مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره پانزدهم/ تابستان ۱۳۸۹/ ۹۷-۸۸

اثر بخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون

شیدا جبل عاملی[۱]، حمیدطاهر نشاط دوست[۲]، حسین مولوی[۳]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی،گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (مؤلف مسؤول) تلفن: ۴۴۱۳۱۴۳-۰۳۱۱،
sh.jabalameli@yahoo.com

۲- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

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

روش بررسی: این پژوهش به روش آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه شاهد انجام شده است. نمونه شامل ۳۰ بیمار زن مبتلا به فشارخون بود که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند و در ۲ گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) استفاده شد که در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط افراد تکمیل گردید و فشارخون آنها در این سه مرحله اندازه‌گیری شد. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس طی ۸ جلسه روی گروه آزمایش انجام گرفت و در این فاصله درمانهای متداول پزشکی ادامه یافت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات کیفیت زندگی درگروه آزمایش به طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد افزایش پیدا کرد ($p<۰/۰۵$) و فشارخون گروه آزمایش به طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد کاهش یافت ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از اثر بخشی مداخله گروهی مدیریت استرس با رویکرد شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون بود.

کلید واژه‌ها: فشارخون، کیفیت زندگی، مدیریت استرس، شناختی- رفتاری

وصول مقاله: ۸۹/۱/۲۲ اصلاحیه نهایی: ۸۹/۳/۱۸ پذیرش مقاله: ۸۹/۵/۲۳

مقدمه

بیماری فشارخون یکی از شایعترین اختلالات قلبی- عروقی است که در جوامع رو به توسعه افزایش چشمگیری دارد. نزدیک به ۲۵٪ افراد بالغ به بیماری فشارخون بالا مبتلا هستند. در کشور ایران شیوع فشارخون بالا بر اساس آمار استخراج شده از پروژه قلب سالم در بین افراد ۳۵ تا ٦۵ ساله۲۳/۲ درصد است که این میزان در مردان ۲۵/۱ و در زنان ۲۱/۵ درصد می‌باشد (۱). بیماری فشارخون بالا که در اصطلاح پزشکی هایپرتنش[1] نامیده می‌شود (۲)، مستلزم داشتن فشارخون بالا (بالای۱٤۰میلیمتر سیستولی و۹۰ میلیمتر دیاستولی) و پیوسته (معمولاً در طول چندین هفته یا ماه)

1. hypertension

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-15]

