

## The effectiveness of stress inoculation training and drug therapy on blood pressure and quality of life in woman suffering from hypertension

Ghamari Givi H. *PhD*<sup>✉</sup>, Mohebbi Z. *MSc*<sup>1</sup>, Maleki K. *Msc*<sup>2</sup>

<sup>✉</sup> *Psychology Department, Humanistic Sciences Faculty, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran*

<sup>1</sup> *Psychology Department, Humanistic Sciences Faculty, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran*

<sup>2</sup> *Khalkhal Health Center*

Received: 2014.1. 9

Accepted: 2014.12.11

### Abstract

**Introduction:** This research aimed to compare the effectiveness of stress inoculation training and drug therapy on blood pressure and quality of life in woman with hypertension.

**Method:** The statistical population consisted of all the woman who suffered from hypertension in the health and medical centers of Khalkhal. The sample (N=40) was selected by available sampling. The data collecting tools included the short form of the quality of life questionnaire (WHO-QOL-BREF) and a barometer. This study had an experimental design and data were analyzed by multiple analysis of covariance.

**Results:** Stress inoculation training decreases systolic blood pressure and increases the level of quality of life for women suffering from hypertension. Although it can be said that this training does not decrease diastolic blood pressure.

**Conclusion:** Stress Inoculation Training (SIT) is effective on the improvement of quality of life and decreases blood pressure in the patients with Hypertension.

**Key words:** Stress Inoculation Training, Drug Therapy, Quality of Life, Hypertension

## اثر بخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس و دارو درمانی در فشار خون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری فشار خون بالا

حسین قمری گیوی<sup>✉</sup>، زهرا محبی<sup>۱</sup>، کامیاب ملکی<sup>۲</sup>

<sup>✉</sup>گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۱</sup>گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۲</sup>مرکز بهداشت شهرستان خلخال

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۹

### چکیده

**مقدمه:** هدف اصلی این پژوهش مقایسه و بررسی اثر بخشی دو روش آموزش ایمن سازی در مقابل استرس و دارو درمانی بر کاهش فشارخون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری فشارخون بالا می باشد.

**روش:** پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی بود و جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان مبتلا به بیماری فشارخون بالایی بود که به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان خلخال مراجعه کردند. تعداد ۴۰ نفر از این زنان با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای جمع آوری اطلاعات شامل فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO-QOL-BREF) و دستگاه فشارسنج بود. داده ها با تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** آموزش ایمن سازی در مقابل استرس موجب کاهش میزان فشارخون سیستولیک و افزایش تمام خرده مقیاس های کیفیت زندگی (سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی، محیط اجتماعی) در زنان مبتلا به بیماری فشارخون بالا شده است. ولی بر کاهش فشارخون دیاستولیک تفاوت معناداری را ایجاد نکرده است.

**نتیجه گیری:** روش آموزش ایمن سازی در مقابل استرس در کنار دارودرمانی می تواند به عنوان یک شیوه مداخله ای مفید در کاهش فشار خون و ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا مورد استفاده قرار گیرد.

**کلید واژه ها:** آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، دارودرمانی، کیفیت زندگی، فشارخون

## مقدمه

فشار خون بالا اختلال روانی - فیزیولوژیایی است که نقش عمده ای در بروز بیماری‌های عروق کرونری، سکنه مغزی و بیماری‌های کلیوی دارد از این رو افزایش فشار خون از بزرگترین عوامل تهدید کننده سلامت در کشورهای صنعتی به شمار می‌رود و امروزه اعتقاد بر این است، که عوامل روانشناختی در پیدایش تمام بیماری‌ها اهمیت دارد.

مشکلات سازگاری در آن دسته از بیماران قلبی بیشتر گزارش شده است که پیش از بیماری، مشکلات اجتماعی و استرس بیشتری داشته اند، نه الزاماً کسانی که بیمارشان شدیدتر است. اضطراب و افسردگی یا افکار بیش از اندازه، روند بهبود بیماری را به تأخیر می‌اندازد، از این رو آن دسته از بیماران قلبی که دچار اضطراب و افسردگی زیاد باشند به مشکلات بعدی از قبیل آریتمی، به میزان بیشتری مبتلا می‌شوند و احتمال مرگ آن‌ها در ماه‌های اول از کسانی که استرس کمتری دارند بیشتر است [۱]. فشار خون بالا، مانند سایر بیماری‌های مزمن با شیوه زندگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد، و در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب به عوارض ناخوشایندی منجر می‌شود. [۲]، به همین دلیل در ۲۰ سال اخیر، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشم‌گیری یافته، به طوری که بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی این دسته از بیماران به صورت یک هدف در نظام بهداشتی و درمانی کشورها درآمده است [۳].

