

## اثربخشی گروه درمانی آموزش مدیریت خشم بر کیفیت خواب و خشم بیماران عروق کرونری قلبی

الهام رادمان<sup>۱</sup>، آناهیتا خدابخش کولایی<sup>۲\*</sup>، داود تقوایی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران

۲. استادیار گروه مشاوره و روان شناسی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران

\* نویسنده مسئول: آناهیتا خدابخش کولایی، گروه مشاوره و روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.  
a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

تاریخ پذیرش: تیر ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: خرداد ۱۳۹۴

نحوه استناد به این مقاله:

Radman E, Khodabakhshi Koolae A, Taghvae D. Effectiveness of the anger management group therapy on sleep quality and anger among the patients with coronary heart diseases. *Community Health* 2015; 2(4): 228-37.

### چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری عروق کرونری یکی از عمده‌ترین علل مرگ می‌باشد که رابطه قوی با مشکلات روانشناختی به ویژه خشم دارد. علاوه بر این، کیفیت خواب در بین بیماران عروق کرونری پایین می‌باشد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر گروه درمانی آموزش مدیریت خشم، بر کیفیت خواب و خشم بیماران کرونری قلبی می‌باشد.

**روش و مواد:** پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با پیش و پس آزمون است. ۳۰ بیمار مرد مبتلا به عروق کرونری قلب با روش نمونه گیری هدفدار از بیمارستان امام جعفر صادق (ع) شهرستان الیگودرز در سال ۹۴-۱۳۹۳ انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. درمان گروهی مدیریت خشم در طول هشت جلسه (هفته ای یک جلسه، هر جلسه به طور متوسط ۹۰ دقیقه) با مشارکت گروه آزمایش انجام شد. ابزار تحقیق شامل شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) و پرسشنامه خشم اسپیلیرگر (STAXI-2) بود. تحلیل آماری با استفاده از تحلیل کواریانس انجام شد.

**یافته ها:** تفاوت معناداری بین نمرات میانگین پیش و پس از آزمون گروه آزمایش در کیفیت خواب ( $P=0.001$ ) و خشم ( $P=0.001$ ) با حذف اثر پس آزمون وجود دارد.

**نتیجه گیری:** مطالعه نشان داد که گروه درمانی مدیریت خشم با کاهش میزان خشم و بهبود کیفیت خواب می‌تواند به عنوان مداخله روانشناختی در بیماران مبتلا به عروق کرونری قلب مورد توجه قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** بیماری عروق کرونری، گروه درمانی، خواب، خشم

### مقدمه

است (۴). مطالعات اپیدمیولوژیک، عوامل مختلفی را موجب احتمال بروز بیماری عروق کرونری دخیل می‌دانند. این عوامل به دو دسته عوامل خطر ساز غیر قابل تعدیل شامل سابقه خانوادگی بیماری کرونری قلب، افزایش سن، جنس (شیوع بالای این بیماری در زنان نسبت به مردان) (۴)، و عوامل خطر ساز قابل تعدیل شامل افزایش سطح چربی خون، دود سیگار و استعمال دخانیات، دیابت ملیتوس، چاقی، عدم فعالیت فیزیکی

بیماری‌های عروق کرونری، یکی از عمده‌ترین علل مرگ و میر در دنیا محسوب می‌شود (۱). براساس پژوهش مربوط به بررسی جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۱۳، تقریباً ۳۰٪ مرگ و میر جهانی به علت بیماری‌های عروق کرونری بود و تا سال ۲۰۲۰ (۲) اصلی‌ترین علت مرگ و میر بعد از سرطان (۳) خواهد بود. بر همین اساس، نرخ بیماری‌های عروق کرونری در ایران بین ۲۰ تا ۴۵٪ افزایش پیدا کرده

اشاره کرد (۵). در سال‌های اخیر محققان دریافته‌اند عوامل فوق به‌تنهایی نقش تعیین‌کننده در بروز بیماری ندارند بلکه برخی از متغیرهای شخصیتی چون تیپ‌های شخصیتی A و D (۶)، رفتاری و روان‌شناختی مانند پرخاشگری، استرس روانی حاد، عاطفه منفی در معنای کلی آن، اضطراب، افسردگی، خصومت، به صورت مستقیم و غیرمستقیم، زمینه مساعدی برای ابتلای افراد به این بیماری ایجاد می‌کند (۷). این درحالی است که کیفیت زندگی پایین و همچنین، کیفیت پایین خواب را نیز در بروز و شیوع اختلال‌های قلبی کرونر مؤثر می‌باشد (۸).