است (۳). عوامل خطرآفرین و پیش‌بینی‌کننده فشارخون بالا، وراثت، وزن بالا، تغذیه نامناسب، مصرف الکل، فعالیت بدنی کم، عوامل روانی اجتماعی و زیست محیطی می‌باشند (۱). یافته‌های عینی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد عوامل روانشناختی بر نشانه‌های بیماری فشارخون و کنترل آن تأثیر می‌گذارند؛ برای مثال استرس، تیپ شخصیتی فرد، خشم و... از طریق تأثیرگذاری بر سیستم‌های مختلف بدن خصوصاً سیستم قلبی- عروقی یا سیستم عصبی خودکار، موجب تشدید فرآیند بیماری می‌گردند (٤). بیماری فشارخون علاوه بر تأثیرات جسمانی نامطلوب مانند تصلب شرایین، سکته قلبی، سکته مغزی و نارسایی کلیوی (۵)، می‌تواند بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا نیز تأثیر نامطلوبی داشته باشد (٦). توجه به ویژگی‌های شخصیتی و وجود همزمان مشکلات روانشناختی در مبتلایان به فشارخون که معمولاً به عنوان عوارض یا اختلالات توام این بیماری ظاهر می‌گردند و در ایجاد و گسترش آن نقش دارند، حائز اهمیت است (۷). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده است که اختلالات روانی در افراد مبتلا به فشار خون در مقایسه با افراد سالم بیشتر می‌باشد. این اختلالات به طور عمده شامل اضطراب و افسردگی است (۸). ولز و همکاران (۹) در پژوهشی دریافتند که در بیماران مبتلا به فشارخون بالا و بیماری قلبی، شیوع اختلالات روانپزشکی (اختلالات اضطرابی، اختلالات عاطفی، سوء مصرف مواد) در طول عمر بیشتر است. پژوهش لو و همکاران (۱۰) نیز نشان دادکه ۳۵ درصد بیماران مبتلا به فشارخون از اختلالات روانی رنج می‌برند که در این میان اختلال افسردگی عمده با ۱۵/۹ درصد و اختلال هراس با ۱۰/٤ درصد بیشترین میزان را داشتند و این اختلالات باعث اختلال عملکرد و کاهش سطح کیفیت زندگی در ۱۷ تا ٦۱ درصد آنها شده بود. اختلالات روانی مذکور باعث افزایش شدت فشارخون شده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در این بیماران کاهش می‌دهد (۱۰).کیفیت زندگی یک مجموعه پیچیده از واکنشهای فردی نسبت به عوامل جسمی، روانی و اجتماعی است که روی زندگی طبیعی تأثیر می‌گذارند (۱۱). شاخه‌ای از کیفیت زندگی به نام کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به ارزیابی و برداشت بیمار از میزان تأثیری که نقص‌ها، بیماری‌ها، مصدومیت‌ها و درمان آنها برکارکردهای روزانه و فرصت‌های اجتماعی وی گذاشته است، تعریف شده است (۱۲). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون پایین است (۱۳). برای مثال رابینز و همکاران (١٤) در بررسی کیفیت زندگی ۳۱۵ بیمار مبتلا به فشارخون دریافتند که میزان عملکرد شناختی، سطح فعالیت اجتماعی و حس سلامت عمومی در این بیماران کمتر است و وضعیت سلامت جسمانی مانند میزان بروز نشانه‌های جسمانی و اختلال خواب در آنها بیشتر می‌باشد. پژوهش مولر و همکاران (۱۵) نیز نشان دادکه بیماران مبتلا به فشارخون خلق ضعیف تر، نشانه‌های جسمانی بیشتر و رضایت از زندگی کمتری دارند. با توجه به این که کیفیت زندگی به عنوان قضاوت شناختی آگاهانه راجع به رضایت فرد از زندگی تعریف می‌شود، به همین دلیل وقتی که فردی دچار بیماری مزمن می‌شود، علائم فیزیولوژیکی، پیش آگهی درمان، رژیم درمانی و موضوعات مربوطه می‌توانند اثرات شدیدی بر درک کلی رضایت از زندگی بگذارند (١٦). بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم وسیع اخیراً یکی از مهمترین اهداف درمانی به شمار می‌رود. در دهه‌های اخیر بسیاری از پژوهشگران

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-15]

ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع‌تری برای مداخلات روانشناختی، به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون را تایید کرده‌اند (۱۷). طیف وسیعی از درمانهای روانشناختی شامل درمانهای شناختی رفتاری، مدیریت استرس، پسخوراند زیستی، رواندرمانی حمایتی،کنترل خشم، بازسازی شناختی (۱۸)، آرمیدگی عضلانی، تغییر سبک زندگی، مدیتیشن (۱۹) و ... در بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روان و همچنین کنترل فشارخون این بیماران اثربخش بوده است. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به خانواده‌ای از درمانهای مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس، توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیتهای استرس‌آور افزایش می‌دهد (۲۰). برنامهٔ مدیریت استرس به شیوهٔ شناختی- رفتاری انواع گوناگون آرمیدگی، تصویرسازی و دیگر تکنیک‌های کاهش اضطراب را با رویکردهای شناختی- رفتاری معمول، مانند بازسازی شناختی، آموزش اثربخشی مقابله‌ای، آموزش ابراز وجود و مدیریت خشم، ترکیب کرده است (۲۱). با توجه به رشد روزافزون تعداد بیماران مبتلا به فشارخون در ایران و جهان و همچنین تأثیر نامطلوبی که این بیماری بر کیفیت زندگی دارد، کیفیت زندگی این گروه از بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است. از آنجا که اکثر درمانهای روانشناختی کمتر به بهبود کیفیت زندگی به عنوان مهمترین هدف درمانی پرداخته‌اند، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی مدیریت استرس به شیوهٔ شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه شاهد می‌باشد.

