

اثربخشی آموزش گروهی مصون سازی در مقابل استرس بر فشار خون سیستولیک و دیاستولیک و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشار خون بالا

مرتضی ترخان¹، مجید صفاری‌نیا²، پروانه خوش خلق سیما³

تاریخ وصول: 91/4/13 تاریخ پذیرش: 91/10/5

چکیده

زمینه: فشار خون بالا یکی از مهم‌ترین اختلالات روانی- فیزیولوژیایی است که می‌تواند شادکامی، بهزیستی روانی و کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و افراد را دچار حملات قلبی و تصلب‌شراین نماید.

هدف: این مطالعه به منظور اثربخشی درمان گروهی مصون‌سازی در مقابل استرس (SIT) بر فشار خون سیستولیک و دیاستولیک و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشار خون بالا انجام شد. روش پژوهش: این مطالعه به روش نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جهت نمونه‌گیری با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی و فشارسنج، 30 نفر از زنانی که کیفیت زندگی پایین و فشار خون سیستولیک بالای 130 و دیاستولیک بالای 90 داشتند، به طور تصادفی انتخاب و به طور داوطلبانه در دو گروه آزمایشی و کنترل

1. استادیار روان‌شناسی و عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول) Mttmaster20@yahoo.com

2. استادیار روان‌شناسی و عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور

3. کارشناس ارشد روان‌شناسی و کارمند بیمارستان دکتر صولتی ارومیه

جایگزین شدند (هر گروه 15 نفر). گروه آزمایشی 10 جلسه فنون SIT را آموزش دیدند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. پس از آموزش، مجدداً کیفیت زندگی و فشار خون هر دو گروه مورد اندازه‌گیری قرار گرفت.

یافته‌ها: به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها برای فرضیه اول و دوم از تحلیل کوواریانس یک راهه و برای فرضیه سوم از آزمون t مقایسه میانگین‌های مستقل با نمرات افتراقی استفاده شده است. F بدست آمده هم در فشار خون سیستولیک (3/09) و هم در فشار خون دیاستولیک (3/17) و t بدست آمده در کیفیت زندگی (3/30) معنادار بود.

نتیجه‌گیری: این پژوهش، اهمیت روش SIT را در کاهش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک و افزایش کیفیت زنان مبتلا به فشار خون بالا را نشان می‌دهد. این مطالعه نشان می‌دهد با آموزش SIT می‌توان موجبات کاهش فشار خون بالا و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به فشار خون بالا را فراهم ساخت.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، مصون‌سازی در مقابل استرس، فشار خون سیستولیک و دیاستولیک.

مقدمه

یکی از جدی‌ترین اختلالات روانی فیزیولوژیایی¹ و از مهم‌ترین عوامل خطرزا برای بیماری قلبی - عروقی فشارخون بالا² می‌باشد (گلدبرگر³ و بریزنیتز⁴، 2005). فشار خون بالا افراد را به تصلب شرایین، حملات قلبی و سکته مستعد می‌سازد و به سبب نارسایی کلیوی که ایجاد می‌کند، باعث مرگ انسان‌ها می‌شود (گایتون، 1998 به نقل از نیاورانی، 1379). به همین خاطر به آن قاتل خاموش گفته می‌شود (هاریسون، 2008 به نقل از خدایی، زین‌ساز بروجردی،

-
1. Psycho physiological disorders
 2. high blood pressure
 3. Goldberger, L.
 4. Breznitz, S.

1388). فشارخون از نظر همودینامیک عبارت است از نیرویی که خون بر دیواره رگ‌هایی که در آن جریان دارد، وارد می‌کند (دیمیتو^۱، 2004) و بر اساس دو شاخص مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد. یکی از این شاخص‌ها، نشان‌دهنده فشار خون انبساطی (دیاستولیک^۲) است و آن دیگری نشان‌دهنده فشارخون انقباضی (سیستولیک^۳) می‌باشد. شاخص سیستولیک عبارت است مقدار فشار وریدی در هنگامی که بطن‌ها منقبض می‌شوند و قلب مشغول پمپاژ است. شاخص دیاستولیک نشان‌دهنده درجه فشار وریدی در زمانی است که بطن‌ها در حالت آرمیدگی قرار دارند و قلب در حالت استراحت می‌باشد (دیوسیون و گرینگ، 2004، به نقل از دهستانی، 1383). فشار خون طبیعی برای فشارخون سیستولی، پایین‌تر از 120 میلی‌متر جیوه است و برای فشارخون سیستولی پایین‌تر از 80 میلی‌متر جیوه است. اما چنانچه فشارخون دیاستولی بالاتر از 90 میلی‌متر جیوه و سیستولی برابر یا بالاتر از 130 میلی‌متر جیوه باشد به عنوان فشار خون سیستمیک شناخته می‌شود (آندرسون^۴، لن^۵، مورنیکا^۶، 2007).