رابطه بین کیفیت خواب و بیماری قلبی عروق کرونری دو سویه می‌باشد. بدین معنا که بر اساس یافته‌های تحقیقات پیشین، بیماری‌های قلبی عروقی یک فاکتور اصلی در کاهش میزان خواب و افزایش بیداری شبانه است که علاوه بر تأثیرات خستگی جسمانی، موجب بروز بی‌قراری، پرخاشگری و بالطبع طولانی‌تر شدن زمان بستری و درمان بیماری می‌گردد (۹). این در حالی است که کیفیت خواب نقش بسیار مهمی، در عملکرد قلبی و عروقی ایفا می‌کند و محرومیت از آن موجب تشدید اضطراب، تحریک پذیری، عصبانیت، ازدیاد ضربان قلب و افزایش میزان نیاز اکسیژن میوکارد در یک چرخه مکرر و خطرناک می‌گردد (۱۰ و ۱۱). نرخ بروز کیفیت پایین خواب در بیماران مبتلا به عروق کرونری در مطالعه‌ای در بیمارستان ارتش ۶۳/۵٪ گزارش شده است (۱۲). به عبارتی، نیمی از بیماران مبتلا به عروق کرونری قلب دارای مشکلات مرتبط با خواب هستند (۱۳).

متغیر دیگری که در بروز این بیماری نقش مهمی ایفا می‌کند پرخاشگری است که از آن به عنوان یکی از فاکتورهای خطرناک مستقل از عوامل بالینی یاد می‌شود. مطالعات متعددی بر نقش پرخاشگری به عنوان متغیر پیش‌بینی‌کننده بیماری عروق کرونری قلب انجام شده است (۱۴ و ۱۵). از آن جمله می‌توان به مطالعه‌ای در دانشگاه پنسلوانیا اشاره کرد که در آن رابطه بین الگوی کلمات استفاده شده دارای بار منفی و هیجان منفی از جمله خشم در Twitter توسط کاربران، با میزان بروز بیماری عروق کرونری در آن منطقه به طور مثبت ارزیابی شد و نشان داد که مرگ و میر ناشی از بیماری عروق

کرونری در این نواحی به طور معناداری بالا می‌باشد (۱۶). بنابراین با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه می‌توان پی برد که بسیاری از افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری در رویارویی با چالش‌ها و مسائل زندگی روزمره فاقد توانایی لازم و اساسی هستند و همین امر آنها را آسیب‌پذیر کرده است. از این رو، باید روش‌های غیردارویی مؤثر چون، رویکرد شناختی رفتاری در جهت کنترل و کاهش خشم و پرخاشگری به بیماران آموزش داده شود. در رویکرد شناختی رفتاری متمرکز بر مدیریت خشم، اساس کاهش خشم و پرخاشگری بر بازسازی شناختی و کنترل خشم استوار است (۱۷). تحقیقات متعددی اثربخشی کنترل خشم به شیوه شناختی رفتاری را برای کاهش خشم و پرخاشگری در کودکان دچار ضربه مغزی (۱۸)، معلول ذهنی (۱۹)، افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (۲۰)، و در بیماران مبتلا به سرطان سینه در جهت افزایش اعتماد به نفس، کنترل خشم و افسردگی (۲۱) تأیید کرده‌اند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خشم می‌تواند به استمرار یا وخامت علائم افسردگی و اضطرابی کمک کند (۲۲)، باعث افت دست-آوردهای درمان شود، بازگشت علائم بیماری را تسریع کند و باعث افزایش رنج و ناراحتی بیماران و کاهش عملکردهای اجتماعی و شغلی آنها شود (۲۳).

با توجه به اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات روان‌شناختی ناشی از بیماری‌های جسمانی و تأثیر هیجان‌های منفی، به خصوص خشم بر شکل‌گیری بیماری عروق کرونری و از آنجا که هر نوع ناتوانی در مهار و مدیریت خشم تأثیر مستقیمی بر سلامت روان و بدن فرد گذاشته و زندگی روزمره شخص را دچار تزلزل و عدم تعادل می‌نماید و افزون بر آن با توجه به تأثیر هیجان‌های منفی، به خصوص خشم بر شکل‌گیری بیماری عروق کرونری، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر شیوه‌های آموزش مؤثر بر شناخت، کنترل و کاهش اثرات مخرب خشم بر کیفیت خواب بیماران قلبی، پس از ملاحظات پزشکی، انجام شد.