درمان‌های دارویی اغلب مؤثر واقع نمی‌شوند و در نتیجه باعث مراجعات مکرر این افراد به پزشکان مختلف می‌شود و اغلب نیز برای آن‌ها درمان‌های ترکیبی و رویکردهای مختلفی در نظر گرفته می‌شود، از جمله این موارد می‌توان به رویکرد روان‌پویایی، درمان‌های دارویی، درمان‌های شناختی و درمان‌های رفتاری اشاره کرد. اخیراً هم تکنیک‌های شناختی - رفتاری در پی ناراضیاتی حاصل از اثر بخشی رفتار درمانی محض مطرح شده است. از جمله این تکنیک‌ها می‌توان به روش آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس Sit اشاره کرد که توسط مایکن بام مطرح شده است SIT. همانند ایمن‌سازی پزشکی، به منظور تشکیل پادتن‌های روانشناختی یا مهارت‌های مقابله با استرس به وجود آمده است که به ویژه در پیشگیری و کاهش علائم مرتبط با استرس مؤثر می‌باشد [۴]. بی توجه ماندن به این همه مخارج و بی اهمیت تلقی کردن این مورد، غفلتی بس بزرگ محسوب می‌شود. لذا با توجه به اهمیت این موضوع پژوهش حاضر به مقایسه و بررسی اثر بخشی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس و دارو درمانی بر کاهش فشار خون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری فشارخون بالا پرداخته است. این پژوهش به توسعه مرزهای دانش کمک کرده و باب جدیدی را بر شیوه‌های درمانی غیردارویی، کم عارضه، بی عارضه، کم هزینه و قابل دسترس برای همه در درمان و کنترل بیماری فشار خون بالا می‌گشاید و از طرفی دیگر این پژوهش

کمک می‌کند تا بیماران از یک سو، و متخصصان و سیاست گذاران امور بهداشتی از سوی دیگر، اهمیت مداخلات به شیوه غیردارویی را در کنترل بیماری‌های روان‌تنی دریابند.

چنانچه نقش استرس در سبب شناسی و پایداری فشارخون بالا را پذیرفت، از این رو آموزش بیمار برای کنترل استرس می‌تواند به کاهش فشارخون منجر شود. رسولی و حبیب زاده نشان دادند که آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر کاهش میزان اضطراب و استرس دانشجویان مؤثر بوده است [۵]. برای فشار خون بالا کنترل استرس در اساس نوعی آموزش کاربردی است. در مطالعات اولیه نشان داده شده است که کنترل و مدیریت استرس به کاهش مستمر در فشار خون و حتی کاهش در رخداد سکنه قلبی و بیماری مرتبط با آن می‌انجامد [۶]. تحقیقات زیادی در رابطه با کیفیت زندگی بیماران فشارخونی انجام شده است، از جمله دهقانی و همکاران [۷] دریافتند که روش آموزش مدیریت استرس سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم را افزایش می‌دهد به نظر می‌رسد بیماران قلبی و عروقی در برخی از جنبه‌های کیفیت زندگی دچار مشکلاتی باشند و این بیماری سطح کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش داده باشد [۸]، خیام نکویی، یوسفی و منشعی [۹] نیز در پژوهشی دریافتند که آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس (Sit) که از انواع فنون شناختی - رفتاری می‌باشد بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی و عروقی تأثیر مثبت دارد.

زمانی که دچار استرس، عصبانیت یا اضطراب می‌شویم، دستگاه عصبی سمپاتیک به فعالیت می‌افتد. این امر سبب واکنش‌های قلبی - عروقی مختلفی از قبیل افزایش برون ده قلبی می‌شود. هنگامی که افراد از نظر هیجانی برانگیخته می‌شوند، هم فشار سیستولیک و هم فشار دیاستولیک در آن‌ها افزایش می‌یابد [۱۰]. پارهای تنیدگی را به عنوان یک محرک در نظر گرفته‌اند. از این دیدگاه تنیدگی چیزی است که از خارج بر فرد تحمیل می‌شود و ناراحتی‌های جسمانی و روانی را در پی دارد (به نقل از استورا، ۱۹۹۱). در رویکرد دوم تنیدگی به منزله یک پاسخ توصیف شده است. این الگو بر «نشانگان عمومی سازش» مبتنی است که تنیدگی را یک فرایند پاسخ می‌داند.