روش بررسی

این پژوهش از جمله طرح‌های آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه شاهد بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران زن مبتلا به فشارخون مراجعه‌کننده به مرکز درمانی- تحقیقاتی حضرت صدیقه طاهره(س) اصفهان در سال ۱۳۸۸ بود. با توجه به امکانات موجود ۳۰ زن مبتلا به فشارخون به عنوان نمونه مقدماتی به صورت تصادفی ساده از جامعه آماری انتخاب شدند و سپس کفایت حجم نمونه با استفاده از توان آماری بررسی شد که حاکی از کفایت حجم نمونه بود. این بیماران توسط متخصص قلب و عروق تشخیص فشارخون گرفته بودند. به منظور رعایت موازین اخلاقی ابتدا پس از تصویب رساله توسط کمیته پژوهشی دانشگاه و تایید جنبه‌های اخلاقی پژوهش، پژوهشگر به مرکز درمانی-تحقیقاتی حضرت صدیقه طاهره (س) اصفهان معرفی و مجوز انجام تحقیق از آن مرکز اخذ گردید. کلیه شرکت‌کنندگان نیز آگاهانه و داوطلبانه در نمونه‌گیری شرکت کردند و از نظر محرمانه بودن اطلاعات به آنها اطمینان داده شد و بیان گردید که در هر زمانی قادر به ترک جلسات هستند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: جنسیت مؤنث، دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال، سطح تحصیلات سیکل به بالا، داشتن فشارخون اولیه و رژیم دارویی مشابه. ملاک‌های خروج نیز شامل سابقه داشتن بیماری‌های جسمی و روانی قابل توجه مانند؛ اختلالات روانپریشی از جمله اسکیزوفرنی، افسردگی شدید و... که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارند، بود که با استفاده از پرونده‌های موجود بیماران و مصاحبه بالینی توسط پژوهشگر اول تشخیص داده شده بودند و همچنین یکی دیگر از معیارهای خروج غیبت بیش از دو جلسه بود. بیماران به صورت تصادفی در دو

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-15]

گروه آزمایش (n=۱۵) و شاهد (n=۱۵) قرار گرفتند. به منظور انجام پیش آزمون و پس آزمون درجلسات اول و هشتم و همچنین به منظور انجام پیگیری دو ماه بعد از اتمام جلسات روان درمانی، شخص آموزش دیده‌ای غیر از پژوهشگران (جهت جلوگیری از سوگیری)، پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36[1]) را در دو گروه اجرا و نمره‌گذاری کرد، اما فرم پرسشنامه توسط خود افراد تکمیل شد. فشار خون بیماران نیز در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط یکی از پرستاران آن مرکز اندازه‌گیری شد. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمایش و شاهد تحت درمان دارویی قرار داشتند ولی تنها گروه آزمایش تحت درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس قرار گرفت. در حین مداخله نیز هیچ ریزشی وجود نداشت. در این درمان سعی گردید افکار ناکارآمد و باورهای هسته‌ای که واکنش‌های هیجانی و روانشناختی افراطی و علایم بیماری را به همراه دارند شناسایی و اصلاح شوند. همچنین با استفاده از تکنیک مدیریت استرس به بیماران آموزش داده می‌شد تا دریابند که مشکلاتشان چه بوده و راهبردهای مقابله با آنها را نیز بیاموزند. طرح درمان مطابق با کتاب راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری (۲۱) بود که طی هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای و به مدت دو ماه در مرکز درمانی- تحقیقاتی حضرت صدیقه طاهره (س) توسط پژوهشگر بر روی گروه آزمایش انجام گرفت. جلسه اول شامل معارفه و بحث راجع به عوامل ایجادکننده استرس و نقش استرس بر شروع، تشدید و تداوم بیماری فشارخون و آموزش تن آرامی و تنفس دیافراگمی بود. در جلسات دوم و سوم درباره ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیر منطقی و توضیح درباره خطاهای پردازشی و آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با آنها به عنوان راهکارئی جهت تغییر افکار غیر منطقی بیمار صحبت شد. جلسه چهارم شامل آموزش مدیریت خشم، جلسه پنجم شامل آموزش شیوه حل مسأله، جلسه ششم شامل آموزش مهارتهای ارتباطی و ابراز وجود، جلسه هفتم شامل آموزش مدیریت بر زمان و جلسه هشتم شامل مرور کلی و تمرین مهارتهای آموخته شده در جلسات قبل بود. درمانگر در هر جلسه ابتدا موارد مورد بحث را مشخص می‌ساخت، مهارتهای جدید را به بیماران می‌آموخت و تکالیفی برای اجرا در فاصله جلسات معین می‌کرد. بیماران موظف بودند که در فاصله دو جلسه تمرین‌های عملی تعیین شده در خانه را به طور عملی انجام داده و در هر جلسه گزارشی از روند انجام آن تکلیف را بیان کنند. جلسه پیگیری ۲ ماه بعد از اتمام جلسات روان درمانی انجام شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) و دستگاه فشارسنج جیوه‌ای بود. پرسشنامه (SF-36) شامل ۸ بعد (عملکرد جسمی، محدودیت نقش جسمی، درد بدن، درک کلی از سلامتی، نیرو و انرژی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش عاطفی و سلامت روان) می‌باشد که به دو بخش مجموع ابعاد روانی و مجموع ابعاد جسمی تقسیم می‌شود. هر کدام از ۸ بعد امتیاز ۰ تا ۱۰۰ را دارد که امتیاز بالاتر نشان‌دهنده عملکرد بهتر می‌باشد. میانگین استاندارد مجموع ابعاد روانی و ابعاد جسمی ۵۰ می‌باشد که بالاتر و پایین‌تر از ۵۰ به ترتیب نشاندهنده میانگین عملکرد بالا و پایین است. این پرسشنامه دارای استاندارد جهانی است و در ایران نیز روایی و پایایی آن تایید گردیده است (۲۲). در پژوهش منتظری و همکاران