#### روش و مواد

روش پژوهش، روش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری کلیه

روش پژوهش، روش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری کلیه بیماران عروق کرونری مرد بیمارستان امام جعفر صادق (ع) شهرستان الیگودرز در سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۴ می‌باشند. معیار تشخیص بیماری قلبی-عروقی، تشخیص مندرج در پرونده پزشکی بیمار توسط متخصص قلب و عروق بیمارستان امام جعفر صادق (ع) بود. نمونه‌گیری از نوع در دسترس در دو گروه آزمایش و کنترل است. در ابتدا به ۶۳ بیمار واجد شرایط بستری‌شده در بیمارستان، اطلاعات مختصری راجع به طرح پژوهشی، اهداف آن و شیوه اجرای درمان داده شد. سپس پرسشنامه خشم و کیفیت خواب رو روی آنها اجرا گردید. در نهایت ۳۰ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونری که دارای بالاترین نمره در پرسشنامه خشم و همچنین، دارای نمره بیشتر از پنج در پرسشنامه کیفیت خواب بودند و نیز تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند بر اساس ملاک‌های پژوهش انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. بیماران گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت‌های معمول پزشکی، به مدت هشت جلسه ۱/۵ ساعته، به‌صورت هفتگی تحت درمان گروهی مدیریت خشم قرار گرفتند. اما بیماران گروه کنترل در این مدت تنها مراقبت‌های معمول پزشکی دریافت

نمودند. معیار ورود به این پژوهش شامل حداکثر سن ۶۵ سال، داشتن حداقل سیکل، عدم سابقه درمان روانپزشکی و رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات درمانی بود. معیار خروج از روند درمان شامل وجود اختلالات روانی نیازمند درمان‌های فوری، ایجاد اخلال در روند طبیعی درمان، عدم همکاری و ناتوانی جسمی شدید و غیبت بیش از یک جلسه بود.

برنامه مداخله در جلسه اول با همکاری متخصص قلب و عروق برگزار گردید. جلسات با اهداف مشخص از پیش تعیین شده براساس ملاحظات شناختی رفتاری کنترل خشم Novaco مبتنی بر مدل تلقیح استرس Mayknbam اجرا شد (۱۷). در این مداخله از ساختار درمان شناختی رفتاری تبعیت شد و ساختار هر جلسه شامل بررسی تکالیف خانگی، مرور جلسه قبل، ارائه موضوع اصلی، خلاصه و جمع‌بندی و توضیح تکالیف خانگی جلسه بعد بود. محتوای جلسات درمانی در جدول شماره ۱ آمده است.

جهت رعایت اصول اخلاقی پس از اخذ رضایت آگاهانه از بیماران، در مورد محرمانگی نتایج و ترک مداخله در صورت عدم تمایل به همکاری به بیماران اطمینان داده شد.

#### جدول شماره ۱- ساختار جلسات گروه درمانی مدیریت خشم

اهداف جلسات	جلسات
اجرای پیش آزمون و ارائه تعریف جامعی از خشم	جلسه اول
آشنایی با علت خشم.	جلسه دوم
پیامدهای منفی خشم و تأثیرات خشم بر افراد	جلسه سوم
ساخت سلسله مراتب تحریک خشم ایجاد شده و نظارت بر خود	جلسه چهارم
آموزش تکنیک‌های کنترل خشم، آموزش آرمیدگی، آموزش مهارت‌های شناختی، هیجانی و رفتاری.	جلسه پنجم
آموزش سازگاری رفتاری و مهارت‌های ارتباطی و آموزش حل تعارض	جلسه ششم
آموزش مهارت حل مسئله در هنگام رویارویی با بروز خشم	جلسه هفتم
نتیجه‌گیری و پاسخ به سؤالات	جلسه هشتم

یا هم اتاقی (اگر برای کسی مقدور باشد) می‌باشد که کیفیت خواب افراد را با ارزیابی هفت ویژگی در طول ماه گذشته مشخص می‌سازد. این پرسشنامه یک ابزار

برای سنجش کیفیت خواب از شاخص کیفیت خواب پیترزبورگ (PSQI) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال خودسنجی و پنج سؤال مجاز برای شریک بدخواب

STAXI) با اندازه‌های مربوط به ناسازگاری و نیز اندازه‌های مربوط به نشانه‌های اختلال در سلامت عمومی، مثبت و معنادار است. برای تعیین پایایی پرسشنامه ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای مقایسه‌های حالت خشم و صفت خشم به ترتیب برابر ۰/۹۴ و ۰/۸۱ و برای مقیاس‌های بیان خشم، کنترل خشم و شاخص‌های کلی بیان خشم به طور متوسط برابر ۰/۸۷ بود (۳۰).

داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. در آمار توصیفی، جداول فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف بررسی شد. از آزمون تحلیل کوواریانس برای آزمون تفاوت‌های بین گروه‌های آزمایش و کنترل در میزان تغییر مقیاس‌های بهزیستی ذهنی استفاده گردید.

#### یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سنی در گروه آزمایش ۴۵/۴ (۶/۴) و کم‌ترین و بیشترین سن به ترتیب ۳۵ و ۵۸ سال و میانگین (انحراف معیار) در گروه کنترل ۴۵ (۱۰/۵) و کم‌ترین و بیشترین سن به ترتیب ۲۹ و ۶۰ بود. بیشترین فراوانی تحصیلات آزمودنی‌ها سیکل (۱۲ نفر) می‌باشد (جدول ۲). در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) کیفیت خواب آزمودنی‌ها در مرحله پیش آزمون برابر با ۶/۴ (۲/۱) و در مرحله پس آزمون به ۱۰/۶ (۳/۴) ارتقاء یافته و میانگین خشم آزمودنی‌ها در مرحله پیش آزمون برابر با ۵۸/۹ (۹/۹) و در مرحله پس آزمون به ۳۷/۱ (۹/۸) کاهش یافته است.

پس از بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرونف و بررسی فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر متغیر مستقل (دوره آموزشی) بر متغیر وابسته (کیفیت خواب و خشم) استفاده شد. داده‌ها نشان می‌دهد. تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون کیفیت خواب وجود دارد ( $F=113.4, P=0.001$ ). میزان تأثیر درمان گروهی مدیریت خشم بر کیفیت خواب به اندازه ضریب اتا می‌باشد. بدین معنی که ۰/۸ تغییرات حاصل در میانگین نمرات پس آزمون نسبت به پیش آزمون متغیر کیفیت خواب در گروه آزمایش

خودگزارشی است که دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۲۱ است و توسط Buysse و همکاران (۱۹۸۹) طراحی شده است (۲۴). این پرسشنامه دارای هفت مؤلفه است و نمره بالاتر از پنج در آن نشان‌دهنده بی‌خوابی و کیفیت خواب نامناسب است (۲۵). هفت زیر مقیاس تشکیل دهنده پرسشنامه: ۱) کیفیت ذهنی خواب، ۲) تأخیر در به خواب رفتن، ۳) طول مدت خواب، ۴) خواب مفید (اختلالات خواب، ۵) مصرف داروهای خواب‌آور و ۶) اختلال عملکرد روزانه می‌باشد (۲۶). در مطالعه Backhaus و همکاران پایایی بازمیابی این پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد (۲۷). در ایران نیز این پرسشنامه در جمعیت‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است و ویژگی‌های روان‌سنجی آن قابل قبول گزارش شده است. برای مثال مکرمی و همکاران آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و مهدی‌زاده و همکاران آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند (۲۸).

جهت سنجش خشم از پرسشنامه خشم اسپیلبرگر (۱۹۷۷) (STAXI-2) استفاده شد (۲۹). این پرسشنامه مشتمل بر ۵۷ ماده و شش مقیاس (حالت خشم، صفت خشم، برون‌ریزی خشم، درون‌ریزی خشم، کنترل برون‌ریزی خشم و کنترل درون‌ریزی خشم)، پنج خرده مقیاس (احساس خشم، احساس نیاز شدید به بیان کلامی خشم، احساس نیاز شدید به بیان فیزیکی خشم، خلق و خوی خشمگین و واکنش خشمناک) و یک شاخص بیان خشم است. کل ابزار دارای محدوده ۵۷ تا ۱۲۱ و در شاخص کلی خشم دارای دامنه ۰ تا ۹۶ است. ضرایب آلفا برای مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های ناظر بر حالت خشم و صفت خشم، بالاتر از ۰/۸۴ برای مقیاس‌های بیان خشم (برون‌ریزی خشم، درون‌ریزی خشم)، کنترل خشم (کنترل برون‌ریزی خشم، کنترل درون‌ریزی خشم) و شاخص کلی خشم بالاتر از ۰/۷۳ گزارش شده است (۲۹). برای بررسی روایی این پرسشنامه، اصغری مقدم و همکاران (۳۰) پرسشنامه (STAXI-2) را به همراه پرسشنامه‌های سازگاری و سلامت عمومی (GHQ) بر روی ۴۵۱ بیمار مبتلا به اختلالات روان‌شناختی اجرا کردند. نتایج تحلیل نشان داد که همبستگی اندازه‌های مقیاس‌های حالت، صفت و بیان خشم پرسشنامه (2-

درد (F=95.2، P=0.001). بر اساس نتایج بدست آمده ۰/۸ درصد از تغییرات درمتغیر پاسخ (کنترل خشم) از متغیر مستقل یعنی دوره آموزشی گروهی مدیریت خشم میسر گردیده است.