رویکرد سوم بر چگونگی ادراک فرد از موقعیت [۱۱] تأکید می‌ورزد و تنیدگی را به شبکه وسیع عواملی مانند محرک، پاسخ، ویژگی‌های فرد، ارزشیابی و سبک‌های سازشی نسبت می‌دهد که بر یکدیگر تأثیر متقابل دارد. از این دیدگاه موقعیت‌ها به خودی خود تنیدگی‌زا نیستند بلکه استرس ناشی از عدم موازنه‌ای است که بین ادراک فرد از الزام‌های محیط پیرامونی و ارزشیابی وی از توانایی خویش در پاسخ دهی به آن‌ها به وجود می‌آید. بنابراین تنها زمانی که فرد نتواند با خواسته‌های محیط پیرامون مقابله کند یا به عبارت دیگر بین موقعیت‌های برونی و ظرفیت واکنش عینی یا فاعلی او نسبت به آن‌ها ناهمگرایی وجود داشته باشد، حالت استرس و استیصال ایجاد می‌شود.

ریشه بیماری‌ها را باید در "رفتار" جستجو کرد "پزشکی

قرار گرفتند (تمامی بیماران از داروی ضد فشارخون استفاده می کنند). همه زنان شرکت کننده متاهل و در بازه سنی ۳۰ تا ۵۵ سال بودند و بطور همزمان بیماری جسمی یا روانی دیگری نداشتند و در مرکز بهداشت پرونده بیماری داشته و حداقل تحصیلات دیپلم را داشتند و از انگیزه کافی برای شرکت در جلسات برخوردار بودند و در صورت غیبت بیش از یک جلسه در جلسات آموزشی از مطالعه حذف می شدند. برای جمع آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد.

**فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO-QOL-BREF):** پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، فرم کوتاه پرسشنامه زندگی سازمان بهداشت جهانی می باشد (WHO-QOL-BREF)، دارای ۲۶ سؤال است که به ارزیابی چهار بعد کیفیت زندگی افراد می پردازد که عبارتند از: ۱- سلامت جسمی ۲- سلامت روانشناختی ۳- روابط اجتماعی ۴- محیط اجتماعی. این مقیاس به ۱۹ زبان مختلف ترجمه شده است، که در کشورهای مختلف برای اندازه گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده می شود. گروه مطالعاتی سازمان بهداشت جهانی این مقیاس را یک مقیاس بین فرهنگی می داند و به همین دلیل از آن در فرهنگ های مختلف استفاده می شود [۱۵]. در ایران نیز نصیری و همکاران این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی و اعتبار آن را گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴. نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. از طرف دیگر تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس، مشخص کرد که در این مقیاس چهار زیر مقیاس (یعنی سلامت جسمی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی که در مقیاس اصلی وجود داشتند) وجود دارد که نشان دهنده روایی ساختاری آن است.

**دستگاه فشارسنج:** وسیله ای است که از آن برای اندازه گیری فشار سیستولی و فشار دیاستولی خون استفاده می شود. فشارسنج پزشکی انواع و اقسام بسیاری دارد در پژوهش حاضر از نوع جیوه ای استفاده شده است. اگر فشار خون سیستولیک به هنگام انقباض قلب بالاتر از ۱۴۰ و فشار دیاستولیک که قلب در حالت استراحت است بالاتر از ۹۰ باشد، بیماری فشار خون وجود دارد [۱۶].

### یافته ها

همه زنان شرکت کننده در این پژوهش متاهل بوده و میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش بترتیب ۴۲/۶ و ۲۹/۲۳ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل بترتیب ۴۲/۸ و ۳۰/۹۹ بود. تعداد ۲۲ نفر از آزمودنی های پژوهش دارای سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، تعداد ۱۱ نفر دارای سطح تحصیلات دبیرستان و دیپلم و تعداد ۶ نفر دارای سطح تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس بودند.