1. The Short Form Health Survey

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-15]

(۲۳) تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که به جز مقیاس نشاط (α=۰/۶۵) سایر مقیاس‌های پرسشنامه SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. همچنین آزمون روایی همگرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ به دست آمده است. پایایی آزمون- بازآزمون این پرسشنامه با فاصله زمانی دو هفته در پژوهش دهداری و همکاران (۲۴)، ۰/۷۵ به دست آمده است.

اندازه‌گیری فشارخون نیز با استفاده از دستگاه فشارسنج بر حسب میلیمتر جیوه صورت گرفت.

داده‌های مطالعه در نرم افزار SPSS 15 و با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش ۴۵ و گروه شاهد ۴۷ سال بود. تحصیلات گروه آزمایش ۶ نفر در سطح دیپلم، ۴ نفر بالای دیپلم و ۵ نفر زیر دیپلم بود. تحصیلات گروه شاهد نیز ۸ نفر در سطح دیپلم، ۳ نفر بالای دیپلم و ۴ نفر زیر دیپلم بود. تعداد بیماران متأهل و مجرد در گروه آزمایش به ترتیب ۱۰و ۵ و در گروه شاهد، ۱۲ و ۳ نفر بود. تعداد افراد شاغل و بیکار در گروه آزمایش به ترتیب ۶ و ۹ و در گروه شاهد ۴ و ۱۱ نفر بودند.

میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و فشار خون در دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱ : میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و فشار خون در دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر / زیرمقیاس ها	گروه	پیش آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس آزمون میانگین(انحراف معیار)	پیگیری میانگین (انحراف معیار)
مجموع ابعاد روانی	آزمایش	(۸/۳۸) ۴۳/۰۸	(۴/۱۹) ۵۱/۵۵	(۶/۹۱) ۵۰/۸۷
	شاهد	(۸/۸۰) ۴۴/۱۰	(۹/۲۹) ۴۳/۴۴	(۹/۵۳) ۴۳/۷۷
مجموع ابعاد جسمانی	آزمایش	(۱۱/۴۸) ۴۴/۴۳	(۱۳/۷۷) ۴۹/۹۵	(۱۴/۳۴)۴۹/۲۴
	شاهد	(۱۱/۴۸) ۴۳/۲۲	(۱۲/۰۶)۴۴/۳۵	(۱۰/۵۸)۴۴
فشار خون سیستولیک	آزمایش	(۹/۹۶) ۱۳۶	(۹/۰۲) ۱۳۱	(۸/۹۱) ۱۲۸/۸
	شاهد	(۹/۰۶) ۱۳۵	(۱۰/۳۱)۱۳۷	(۹/۵۳)۱۳۶/۶
فشار خون دیاستولیک	آزمایش	(۷/۳۹) ۸۶/۴۳	(۸/۵۵) ۸۲/۳	(۸/۲۴) ۸۱/۲۴
	شاهد	(۶/۳۳) ۸۴/۲۲	(۷/۳۰) ۸۵	(۶/۵۸) ۸۴/۱۱