فشار خون را معمولاً به دو نوع تقسیم می‌کنند، فشار خون اساسی یا اولیه^۷ و فشار خون ثانویه^۸. فشار خون اولیه به فشار خونی گفته می‌شود که علت عضوی قابل تشخیص ندارد و معمولاً از ترکیبی از عوامل فیزیولوژیکی و روانی به وجود می‌آید. اما فشار خون ثانویه نسبت به فشار خون اولیه کمتر شایع است و عموماً ریشه در برخی از اختلالات سیستم درون‌ریز دارد. در ایجاد فشار خون بالا، عوامل ژنتیکی، محیطی، روانی و اجتماعی نقش بسزایی دارند. عوامل ژنتیکی مانند سابقه خانوادگی عوامل محیطی مانند مصرف نمک، چاقی، مصرف الکل (ال^۹،

1. Dimattew, M, R.
2. systolic
3. diastolis
4. Aderson, N, B.
5. Lan, J, D.
6. Muranaka, M.
7. primary or essential blood pressure
8. secondary blood pressure
9. Ely, D, L.

موستاردی^۱، 2005). عوامل روانی مانند شخصیت، سبک مقابله با استرس، اعتماد به نفس، خشم فرو برده شده، تیپ شخصیتی و عوامل اجتماعی مانند شغل، میزان درآمد، وضعیت تأهل و زندگی در تنهایی و انزوای اجتماعی مؤثر هستند (دریسلر^۲، استنتوس^۳، ویتیری^۴، 2007). اما یکی از عواملی که به تنهایی و یا در ترکیبی با عوامل دیگر نقش اساسی در فشار خون بالا دارد، استرس می‌باشد. در هنگام استرس و موقعیت‌های تهدیدکننده، رگ‌های اندام‌های احشایی منقبض می‌شوند. وقتی این رگ‌ها منقبض می‌شوند، فشار آن به قدری زیاد است که اجازه عبور خون به عضله قلب را نمی‌دهند، در این حالت نبض سریع می‌زند و فشار خون بالا می‌رود. وقتی استرس خاتمه می‌یابد، قلب دوباره عملکرد طبیعی خود را به دست می‌آورد و فشار خون به حالت طبیعی برمی‌گردد (لازاروس^۵ و فلکمن^۶، 1999). اما وقتی که موقعیت‌های تهدیدکننده پایدار می‌ماند و فرد تحت فشارهای هیجان مداوم قرار می‌گیرد و از سبک دفاعی نامناسب مثل خشم فرو برده استفاده می‌کند. فشار خون بالا ممکن است حالت مزمن پیدا کند و به شکل بیماری متجلی گردد (فلکمن، لازاروس، 2001). از جمله متغیرهایی که رابطه متقابلی با فشار خون دارد، کیفیت زندگی^۷ می‌باشد.

کیفیت زندگی به عنوان قضاوت شناختی آگاهانه راجع به رضایت فرد از زندگی تعریف می‌شود (وینبورن^۸، 2000). به دیگر سخن سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را عبارت می‌داند از تصورات افراد از موقعیت خود با توجه به شرایط فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کنند. هرچه این تصورات مثبت‌تر و بهتر باشد، افراد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند و برعکس. محققان سطوح شادی و رضایت در ابعاد زندگی را مشخص‌کننده

-
1. Mostardi, R.
 2. Dresseler, W, W.
 3. Stantos, J, E.
 4. Viteri, F, E.
 5. Lazaruss, R, S.
 6. Folkman, S.
 7. life quality
 8. Veenboren, R.

سطح کیفیت زندگی افراد می‌دانند (کافمن^۱، استرنبرگ^۲، 2007) وقتی افراد دچار بیماری مزمن می‌شوند، علائم بیماری، پیش‌آگهی و درمان آن می‌توانند کیفیت زندگی را شدیداً تحت تأثیر قرار دهند. متخصصان بر این باورند، کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشار خون، پایین است، به همین جهت این محققان بر نقش مداخله‌های روان‌شناختی به منظور کاهش علائم بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران تأکید دارند (تیلور^۳، 2005).