رفتاری" اصطلاحی است که عموماً برای عملکرد مجموعه ای از رشته های بهداشتی به کار گرفته می شود که به کاربرد روش های علوم رفتاری برای کاهش در زمینه رفتارهای بیماری ساز و اصلاح آن ها می پردازند. پزشکی رفتاری زمینه های مشترکی با پزشکی روان تنی (که به طور سنتی به سبب شناسی می پردازد) و رفتار درمانی شناختی (که اصولاً به درمان می پردازد) دارند. آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، جامع ترین شکل درمان شناختی- رفتاری است، این نوع آموزش بیانگر طرحی سنجیده و قابل توجه است و شامل راهبردهای درمانی زیادی است، که از میان آن ها می توان بهترین و موثرترین شیوه را انتخاب نمود [۱۲].

آموزش ایمن سازی در مقابل استرس شامل سه مرحله می باشد: ۱- مرحله مفهوم سازی مشکل، ۲- مرحله اکتساب و تمرین مهارت ها، ۳- کاربرد و پیگیری مستمر. امروزه در کنار افزایش طول عمر، عامل مهم دیگری مثل چگونگی زندگی کردن یا کیفیت زندگی مطرح است، بنا به تعریف گروه کیفیت سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL)، کیفیت زندگی به ادراک فرد از جایگاه خودش در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی جامعه و اهداف، معیارها و نگرانی های فرد اشاره دارد و از متغیرهایی مثل سلامت جسمانی، وضعیت روان شناختی، استقلال و روابط اجتماعی ناشی می شود. کیفیت زندگی مفهوم و سببی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را دربرمی گیرد و چیزی بیش از سلامت جسمانی است و شامل احساس سالم بودن، سطح رضایت مندی و وجود حس کلی خودارزشمندی است [۱۳]. هدف اکثر درمان های روان شناختی موجود ارتقا کیفیت زندگی بیماران به موازات درد کمتر و عملکرد بهتر است [۱۴]. با توجه به مطالعات فوق اکنون مساله اصلی در این مطالعه این است که آیا آموزش ایمن سازی در مقابل استرس و ترکیب آن با دارودرمانی تأثیری بر فشارخون و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به بیماری فشارخون بالا در مقایسه با درمان دارویی صرف دارد؟

### روش

با توجه به ماهیت موضوع و اهداف آن از نظر روش از نوع آزمایشی است و طرح پژوهشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام بیماران مبتلا به فشارخون بالای هستند که به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان خلخال مراجعه می کنند. در پژوهش حاضر به این دلیل که فهرست همه بیماران در اختیار بود به شیوه در دسترس ۴۰ نفر انتخاب شدند، لذا حجم نمونه شامل ۴۰ نفر بیمار زن مبتلا به فشارخون بالای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان خلخال بود که به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه، درمان دارویی (شاهد) و گروه آموزش ایمن سازی در مقابل استرس توأم با درمان دارویی (مورد)، (هر گروه N=20)

جدول ۱. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای دو درمان ترکیبی و دارو درمانی

آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلائی	۰/۲۷	۳/۷۷	۲/۰۰۰	۱۵/۰۰۰	۰/۰
لامبدای ویلکز	۰/۷۳	۳/۷۷	۲/۰۰۰	۱۵/۰۰۰	۰/۰
اثر هتلینگ	۰/۳۷	۳/۷۷	۲/۰۰۰	۱۵/۰۰۰	۰/۰
بزرگترین ریشه روی	۰/۳۷	۳/۷۷	۲/۰۰۰	۱۵/۰۰۰	۰/۰

جدول ۲. آزمون لون برای برابری واریانس‌ها در دو گروه درمان ترکیبی و دارو درمانی در سه متغیر فشار خون سیستولیک و دیاستولیک و کیفیت زندگی

متغیر	F	df <sub>1</sub>	df <sub>2</sub>	sig
فشارخون سیستولیک	۰/۴۴	۱	۲۸	۰/۵۵
فشارخون دیاستولیک	۰/۴۸	۱	۲۸	۰/۵۶
کیفیت زندگی	۰/۵۰	۱	۲۸	۰/۵۶

جدول ۳. خلاصه تجزیه و تحلیل کوواریانس برای بررسی تغییرات میزان فشارخون سیستولیک و دیاستولیک

