, I. (2000). Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 323-337.
- Lane, D., Carrol, D., Lip, G. Y. (1999). Psychology in coronary care. *QJM* ed, 92, 425-431.
- Lewine, B., Roberston, I. H., Cay, E. L., Irving, J. B., Campbell, M. (1992). Effect of self-help post-MI rehabilitation on psychological adjustment and use of health services. *Lancet*, 339, 1036-1040.
- Linden, W., Stossel, C., Maurice, J. (2004). Psychological intervention for patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med*, 156, 745-752.
- Lett, S., Babyak, A., Robin, T. (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence for treatment. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 67, 869-878.
- Rahe, R., Word, H. W., Hayes, V. (2003). Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: three to four year follow-up of a controlled trial. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 6, 349-358.

- Sarafino, O., Edward, P. (2006). Health psychology. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Strub, R. O. (2002). Health psychology. New York: Worth Publisher.
- Vahtera, J., Kirmaki, M., Pentti, J., Virtanen, M., Virtanen, P., Ferrie, J. E. (2004). Organizational downsizing sickness absence and mortality: 10-town prospective cohort study. *British Medical Journal*, 308, 555-559.
- Van Dixhoorn, J.A., White, A. B. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischemic heart disease: a systematic review and meta analysis. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 12, 193-202.
- Woldecherkos, A., Shibe, S., Young, Y., Blatt, C. M. (2007). Anxiety worsen prognosis in patient with coronary heart disease. *Journal of Am coll cardial*, 49, 2021-2027.