به علت گروه درمانی آموزش مدیریت خشم می‌باشد. همچنین، نتایج تحلیل کواریانس در متغیر خشم نشان می‌دهد (جدول ۳) اختلاف معناداری بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیر خشم وجود

جدول شماره ۲- بررسی تحصیلات آزمودنی ها در گروه کنترل و آزمایش

تحصیلات	گروه آزمایش (درصد) تعداد	گروه کنترل (درصد) تعداد	جمع (درصد) تعداد
سیکل	۵ (۴۱/۷)	۷ (۵۸/۳)	۱۲ (۱۰۰)
دیپلم	۷ (۷۰)	۳ (۳۰)	۱۰ (۱۰۰)
لیسانس	۳ (۳۷/۵)	۵ (۶۲/۵)	۸ (۱۰۰)
جمع	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)	۳۰ (۱۰۰)

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل واریانس کیفیت خواب و کنترل خشم در بیماران مبتلا به عروق کرونری

متغیر	گروه	(انحراف معیار) میانگین	F	P
کیفیت خواب	آزمایش	۶/۴ (۲/۱)	۱۱۳/۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۰/۲ (۳/۰)		
بروز خشم	آزمایش	۳۷/۱ (۹/۸)	۹۵/۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۶۱/۲ (۹/۱)		

### بحث

مطالعه نشان داد نمرات پس آزمون پرخاشگری در گروه آزمایش نسبت به نمرات پیش آزمون بطور معناداری کاهش پیدا کرده است که این نتایج با داده‌های یافته‌های قبلی، در این راستا همسو می باشد. در مطالعات پیشین دریافتند روش‌های رفتاری شناختی متمرکز بر کنترل خشم و استرس با کاهش واکنش‌های رفتاری و هیجانی چون خشم و استرس منجر به کاهش بار روانی فیزیولوژیکی در سیستم قلبی-عروقی می‌شود (۳۴-۳۱). در مطالعه ای نعمتی و همکاران با آموزش گروهی مهارت‌های زندگی چون مدیریت خشم و آرام سازی به ۴۰ بیمار عروق کرونری به طور معناداری موجب کاهش خشم در این بیماران شدند (۳۵). همچنین، Beadle و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای مقدماتی در جهت بررسی تأثیر مدیریت خشم در کودکان دچار ضربه مغزی نشان دادند این روش درمانی موجب افزایش معناداری در توانایی کودکان در کنترل خشم و حل

مسئله در موقعیت‌های تحریک کننده می‌شود (۱۸). در پژوهشی دیگر، Willne و همکاران (۲۰۱۳) نیز دریافتند روش شناختی رفتاری مدیریت خشم تأثیر بسزایی در کاهش خشم در افراد دچار معلولیت ذهنی دارد (۲۰). با توجه به تبیین‌های ارائه شده در ارتباط با خشم و بروز بیماری عروق کرونری که بر این امر تأکید دارد که ویژگی‌هایی نظیر بدگمانی، تنفر و بی‌اعتمادی بالا منجر به پرخاشگری کلامی می‌شود و در نتیجه، افرادی که خصومت بدبینانه بالایی دارند، ممکن است، حمایت اجتماعی مورد نیاز را با دشواری از محیط خود جذب کنند و یا احتمال دارد که استفاده مؤثری از حمایت اجتماعی نکنند (۳۶). پس بر اساس آموزش‌های ارائه شده در این روش درمانی مبتنی بر شناخت خطاهای شناختی در ارتباط با خشم منطقی و غیرمنطقی، اصلاح گفتارهای درونی و تغییر مرکز توجه (انحراف افکار)، تغییر در نگرش‌ها و شناخت‌های اشتباه و شایع بیماران درباره خشم این روش درمانی با



سلامت روان فرد می‌گردد که با دریافت آموزش در ارتباط با کنترل افکار خودآیند منفی در بیماران این روند کاسته شده و این خود باعث احساس آرامش بیشتر و کنترل مؤثرتر خشم و عواقب ناشی از آن می‌گردد.

#### نتیجه‌گیری نهایی

اجرای روش‌های درمانی شناختی و رفتاری متمرکز بر مدیریت خشم، می‌تواند با تغییر در نظام رفتاری و روانشناختی بیماران قلبی، موجب تسریع در بهبود بیماری و کاهش عوامل خطر ساز آن گردد. از این رو این نتایج می‌تواند در بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز خدمات بهداشت روانی برای افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که اثربخشی آموزش گروهی کنترل خشم در افراد مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن نیز بررسی شود.

آشکار است به دلیل محدود بودن نمونه‌های پژوهش به شهرستان الیگودرز، زمان اجرا و عدم پیگیری در فاصله زمانی بلند مدت، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت پذیرد.

#### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک در سال ۱۳۹۴ می‌باشد. نویسندگان این مقاله از تمامی مسئولین و کارمندان محترم بیمارستان امام جعفر صادق (ع) شهرستان الیگودرز و کلیه بیمارانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، سپاسگزار می‌کنند.

افزایش مهارت‌های کنترل خشم و حل مسأله موجب کاهش خصومت، تحریک‌پذیری، عصبانیت و احساس گناهکاری ناشی از برخورد پرخاشگرانه در بیماران می‌شود.