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
گروه	پس آزمون فشارخون سیستولیک	۱۲۱۰	۱	۱۲۱۰	۶/۸۳	۰/۰۳۴
	پس آزمون فشارخون دیاستولیک	۲۸۰/۹	۱	۲۸۰/۹۰	۱/۶۱	۰/۱۷۶
خطا	پس آزمون فشارخون سیستولیک	۶۷۳۰	۳۸	۱۷۷/۱۰		
	پس آزمون فشارخون دیاستولیک	۶۵۹۲/۷	۳۸	۱۷۳/۴۹		
کل	پس آزمون فشارخون سیستولیک	۷۹۴۰	۳۹			
	پس آزمون فشارخون دیاستولیک	۶۸۷۳/۶	۳۹			

همانطور که از دو جدول شماره یک و دو پیداست مفروضه‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی داده‌های حاصل صادق است و شاخص‌های اعتباری معنادار بوده و نتایج آزمون لون بیانگر تساوی واریانس‌ها در مرحله پیش‌آزمون است. با توجه به جدول ۳، مقدار  $F$  به دست آمده برابر  $۱/۶۱$  با درجه آزادی ۱، ( $p > ۰/۰۵$ ) می‌باشد، لذا تفاوت میزان فشارخون سیستولیک در بین دو گروه معنادار نیست. همچنین مقدار  $F$  به دست آمده برابر  $۶/۸۳$  با درجه آزادی ۱ در سطح ( $p < ۰/۰۳۴$ ) می‌باشد، لذا تفاوت میزان فشارخون سیستولیک در بین دو گروه متفاوت و معنادار است. با توجه به نتایج به دست آمده تحلیل کوواریانس چند متغیره جدول ۴، مقدار  $F$  به دست آمده برابر  $۵/۲۸$  با درجه آزادی ۱ در سطح ( $p < ۰/۰۲۸$ ) نشان می‌دهد افزایش مقیاس سلامت جسمانی کیفیت زندگی در بین دو گروه متفاوت و معنادار است.

همانطور که از دو جدول شماره یک و دو پیداست مفروضه‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی داده‌های حاصل صادق است و شاخص‌های اعتباری معنادار بوده و نتایج آزمون لون بیانگر تساوی واریانس‌ها در مرحله پیش‌آزمون است. با توجه به جدول ۳، مقدار  $F$  به دست آمده برابر  $۱/۶۱$  با درجه آزادی ۱، ( $p > ۰/۰۵$ ) می‌باشد، لذا تفاوت میزان فشارخون سیستولیک در بین دو گروه معنادار نیست.

جدول ۴. خلاصه تجزیه و تحلیل کوواریانس برای بررسی تغییرات خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
گروه	پس آزمون مقیاس کیفیت زندگی	۲/۵	۱	۲/۵	۶/۱۶	۰/۰۱۷
	پس آزمون مقیاس سلامت جسمانی	۱۸/۲۲	۱	۱۸/۲۲	۵/۲۸	۰/۰۲۸
	پس آزمون مقیاس سلامت روانشناختی	۱۲/۱۰	۱	۱۲/۱۰	۱۰/۲۵	۰/۰۰۵
	پس آزمون مقیاس روابط اجتماعی	۵/۶۲	۱	۵/۶۲	۴/۹۳	۰/۰۴۱
	پس آزمون مقیاس محیط اجتماعی	۵/۶۲	۱	۵/۶۲	۶/۸۱	۰/۰۳۵
خطا	پس آزمون مقیاس کیفیت زندگی	۱۵/۴	۳۸	۰/۴۰		
	پس آزمون مقیاس سلامت جسمانی	۱۳۱/۱۵	۳۸	۳/۴۵		
	پس آزمون مقیاس سلامت روانشناختی	۴۵	۳۸	۱/۱۸		
	پس آزمون مقیاس روابط اجتماعی	۴۳/۳۵	۳۸	۱/۱۴		
	پس آزمون مقیاس محیط اجتماعی	۳۱/۳۵	۳۸	۰/۸۲		
کل	پس آزمون مقیاس کیفیت زندگی	۱۷/۹	۳۹			
	پس آزمون مقیاس سلامت جسمانی	۱۴۹/۳۷	۳۹			
	پس آزمون مقیاس سلامت روانشناختی	۵۷/۱۰	۳۹			
	پس آزمون مقیاس روابط اجتماعی	۴۸/۹۷	۳۹			
	پس آزمون مقیاس محیط اجتماعی	۳۶/۹۷	۳۹			