متخصصان در درمان فشار خون بالا از روش‌های دارویی و غیر دارویی سود می‌جویند. در درمان دارویی از دو دسته داروها به نام دیورتیکها و بتابلوکرها استفاده می‌شود. از آنجا که این دارو، دارای عوارض جانبی مانند کاهش پتاسیم، افزایش گلوکز سدیم و افزایش اوره می‌باشند (ثمنی، 1381) از درمان غیر دارویی و یا مداخله‌های روان‌شناختی مانند اصلاح سبک زندگی، رژیم غذایی، درمان شناختی- رفتاری، بازخورد زیستی، یوگا، مدیتیشن و آموزش مصون‌سازی در مقابل استرس^۴ استفاده می‌شود. روش آموزش مصون‌سازی در مقابل استرس (SIT) توسط مایکن بام^۵ در سال 1977 جهت تجهیز نمودن افراد به مهارت‌های مقابله با استرس ابداع گردید و به روش خود-آموزی^۶ معروف شده است (کلمن^۷، 2005) در این روش، هم بر مؤلفه‌های مؤلفه‌های شناختی و هم بر مؤلفه‌های رفتاری تأکید می‌شود و هدف از آموزش این روش، آموزش مهارت‌ها به بیماران برای رویارویی با مشکلات خود می‌باشد. به دیگر سخن در این روش از فنونی مانند آموزش ابراز وجود، تنش‌زدایی عضلانی، مهارت حل مسئله، خودگویی‌های مثبت، آرام‌سازی عمیق عضلانی، مهارت‌های خودکنترلی و خود تقویتی و تصویرسازی خوشایند استفاده می‌شود (بویلن^۸، اسکات^۹، 2008) روش SIT تاکنون در کنترل،

1. Kaufman, J, G.
2. Sternberg, R, J.
3. Taylor, S, E.
4. stress inoculation training (SIT)
5. Meichen Baum, D.
6. self-instruction training
7. Coleman, J, C.
8. Boylan, C, E.
9. Scott, J.

کنترل، درمان و پیشگیری از انواعی از مشکلات از جمله خشم، اضطراب، ترس، درد، رفتار نوع A، هراس، فشارهای شغلی، مشکلات جسمانی مانند سرطان، فشار خون بالا و افسردگی در گروه‌های سنی متفاوت و با رسته‌های شغلی متفاوت مانند پرستاران، معلمان، نیروی تجسس نظامی، سربازان، ورزشکاران و بیماران مورد استفاده قرار گرفت (بیکر^۱ و اسکارتس^۲، 2005).

از جمله متغیرهایی که اثربخشی SIT در مورد آن مورد بررسی قرار گرفت، فشار خون بالا و کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف شغلی می‌باشد. مثلاً در تحقیقی، اثربخشی تنش‌زدایی عضلانی که از مهارت‌های SIT می‌باشد، موجبات کاهش فشار خون و اضطراب دانشجویان را فراهم ساخته است (براون^۳ و لوکاس^۴، 2008). در همین راستا اثربخشی SIT و درمان دارویی دارویی بر روی کاهش فشار خون 51 نفر از افراد 20 تا 55 ساله به مدت 10 هفته مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه مشخص گردید هر دو روش موجب کاهش فشار خون افراد گردید. اما درمان دارویی در مقایسه با روش SIT سریع‌تر موجب کاهش فشار خون افراد شده است (سو^۵، سو^۶، سو^۷، 2004). در مطالعه دیگری در دانشگاه برزیل 145 بیمار با فشار خون بالا (105 زن و 40 مرد در دامنه سنی 40-70) به مدت 6 ماه با روش SIT مورد درمان قرار گرفتند. فشار خون سیستولیک در هنگام اجرای روش SIT به طور متوسط 170 میلی‌متر جیوه بود که در پایان مداخله به 142 میلی‌متر جیوه کاهش یافت و فشار خون دیاستولیک از 98/5 میلی‌متر جیوه به 81/5 میلی‌متر جیوه کاهش یافت (مایر^۸ و لودنسلگر^۹، 2008). در تحقیق دیگری اثربخشی درمان‌های غیر دارویی از جمله روش SIT در یک دوره 12 هفته‌ای بر روی

1. Baker, L.
2. Scarth, B.
3. Brwon, R.
4. Lucas, R.
5. Sue, D.
6. Sue, D.
7. Sue, S.
8. Maier, S, F.
9. Laudenslager, M.