علاوه بر این، مطالعه حاضر نشان داد آموزش گروهی کنترل خشم موجب افزایش کیفیت خواب در بیماران مبتلا به عروق کرونری می‌گردد این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های اخیر از این منظر هم‌راستا می‌باشد که در این مطالعات رابطه معناداری بین خشم و مشکلات خواب مشاهده شد (۳۷-۳۹). از سوی دیگر در مطالعات مشاهده شد مدیریت خشم موجب کاهش درد و استرس در بیماران قلبی عروقی (۴۰) و همچنین کاهش درد در بیماران دارای درد مزمن کمر (۴۱) می‌شود. این نتایج گواه این مطلب است که استفاده از راهبردهای شناختی مانند مهارت حل مسئله و در نهایت آموزش روش‌های آرمیدگی، تنفس عمیق و تجسم سازی که موجب بهبود مشکلات خواب در بیماران می‌شود (۴۲ و ۴۳) به بیماری عروق کرونری نیز کمک می‌کند تا در موقعیت‌های تنش-زایی که منجر به بروز خشم و به تبع آن مشکلات بی-خوابی می‌گردد با استفاده از تکنیک‌های فراگرفته شده واکنش مناسب نشان دهند. این امر، پیامد‌های روانی مثبتی را در سبک زندگی و در نهایت کیفیت خواب بیماران به همراه خواهد داشت. بدیهی است داشتن باور مثبت در کنترل خشم موجب تأمین سلامت روانی شود. زیرا نگرانی نسبت به بیماری قلبی و تا حدی گوش به زنگی و در انتظار وقوع نشانه‌ها و عوارض بیماری، فی‌نفسه موجب کاهش

#### REFERENCES

1. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, Regional, and National Age-sex specific All-cause and Cause-specific Mortality for 240 Causes of Death, 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;385:117-71.
2. Monirpoor N, Khoosfi H. Psychological Predictors of Coronary Heart Diseases: the Role of Personality Factors, Stressful Life Events and Perceived Quality of Social Support. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2011; 9(2): 148-154. (Full Text in Persian)
3. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, et al. Cardiovascular Disease in Europe 2014: Epidemiological Update. *Eur Heart J*. 2014;35: 2950-9.
4. Hadaegh F, Harati H, Ghanbarian A, Azizi F. Prevalence of Coronary Heart Disease among Tehran Adults: Tehran Lipid and Glucose Study. *East Med Health J* 2009; 1(1)5:157-66. (Full Text in Persian)
5. Yanagawa B, Algarni KD, Singh SK, Deb S, Vincent J, Elituv, Fremes SE. Clinical, Biochemical, and Genetic Predictors of Coronary Artery Bypass Graft Failure. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 2014; 148(2): 515-520.