افسردگی یک قطبی دخالت دارد. امروزه صاحب نظران همچنین بیماری‌های بدنی را شناخته‌اند که می‌تواند علل روانی داشته باشد. این عقیده که حالت‌های روانی می‌تواند بر واکنش‌های بدنی انسان تأثیر بگذارد، حرف تازه‌ای نیست. برخی از بیماری‌های جسمانی، اختلالات روانی - فیزیولوژیایی نامیده می‌شود که اختلال‌های روانی - فیزیولوژیایی مجموعه‌ای از اختلالات هستند که با نشانه‌های جسمی حقیقی که در نتیجه عوامل هیجانی ایجاد شده یا ممکن است در اثر آن‌ها وخیم تر شوند مشخص می‌گردند. به نظر می‌رسد روش به کار گرفته شده در این مطالعه با چنین پشتوانه نظری موثر واقع شده است.

فلچر و همکاران [۱۹] نشان دادند که بسیاری از بیماران مبتلا به فشارخون اساسی دارای نشانه‌های واضح بیماری نیستند و مصرف بلند مدت و حتی مادام‌العمر داروهای ضد فشارخون مانند: آنتولول، پروپرانول و ... در دراز مدت نگرش بیمار را نسبت به خودش منفی می‌کند و درمان‌های دارویی به تنهایی قادر نیستند در کنار کاهش میزان فشارخون، احساسات منفی بیمار را نسبت به بیماری خود تغییر دهند. همچنین ضیاء [۲۰] پژوهشی را تحت عنوان بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و هوش هیجانی بیماران قلبی، عروقی انجام داد، وی تعداد ۴۰ نفر از بیماران را پس از قرار دادن در دو گروه آزمایش و کنترل، پس از اعمال روش درمان شناختی رفتاری استرس بر روی گروه آزمایش، تفاوت معناداری را در افزایش مقیاس‌های کیفیت زندگی، (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی، محیط اجتماعی) بدست آورد و نتایج حاصل از این پژوهش حاکی از اثر بخشی روش‌های شناختی رفتاری در جهت افزایش ابعاد کیفیت زندگی بر روی بیماران قلب و عروقی می‌باشد.

ستوده اصل و همکاران [۲۱] نیز به بررسی و مقایسه اثر بخشی دو روش دارودرمانی و درمان شناختی رفتاری بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری فشارخون اساسی پرداختند و تعداد ۴۰ نفر از این بیماران را پس از قرار دادن در دو گروه مورد و شاهد به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری (غیر دارویی) نسبت به دارو درمانی تغییرات بیشتری را در ابعاد روانشناختی و اجتماعی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی ایجاد کرده است و این تغییرات تا ۳ ماه پس از مداخله، همچنان پایدار مانده است.

خوش خلق سیما [۲۲] اثر بخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس را بر فشارخون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری فشارخون بالا را مورد پژوهش قرار داد و تعداد ۳۰ نفر را در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین کرد و نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که روش SIT در کنار دارو درمانی منجر به افزایش کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی، روانشناختی، محیط اجتماعی، روابط اجتماعی در سطح معناداری ( $p < 0.05$ ) شده است. همچنین جبل عاملی و همکاران [۲۳] پژوهشی را تحت عنوان اثر بخشی مداخله مدیریت استرس به

مقدار  $f$  به دست آمده برابر  $10/25$  با درجه آزادی ۱ در سطح ( $p < 0.05$ ) نشان می‌دهد افزایش مقیاس سلامت روانشناختی کیفیت زندگی در بین دو گروه متفاوت و معنادار است. مقدار  $f$  به دست آمده برابر  $4/93$  با درجه آزادی ۱ در سطح ( $p < 0.041$ ) نشان می‌دهد افزایش مقیاس روابط اجتماعی کیفیت زندگی در بین دو گروه متفاوت و معنادار است. مقدار  $f$  به دست آمده برابر  $6/81$  با درجه آزادی ۱ در سطح ( $p < 0.035$ ) نشان می‌دهد افزایش مقیاس محیط اجتماعی کیفیت زندگی در بین دو گروه متفاوت و معنادار است. با توجه به نتایج به دست آمده تحلیل کوواریانس چند متغیره جدول ۴، مقدار  $f$  به دست آمده برابر  $6/16$  می‌باشد که با درجه آزادی ۱ در سطح ( $p < 0.017$ ) تفاوت بین دو گروه از لحاظ آماری معنادار می‌باشد، بنابراین افزایش مقیاس کیفیت زندگی در بین دو گروه متفاوت و معنادار است.