هیچکدام از متغیرهای جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل) با نمرات کیفیت زندگی و فشارخون همبستگی نشان ندادند، بنابراین، این متغیرها در تحلیل‌های آماری کنترل نگردید. در واقع،

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-15]

تفاوت دو گروه از لحاظ سن، تحصیلات و ... معنادار نبود. در این پژوهش، نمره پیش آزمون به عنوان متغیر همگام شناخته شد و تأثیر آن بر نمرات پس آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد. در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات کیفیت زندگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون در مرحله پس آزمون و پیگیری ملاحظه می‌گردد.

جدول ۲ : نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات کیفیت زندگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون در مرحله پس آزمون و پیگیری

زیرمقیاس‌ها	مراحل	شاخص متغیر	درجه آزادی	ضریب F	معنی‌داری	میزان تأثیر	توان آماری
مجموع	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۲۸۰۰/۴۷	۰/۰۰۴	۰/۹۱	۱
ابعاد روانی		عضویت گروهی	۱	۳۱۰/۲۲	۰/۰۱	۰/۸۳	۰/۹۲
	پیگیری	پیش آزمون	۱	۷۹/۷۲	۰/۰۰	۰/۵۷	۱
		عضویت گروهی	۱	۶۶/۱۹	۰/۰۰۲	۰/۷۸	۱
مجموع	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۹۷۰/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
ابعاد جسمی		عضویت گروهی	۱	۴۷/۵۶	۰/۰۰	۰/۴۸	۰/۹۰
	پیگیری	پیش آزمون	۱	۵۶۸/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
		عضویت گروهی	۱	۲۷/۱۴	۰/۰۰	۰/۳۸	۰/۹۹

یافته‌های فوق نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات مجموع ابعاد روانی کیفیت زندگی (نیروی حیات، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش عاطفی و سلامت روان) شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و شاهد) در مرحله پس آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($p<۰/۰۵$). میزان تأثیر این مداخله در مرحله پس آزمون ۰/۸۳ و در مرحله پیگیری ۰/۷۸ بوده است. بنابراین مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در بهبود مجموع ابعاد روانی کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان در مرحله پس آزمون و پیگیری گروه آزمایشی تأثیر داشته است. توان آماری بالای ۰/۸ حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری قابل قبول است. همچنین تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات مجموع ابعاد جسمانی کیفیت زندگی (عملکرد جسمانی، محدودیت نقش جسمانی، درد بدن، سلامت عمومی) شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و شاهد) در مرحله پس آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($p<۰/۰۵$). میزان تأثیر این مداخله در مرحله پس آزمون ۰/۴۸ و در مرحله پیگیری ۰/۳۸ بوده است. بنابراین مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در بهبود مجموع ابعاد جسمانی کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان در مرحله پس آزمون و پیگیری گروه آزمایشی تأثیر داشته است. توان آماری بالای ۰/۸ حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری قابل قبول است. علاوه بر این، تفاوت مشاهده شده بین دو گروه آزمایش و شاهد از نظر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار می‌باشد ($p<۰/۰۵$). میزان تأثیر این

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-15]

مداخله بر فشارخون سیستولیک در مرحله پس آزمون ۰/۳۵ و در مرحله پیگیری ۰/۴۴ بوده است و بر فشارخون دیاستولیک در مرحله پس آزمون ۰/۳۴ و در مرحله پیگیری ۰/۴۷ بوده است. بنابراین مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی در مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر داشته است. توان آماری بالای ۰/۸ حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری قابل قبول است.