6. Lee HB, Offidani E, Ziegelstein RC, Bienvenu OJ, Samuels J, Eaton WW, et al. Five-Factor Model Personality Traits as Predictors of Incident Coronary Heart Disease in the Community: A 10.5-Year Cohort Study Based on the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-Up Study. *Psychosomatics*. 2014; 55(4): 352-361.
7. Arnold SV, Spertus JA, Nallamothu BK. The Hostile Heart: Anger as a Trigger for Acute Cardiovascular Events. *European heart journal*. 2014; 35(21): 1359-1360.
8. Soltani Shal R, Sharbaf HA, Karshki H. The Role of Type D Personality and Emotional Intelligence with Mediating of Perceived Stress and Coping Styles in the Quality of Life of Coronary Heart Disease Patients. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*. 2013; 17(7): 449-459. (Full Text in Persian)
9. Luyster FS, Kip KE, Buysse DJ, Aiyer AN, Reis SE, Strollo Jr PJ. Traditional and Nontraditional Cardiovascular Risk Factors in Comorbid Insomnia and Sleep Apnea. *Sleep*. 2014; 37(3): 593.
10. Cho HJ, Seeman TE, Kiefe CI, Lauderdale DS, Irwin MR. Sleep Disturbance and Longitudinal Risk of Inflammation: Moderating Influences of Social Integration and Social Isolation in the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *Brain, behavior, and immunity*. 2015; 46: 319-326.
11. Hoevenaer-Blom MP, Spijkerman AM, Kromhout D, Verschuren WM. Sufficient Sleep Duration Contributes to Lower Cardiovascular Disease Risk in Addition to Four Traditional Lifestyle Factors: the MORGEN Study. *European journal of preventive cardiology*. 2014; 21(11): 1367-1375.
12. Neiseh F, Daneshmandi M, Sadeghi Shermeh M, Ebadi A. The Effects of Ear and Eye Protect Device Application on Quality of Sleep of CCU Patients with Acute Coronary Syndrome (Hospital Military). *J Military Psychol*. 2011; 2(5): 67-80
13. Asadzandi M, Ebadi A. The Effect of Spiritual Care Based on Ghalbe Salim Model on the Sleep Quality of the Patients with Coronary Artery Disease. *Journal of Critical Care Nursing*. 2014; 7(2): 92-101. (Full Text in Persian)
14. Kitayama S, Park J, Boylan JM, Miyamoto Y, Levine CS, Markus H, et al. Expression of Anger and Ill Health in Two Cultures An Examination of Inflammation and Cardiovascular Risk. *Psychological science*. 2015; 26(2): 211-220.
15. Lin IM, Fan SY, Lu HC, Lin TH, Chu CS, Kuo HF, et al. Randomized Controlled Trial of Heart Rate Variability Biofeedback in Cardiac Autonomic and Hostility among Patients with Coronary Artery Disease. *Behaviour research and therapy*. 2015; 70: 38-46.
16. Eichstaedt JC, Schwartz HA, Kern ML, Park G, Labarthe DR, Merchant RM, et al. Psychological Language on Twitter Predicts County-level Heart Disease Mortality. *Psychological science*. 2015; 26(2), 159-169.
17. Novaco RW. Anger as Clinical and Social Problems. In, Blanchard RJ, Blanchard DC. *Advances in the Study of Aggression*. New York: Academic Press. 1986.
18. Beadle EJ, Wegener SV, Swain MA, Hilton N, Kenardy J, McKinlay L, et al. A Pilot Study of a Cognitive Behavioural Therapy Anger Management Intervention for Children with Acquired Brain Injuries. *Neuro-Disability and Psychotherapy*. 2015; 3(1), 42-64.
19. Felce D, Cohen D, Willner P, Rose J, Kroese B, et al. Cognitive Behavioral Anger Management Intervention for People with Intellectual Disabilities: Costs of Intervention and Impact on Health and Social Care Resource Use. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2015; 59(1): 68-81.
20. Willner P, Rose J, Jahoda A, Kroese BS, Felce D, Cohen D, et al. Group-based Cognitive-behavioral Anger Management for People with Mild to Moderate Intellectual Disabilities: Cluster Randomized Controlled Trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2013; 203(4): 288-296.
21. Ozkan B, Menten S, Ozturk A, Soyuer S. Effects of Follow-up by Phone Interview and Anger Management Training Provided to Patients with Breast Cancer Undergoing Radiotherapy on Levels of Self-Esteem, Anger and Depression. *Cancer*. 2014; 3(5), 8-9.

22. Bayram N, Dogan A, Aydogan I, Bilgel N. Anger Expression, Depression, Anxiety and Stress among Turkish Students Living in Turkey and Germany. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. 2014; 4(3): 1-18.
23. Schneider RH, Carr T. Transcendental Meditation in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease and Pathophysiological Mechanisms: an Evidence-based Review. *Advances in Integrative Medicine*. 2014; 1(3): 107-112.
24. Buysse D J, Reynolds CFI, Monk TH. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*. 1989; 28(2):193-213.
25. Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest Reliability and Validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Primary Insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 53: 737-740.
26. Mokarami H, Kakooei H, Dehdashti A, Jahani Y, Ebrahimi H. Comparison of General Health Status and Sleeping Quality of Shift Workers in a Car Industry Workshop 2008. *Behood Journal*. 2010; 14 (3): 237-243. (Full Text in Persian)
27. Mahdizadeh S, Salari MM, Ebadi A, Aslani J, Naderi Z, Avazeh A, Abbasi S. Relationship between Sleep Quality and Quality of Life in Chemical Warfare Victims with Bronchiolitis Obliterans Referred to Baqiyatallah Hospital of Tehran, Iran. *Payesh (Health Monitor)*. 2011; 10 (2): 265-271. (Full Text in Persian)
28. Najafi M, Sheikhvatan M, Montazeri A, Sheikhfathollahi M. Reliability of World Health Organization's Quality of Life-BREF versus Short Form 36 Health Survey Questionnaires for Assessment of Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease. *Journal of Cardiovascular Medicine* 2009; 10(4): 316-2. (Full Text in Persian)
29. Spielberger CD. STAXI-2 State-Trait Anger Expression Inventory- 2. Professional manual. PAR. 1999.
30. Asghari Moghadam MA, Moghadasin M, Dibajnia P. The Reliability and Criterion Validity of a Farsi Version of the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) in a Clinical Sample. *cpap*. 2011; 2 (5) :75-94. (Full Text in Persian)
31. Gulliksson M, Burell G, Vessby B, Lundin L, Toss H, Svärdsudd K. Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy vs Standard Treatment to Prevent Recurrent Cardiovascular Events in Patients with Coronary Heart Disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Archives of Internal Medicine*. 2011; 171(2): 134-140.
32. Gulliksson M, Burell G, Vessby B. Can Cognitive Behavioral Therapy Prevent Recurrent Cardiovascular Events?. *JCOM*. 2011; 18(4): 150-152.
33. Svardsudd K, Gulliksson M. The Use of Cognitive Behavioral Therapy for Secondary Prevention in Patients With Coronary Heart Disease--Reply. *Archives of Internal Medicine*. 2011; 171(16): 1506.
34. Karimi S, Kakabaraee K, Yazdanbakhsh K, Moradi GR. Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Subjective Well-being of Patients with Cardiovascular Diseases. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2014; 18(3). (Full Text in Persian)
35. Nemati Sogolittappeh F, Mahmood Aliloo M, Babapur Kheyroddin J, Toufan Tabrizi M. Effectiveness of Group Life Skills Training (anger management, assertiveness and relaxation) on Increasing Assertiveness and Decreasing Anger among Heart Patients, after Bypass Surgery. *Journal of Psychology (Tabriz University)*. 2008; 3 (9) :119-134. (Full Text in Persian)
36. Masoudnia E. Hostility, Anger and Risk of Coronary Artery Atherosclerosis. *JSSU*. 2011; 18 (6): 540-551. (Full Text in Persian)
37. Kamphuis J, Dijk DJ, Spreen M, Lancel M. The Relation between Poor Sleep, Impulsivity and Aggression in Forensic Psychiatric Patients. *Physiology & behavior*. 2014; 123: 168-173.
38. Meijers J, Harte JM, Scherder FV. Disturbed Sleep as a Risk Factor for Aggression in Prisoners with a Psychotic Illness: a Brief Report. *Psychology, Crime & Law*. 2015; 11; 1-5.