## بحث

در پژوهش حاضر اثرگذاری آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و دارودرمانی بر کاهش فشار خون سیستولی و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری فشار خون بالا معنادار بود ولی بر کاهش فشار خون دیاستولی معنادار نبود.

یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش‌های ارسلاتس و همکاران [۱۷] همسو می‌باشد، این پژوهش بیانگر رابطه منفی بین فشارخون و خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی می‌باشد و لزوم تغییر در سبک زندگی این گونه بیماران به منظور ارتقاء سطح کیفیت زندگی آنان را مورد تأکید قرار می‌دهد. همچنین آمار و همکاران [۱۸] در پژوهش انجام گرفته به این نتیجه رسیده‌اند که بیماری فشارخون بالا از همه رویداد های مهم زندگی اثر می‌پذیرند و این رویدادها قادرند ابعاد مختلف کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر خود قرار دهند، آنان همچنین بر این اصل مهم تأکید کردند که هرگونه درمان موفقیت‌آمیز در فشارخون می‌بایست علاوه بر دارودرمانی، بر نقش عوامل روانشناختی و جامعه شناختی نیز توجه جدی داشته باشند و از این عوامل برای درمان موفق بیماران استفاده نمایند. در تایید و تبیین یافته‌های این تحقیق باید افزود که افراد زمانی که دچار استرس، عصبانیت یا اضطراب می‌شوند، دستگاه عصبی سمپاتیک آن‌ها به فعالیت می‌افتد. این امر سبب واکنش‌های قلبی - عروقی مختلفی از قبیل افزایش برون ده قلبی می‌شود. هنگامی که افراد از نظر هیجانی برانگیخته می‌شوند، هم فشار سیستولیک و هم فشار دیاستولیک در آن‌ها افزایش می‌یابد. الگوی سیستمی زیستی - روانی - اجتماعی بیانگر آن است که انسان و پدیده‌های مربوط به تندرستی و بیماری برآیند تعامل چند جانبه این عوامل‌اند و همچنان که مشکلات بدنی، دارای پیامدهای روانی - اجتماعی هستند، عوامل درونی - اجتماعی نیز در بدن تأثیر می‌گذارند، ما مکرراً با اختلالات روانی‌ای مواجه می‌شویم که علت‌های جسمی دارند. مثلاً فعالیت غیر عادی انتقال دهنده عصبی در بروز اختلال اضطراب تعمیم‌یافته و الگوهای

مداخله‌ای مفید برای افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری فشارخون بالا به کار گرفته شود.

### نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده و توجه به اهمیت کیفیت زندگی در بیماران دچار فشار خون بالا می‌توان سازوکارهایی برای کارگاه‌های آموزشی جهت افزایش کیفیت زندگی این بیماران تدارک دید تا ظرفیت‌های مقابله‌ای ایشان ارتقاء یابد و برنامه‌هایی در راستای رویکردهای کار گروهی پزشکان و روانشناسان اندیشید و اجرا کرد. باید توجه داشت محدودیت‌های این تحقیق از جمله تک جنسی بودن نمونه‌ها و عدم کنترل شغل و وضعیت اقتصادی که می‌توانست بر نتایج تاثیر بگذارد تعمیم یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی برای رفع محدودیت‌ها از نمونه‌های جامع‌تر شامل هر دو جنس، در نظر گرفتن شغل و وضعیت اقتصادی، اجرا در خرده فرهنگ‌های مختلف و روش‌های موزی درمانی جهت کنترل هر چه بیشتر استفاده گردد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از همکاران دانشگاه علوم پزشکی خلخال و تمام بیمارانی که در این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

1. Samavat T, Hojatzade A. Knowledge about heart and CVA. Tehran: Seda Publication; 2007.[Persian]
2. Roccella E, Kaplan N. The essentials of high blood pressure. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2003.
3. Deyo R. The quality of life and research and care. Ann Int Med. 2003;7.
4. Fontana A, Hyra D, Godfery L, Cermak L. Hmpact of a peerled stress inoculation training intervention on state anxiety and heart rate in collegue students. J Appl Biobehav Res. 1999:45-63.
5. Rasouli R, Razmizade H. Effectiveness of stress inoculation training in reducing anxiety and stress in students. J Behav Sci. 2013;7(1):13-4. [Persian]
6. Patel C, North W. Randomised controlled trail of yoga and biofeedback in the managment of hypertension: Lancet Ii; 1975.
7. Dehghani F, Neshatdust H, Molavi H, Nil frushzade M. Effectiveness of cognitive-behavioral intervension of stress managment on quality of life in woman with asthma. J Behav Sci 2010;7(1):33-42. [Persian]
8. Rager D. Life changes, stress and coping strategies2001.
9. Khayam nekue Z, Yusefi A, Monshi G. Effectiveness of cognitive-behavioral training on increase of quality of life in coronary heart patients. J Edu Med Sci. 2011;10(2):148-54. [Persian]
10. Sarafino E. Health psychology Tehran: Roshd publication; 2006.[Persian]