بحث

بررسی منابع مطالعاتی در دسترس نشان داد که تاکنون پژوهش منتشر شده‌ای در زمینه اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری برکیفیت زندگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون وجود ندارد، لذا نوآوری و ابتکار پژوهش حاضر در استفاده از مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری برای بیماران مبتلا به فشارخون بوده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش فشارخون گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شده است که در تبیین آن می‌توان چنین گفت که با توجه به این که مشکل در سلامت جسمانی یا عاطفی بر دیگر ابعاد کیفیت زندگی شامل تصور فرد از سلامت عمومی، انرژی و خستگی، فعالیت اجتماعی، سلامت روانی و محدودیت نقش‌های معمول تأثیر می‌گذارند (۲۵)، بنابراین می‌توان گفت علائم فیزیولوژیکی در بیماری فشارخون (برای مثال سردرد، سرگیجه، تپش قلب، خستگی زودرس، خواب آلودگی، درد قفسه سینه، تنگی نفس، تاری و اختلال دید و...) (۲۶) و همچنین مشکلات روانشناختی این بیماران (مانند اضطراب، افسردگی و...) (۸)، احتمالاً می‌توانند باعث کاهش سطح کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان شود. همچنین گزارش شده است که مشکلات هیجانی- روانشناختی در بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند، زیاد است ؛ و خود این مشکلات نیز باعث کاهش هر چه بیشتر کیفیت زندگی می‌شود (۲۷). در نتیجه هر عاملی که موارد ذکر شده را تضعیف کند، کیفیت زندگی را نیز پایین می‌آورد و هر عاملی که ابعاد ذکر شده را بهبود بخشد باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود (۱۲). در پژوهش حاضر تلاش شد تا با آموزش تکنیک‌های مختلف مدیریت استرس بهبود هر کدام از این مشکلات و نیز کیفیت زندگی و کاهش فشارخون مورد هدف قرار گیرد. عوامل استرس زای محیطی در ایجاد و تشدید علایم و نشانه‌های بیماری فشارخون تأثیر زیادی دارند (۲۸). برانگیختگی فیزیولوژیکی مفرطی که در موقعیت‌های استرس‌زا ایجاد می‌شود، باعث افزایش تولید هورمون‌های اپی‌نفرین و نوراپی نفرین می‌شود و به همان نسبت ضربان قلب و فشارخون را بالا می‌برد. این پاسخگویی فیزیولوژیکی مفرط نهایتا احتمال وقوع بیماری فشارخون را افزایش می‌دهد (۲۸). حال استفاده از تکنیک‌های مختلف مدیریت استرس مانند تن آرامی و تنفس دیافراگمی، تنش جسمانی و علایم فیزیولوژیکی و همچنین تولید هورمون‌های اپی‌نفرین و نوراپی نفرین را کاهش داده و به موازات آن میزان فشارخون در بیماران به میزان زیادی کاهش یافته است (۲۸). در واقع با کاهش تأثیر استرس به دلیل استفاده از مهارتهای مقابله‌ای کارآمد توسط بیماران، فشارخون آنها نیز کاهش یافته است. طبق نظر بنسون به نقل از جوکار و همکاران (۳۰)، تمرین آرمیدگی به تغییرات

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-15]