39. Vaughn MG, Salas-Wright CP, White NA, Kremer KP. Poor Sleep and Reactive Aggression: Results from a National Sample of African American Adults. *Journal of psychiatric research*. 2015; 66–67 (2): Pages 54–59
40. Burns JW, Quartana PJ, Bruehl S. Anger Management Style Moderates Effects of Emotion Suppression During Initial Stress on Pain and Cardiovascular Responses During Subsequent Pain-induction. *Annals of Behavioral Medicine*. 2007; 34(2): 154-165.
41. Burns JW, GerhartM JI, Bruehl S, Peterson KM, Smith DA, Porter LS, et al. Anger Arousal and Behavioral Anger Regulation in Everyday Life among Patients with Chronic Low Back Pain: Relationships to patient pain and function. *Health Psychology*. 2015; 34(5): 547.
42. Calvo MI, Cavero RY. Medicinal Plants Used for Neurological and Mental Disorders in Navarra and their Validation from Official Sources. *Journal of ethnopharmacology*. 2015; 169: 263-268.
43. Kwon Y, Jon D, Lee K, Kim M, Lee S, Yoon B, et al. What Are the Differences in Sleep Skills Between Insomnia Patients with and Without Need of Hypnotics? *European Psychiatry*. 2015; 30, 937

Archive of SID

## Original Article

## Effectiveness of the Anger Management Group Therapy on Sleep Quality and Anger among the Patients with Coronary Heart Diseases

Elham Radman<sup>1</sup>, Anahita Khodabakhshi Koolae<sup>2\*</sup>, Davoud Taghvae<sup>3</sup>

1. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran.
2. Assistant Professor of Counseling, Khatam University, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran

\***Corresponding Author:** Anahita khodabakhshi koolae; Department of counseling and psychology, Human science, Khatam University, Tehran, Iran

Email: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

How to cite this article:

Radman E, Khodabakhshi Koolae A, Taghvae D. Effectiveness of the anger management group therapy on sleep quality and anger among the patients with coronary heart diseases. *Community Health* 2015; 2(4): 228-37.

### Abstract

**Background and Objective:** Coronary heart disease is one of the main causes of mortality that has a strong relationship with psychological problems specially anger. In addition, the quality of sleep is poor among the patients with coronary heart disease. Therefore, the aim of current study is to investigate the effectiveness of the anger management group therapy on sleep quality and anger among the patients with coronary heart diseases.

**Materials and Methods:** This research was a quasi-experimental study with pre and post-tests. The 30 male patients with coronary heart diseases were selected with a convenience sampling method from Emam Jafare Sadegh's Hospital in Aligodarz in 2014-2015. The participants were assigned randomly to the control and experimental groups. Anger management group therapy was conducted with the participation of experimental group during eight sessions (90 minutes per week). The research instruments were the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2). Statistical analysis was conducted by using the analysis of variance.

**Results:** The results indicated that there is a significant difference between means of sleep quality ( $P=0.001$ ) and anger ( $P=0.001$ ) by eliminating the effectiveness of pretest ( $P < 0.01$ ).

**Conclusion:** The Study showed that anger management group therapy with decreasing the level of anger and improving the sleep quality should be considered as a psychological intervention in patients with coronary heart disease.

**Keywords:** Coronary diseases, Group therapy, Anger, Sleep