شیوه شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی و فشارخون زنان مبتلا به بیماری فشارخون بر روی ۳۰ نفر بیمار انجام دادند، یافته‌های آن‌ها نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش پس از مداخله به طور معناداری نسبت به گروه شاهد افزایش پیدا کرد ( $p < 0.05$ ). بهبود کیفیت خدمات براساس نظر و درخواست بیماران سبب ایجاد نگرش و رویکرد مثبت و همچنین مشارکت موثر در انجام مداخلات بهداشتی- درمانی می‌گردد. این موضوع به صورت چرخه‌ای منتج به افزایش کیفیت زندگی بیمار می‌گردد. همچنین عواملی نظیر ارتقاء اطلاعات و آگاهی پیرامون جنبه‌های جسمی و روانی، افزایش انگیزش، حمایت و مشاوره باعث بهبود وضعیت جسمانی، کاهش اضطراب، تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی، کاهش اختلالات خلق و خو، بهبود سازگاری و رفتارهای تطابقی بیماران می‌شود که خود می‌تواند سبب ارتقاء کیفیت زندگی گردد پس از این زاویه هم پژوهش حاضر موثر واقع شده است. انصاری و همکاران [۲۴] در یک بررسی تاثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس را بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به فشارخون بالا بر روی ۱۴ بیمار (۷ مرد، ۷ زن) را مورد پژوهش قرار دادند و نتایج بدست آمده حاکی از آن بود که آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس موجب افزایش معناداری در میانگین نمره کل سلامت عمومی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردید. در نهایت این که روش SIT می‌تواند به منزله یک روش

11. Lazarus R, Folkman S. Stress appraisal and coping New York: Springer publication; 1984.
12. Feindler E, Fremouw W. Stress inoculation training for adolescent New York: Plenum; 1983.
13. Momeni K, Shahbazirad A. Relationship of spirituality, resikiency and coping strategies with quality of life in university students. J Behav Sci. 2012;6(2):97-103. [Persian]
14. Irandoos F, Neshatdoost H, Nadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life of woman with chronic low back pain. J Behav Sci. 2014;8(1):89-96. [Persian]
15. Organization WH. World health organization quality of life brief introduction, administration and trial version, scoring, field Geneva; 1996.
16. Fransis G. Practicable guide for patient with coronary heart. Ardabil: Yavarian; 2005.[Persian]
17. Arslqantas D, Ayranci U, Unsal A, Tozun M. Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-ruralarea of western Turkey. China Med J. 2008;121:1524-31.
18. Amar J, Chamontin B, Genes N, Cantet C, Salcador M, Cambou J. Why is hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention? hypertension. 2003;21:1199-205.
19. Fletcher A, Bulpitt C, Chase D, Collins W, Furberg C, Goggin Taea. Quality of life with three antihypertensive treatments hypertension. Cilazapril, Atenolil, Nifedipine. 1992;19:499-507.

20. Ziyaa S. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy of stress management on quality of life and emotional intelligence in coronary heart patient. Ardabil: Azad university; 2012.[Persian]
21. Sutude-asl N. Comparision of drug therapy and hopeful therapy on quality of life patient with hypertension illness: Esfahan; 2011.[Persian]
22. Khosh-Kholgh P. Effectiveness of stess inoculation training on sisolic and diastolic blood pressure and quality of life in woman with hypertension illness. Tehran: Payam-e-noor; 2011.[Persian]
23. Jebel-ameli S. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy of stress management on quality of life, psychological signs and severity of blood pressure in woman with hypertension illness. Esfahan: Educational Sciences University; 2011.[Persian]
24. Ansari F, Molavi H, Neshatdust H. Efficacy stress inoculation training on general health in patient with hypertension J Psychol Res. 2010;81-96. [Persian]