فیزیولوژیک منجر می‌شود که از ویژگی‌های عملکرد یکپارچه هیپوتالامیکی است. این تغییرات فیزیولوژیکی با کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک هماهنگ هستند و بنابراین می‌توانند باعث کاهش علایم اضطراب و همچنین کاهش شدت فشارخون شوند. پاسخ آرمیدگی یک واکنش ذاتی روان فیزیولوژیکی است که با کاهش فعالیت آدرنرژیک، کاهش تحریک عصب ماهیچه‌ای و آرامش شناختی ارتباط دارد (۳۰). علاوه بر این مشکلات روانشناختی که شامل علائم اضطراب و افسردگی به صورت همگام با بیماری فشارخون می‌باشند، کیفیت زندگی و همچنین فشارخون را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۹). در نتیجه، بهبود خلق بیماران به صورت کاهش معنی‌دار علائم اضطراب و افسردگی، یکی از عوامل مؤثر در بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون بوده است. برای مثال، از طریق شیوه‌های مختلف شناختی- رفتاری از جمله چالش با افکار و نگرشهای خود آیند منفی مرتبط با بیماری فشارخون و اصلاح آنها، آموزش مدیریت زمان و تشویق بیماران به افزایش فعالیت‌های لذت بخش و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها که منجر به افزایش موفقیت‌های روزمره می‌شود، خلق افسرده بیماران به میزان زیادی بهبود یافت. علاوه بر این، آموزش سبک ارتباطی صحیح (سبک‌های جرات ورزانه) و ابراز وجود و آموزش مهارتهای مفید(هنر گوش دادن، درخواست کردن، نه گفتن و...) به این بیماران، همراه با تمرین رفتار (ایفای نقش ضمن جلسه) باعث افزایش میزان روابط اجتماعی مطلوب و در نتیجه افزایش دریافت حمایت اجتماعی شده و این یکی از عواملی است که خلق افسرده وکیفیت زندگی را در این بیماران بهبود بخشیده است. آموزش مدیریت خشم نیز می‌تواند باعث آگاهی از موقعیت‌های ایجادکننده خشم، چگونگی تجربه خشم توسط فرد و روشهای مطلوب بروز خشم و انجام اعمال اصلاحی در بیماران شود (۲۱). با توجه به این که یکی از تغییرات جسمی خشم افزایش فشارخون و ضربان قلب می‌باشد، کاربرد مدیریت خشم به بیماران کمک کرد که به نحو مؤثرتری با احساسات خشم خود برخورد کنند و این نیز به نوبه خود باعث کاهش شدت فشار خون آنها شده است. اثرات جانبی داروها نیز یکی از نگرانی‌های عمده در این بیماران است، بنابراین با دادن آگاهی‌های صحیح در مورد ماهیت بیماری و عوارض جانبی داروها، ترس‌های غیر واقع بینانه بیماران کاهش یافت. مجموع تکنیک‌های فوق توانسته است بر کیفیت زندگی و فشارخون بیماران در مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر مطلوبی داشته باشد. در تبیین این که چرا نتایج درمانی در مرحله پیگیری نیز برکیفیت زندگی و فشارخون استمرار داشته است، می‌توان گفت که احتمالاً استفاده مکرر بیماران از تکنیک‌های مدیریت استرس از جمله تن آرامی، تنفس دیافراگمی، شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد و ... بعد از اتمام جلسات روان درمانی باعث افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی و کاهش فشارخون بیماران شده است. به طور کلی می‌توان گفت پایایی نسبی نتایج درمان طی دوره پیگیری به کاربرد فعالانه تکنیک‌های درمانی ارائه شده توسط بیماران مرتبط است.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون بود، لذا مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-15]

می‌تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت بهبود کیفیت زندگی و کاهش فشارخون این بیماران به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با همکاری مرکز درمانی- تحقیقاتی حضرت صدیقه طاهره (س) شهر اصفهان انجام شده است. از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش مساعدت‌ها و راهنمایی‌های لازم را فراهم کرده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Samavat Tahereh, Hojatzadeh Ali, Naderi Asiabar Zahra. Guidance of diagnosis, assessment and treatment of hypertension. 1st ed. Tehran: Sadra, 2001: 50-3.
2. Benson H. The Relaxation Response. Translated to Persian by: Jamalian R. 1st ed. Tehran: Nasle Noandish, 1935: 27-9.
3. Dimatteo MR. The psychology of health. Translated to Persian by: Musavi Asl SM, Salaryfar MR, Azarbayejani M and Abbasi A. Vol 2. 1st ed. Tehran: Samt, 1991: 544.
4. Sparacino J, Ronchi D, Brenner M, Kuhn JW, and Flesch AL. Psychological correlates of blood pressure: A closer examination of hostility, anxiety and engagement. Nursing research 1982; 31: 143-9.
5. Tomoyuki K, Kazuo E , Satoshi H, Joji I, Kazuyuki Sh, Kazuomi K. Differences in the clinical characteristics of depression state in patients with coronary artery disease and hypertension. Autonomic Neuroscience 2008; 144: 89.
6. Grimm RH, Grandits GA, Cutler JA, Stewart AL, Mc Donald RH, Svendsen K, and et al. Relationships of quality of life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the treatment of mild hypertension study. Archives of Internal Medicine 1997; 157: 638-48.
7. Burk V, Beilin LJ, German R , Grosskopf S, Ritchie J, Puddey IB and et al. Association of lifestyle and personality characteristics with blood pressure and hypertension: A cross-sectional study in the elderly. Journal of Psychosomatic Research 1998; 45: 139-148..
8. Friedman R, Schwartz JE, Schnall PL, Landsbergis PA, Pieper C, Gerin W, and et al. Psychological variables in hypertension: relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. Psychosomatic Medicine 2001; 1: 19-31.
9. Wells K B, Golding J M, Burnam MA. Affective, substance use and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure, or chronic lung conditions. General Hospital Psychiatry 1989; 11: 320-7.
10. Lowe B, Grafe K, Ufer C, Kroenke K. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. Psychosomatic Medicine 2004; 66: 831.
11. Pais-Ribeiro JL. Quality of life is a primary end-point in clinical settings. Clinical Nutrition 2004; 23: 121-30.
12. Symon A, Mackay A, Ruta D. Postnatal quality of life. Journal of Advanced Nursing 2003; 42: 21-9.
13. Kusek JW, Lee JY, Smith DE, Milligan S, Faulkner M, Cornell CE, and et al. Effect of blood pressure control and antihypertensive drug regimen on quality of life. Controlled Clinical Trials 1996; 17: 40-6.
14. Robbins MA, Elias MF, Croog SH, Colton T. Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. Psychosomatic Medicine 1994; 56: 251-9.
15. Muller A, Montoya P, Schandry R, and Hartl L. Changes in physical symptoms, blood pressure and quality of life over 30 days. Behaviour Research and Therapy 1994; 32: 593-603.
16. Rejeske WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adult. Journal of Gerontology 2001; 56: 23-35.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-15]

17. Lash JP, Wang X, Greene T, Gadegbeku CA, Hall Y, Jones K. Quality of life in the African American study of Kidney diseases and hypertensipon: Effects of blood pressure management. American Journal of Kidney Diseases 2006; 47: 956-64.
18. Davison GC, Neal JM, Kring AM. Abnormal Psychology. Translated to Persian by: Dehestani M. Vol 1. 4th ed. Tehran: Virayesh, 2004: 293-304.
19. Redford BW, Schneiderman N. Resolved: Psychosocial interventions can improve clinical outcomes in organic disease. Psychosomatic Medicine 2002; 64: 552-7.
20. Linden W. Stress management: from basic science to better practice. 1st ed. Philadelphia: SAGE publication, 2005: 83-5.
21. Antoni M, Ironson G, Schneiderman N. Cognitive-behavioral stress management. Translated to Persian by: Alemohammad SJ, Neshat Doost HT, Jokar S. Isfahan: Jahadedaneshgahi, 2009: 33-230.
22. Baraz SH, Mohammadi I, Boroumand B. Correlation of quality of sleep or quality of life and some of blood factors in hemodialysis patients. Shahrekord University of Medical Sciences Journal 2008; 9(4): 67-74.
23. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MAS. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Payesh 2006; 5: 49-56.
24. Dehdari T, Heydarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofrani Pour Rouchi FA, Babaei GH and et al. Effects of phase III cardiac rehabilitation programs on anxiety and quality of life in anxious patients after coronary artery bypass surgery. The Journal of Tehran University Heart Center 2007; 2: 207-12.
25. Jaarsveld CHM, Sanderman R, Ranchor AV, Ormel J, Veldhuisen DJ and Kempen GI JM. Gender-specific changes in quality of life following cardiovascular disease: A prospective study. Journal of Clinical Epidemiology 2002; 55: 1105-12.
26. Davari Soheila, Bahonar Ahmad, Aghdak Pejman. Preventation from cardiovascular diseases. 1st ed. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences Pub, 2006: 14.
27. Vila G, Hayder R, Bertrand C, Falissard B, De Blic J, Mouren-Simeoni MC and et al. Psychopathology and quality of life for adolescents with asthma and their parents. Psychosomatics 2003; 4: 319-28.
28. Valk JM. Blood-pressure changes under emotional influences, in patients with essential hypertension, and control subjects. Journal of Psychosomatic Research 1957; 2: 134-46.
29. Exaggerated ambulatory blood pressure variability is associated with cognitive dysfunction in the very elderly and quality of life in the younger elderly. American Journal of Hypertension 2007; 20: 720-7.
30. Jokar S, Asgari K, Salesi M. Efficacy of cognitive-behavioral stress management intervention on health status of female patients with arthritis rheumatoid. Behravan 2009; 2: 21-32.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-15]