53 مرد با فشار خون بالا انجام گرفت. نتیجه تحقیق نشان داد نه تنها فشار خون افراد به طور معناداری کاهش یافت، بلکه تنش و بدبینی افراد به فشار خون نیز کاهش یافت. به عبارت دیگر این افراد دریافتند که می‌توانند بدون دارو و با روش‌های دیگر، فشار خون خود را کاهش دهند، این باور موجبات کاهش انزوای طلبی، گوشه‌گیری و افزایش اعتماد به نفس و کیفیت زندگی بالای آن‌ها شده است (پیکرینگ^۱، هارشفیلد^۲، 2006). خلاصه این که در تحقیق دیگری نشان داده شد با روش‌های غیر دارویی از جمله اصلاح سبک زندگی، کاهش مصرف نمک، آموزش مهارت حل مسئله و تنش‌زدایی عضلانی می‌توان فشار خون و قند خون را کنترل نمود (جیمز^۳، هارشفیلد، 2002). با توجه به تحقیقات فوق و با توجه به این که هدف اصلی این پژوهش کاهش فشار خون و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا از طریق روش SIT می‌باشد، لذا این پژوهش درصدد پاسخگویی به سؤالات ذیل بوده است:

- 1- آیا روش SIT موجب کاهش فشار خون سیستمیک زنان مبتلا به فشار خون بالا می‌شود؟
- 2- آیا روش SIT موجب کاهش فشار خون دیاستولیک زنان مبتلا به فشار خون بالا می‌شود؟
- 3- آیا روش SIT موجب افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشار خون بالا می‌شود؟

روش تحقیق

این مطالعه مداخله‌ای به روش نیمه‌آزمایشی و با طرح دوگروهی، پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد.

جامعه آماری این تحقیق زنان بستری در بخش قلب بیمارستان دکتر صولتی شهرستان ارومیه بودند. روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه به این صورت بود که از بین زنان بستری در بخش قلب که دارای فشارخون بالا بودند و از داروهای کنترل‌کننده فشار خون استفاده

1. Pickering, P.
2. Harshfield, G, A.
3. James, G, D.

می‌کردند، به 55 نفر پرسشنامه کیفیت زندگی داده شد و در 4 روز متوالی هر روز یک بار فشار خون آن‌ها مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. از بین آن‌ها، 30 نفر که کیفیت زندگی آن‌ها از متوسط پایین‌تر بوده و از فشار خون سیستولیک حداقل 130 و دیاستولیک حداقل 90 برخوردار بودند، انتخاب شدند (بر اساس میانگین 4 بار اندازه‌گیری فشار خون در 4 روز متوالی) و به طور تصادفی ساده در دو گروه کنترل و آزمایشی جایگزین شدند (هر گروه 15 نفر). فرایند اجرای تحقیق بدین گونه بود که قبل از اجرای روش SIT، در مورد چگونگی شرکت در پژوهش، کسب رضایت آگاهانه و محرمانه بودن اطلاعات مربوط به پرسشنامه به شرکت‌کنندگان توضیحاتی داده شد و سپس گروه آزمایشی به میزان 10 جلسه 75 دقیقه‌ای روش SIT را به صورت گروهی (هفته‌ای یک جلسه) توسط روان‌شناسی که در زمینه SIT مهارت کافی داشت، آموزش دیدند و گروه کنترل تنها مراقبت‌های معمول پزشکی را دریافت کردند و روش SIT را آموزش ندیدند. پس از آموزش به کلیه اعضای کنترل و آزمایش پرسشنامه کیفیت زندگی مجدداً داده شد و در 4 روز متوالی 4 بار فشار خون هر دو گروه مجدداً مورد اندازه‌گیری قرار گرفت که میانگین این 4 بار به عنوان فشار خون پس‌آزمون در نظر گرفته شد.

ابزارهایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت عبارتند از: 1- پرسشنامه کیفیت زندگی 2- دستگاه فشارسنج یا فشارخون 3- بسته آموزشی روش SIT.

1- پرسشنامه کیفیت زندگی توسط سازمان بهداشت جهانی با همکاری 15 مرکز بین‌المللی در سال 1989 ساخته شد. این پرسشنامه 26 سؤال دارد و هر سؤال بر اساس وزن 0، 1، 2، 3، 4 نمره‌گذاری می‌شود. حداکثر نمره‌ای که افراد از این پرسشنامه می‌گیرند 104 نمره می‌باشد. هرچه نمره فرد بالاتر باشد، کیفیت زندگی او نیز بهتر است و برعکس. نمره بالای 43 نشانگر کیفیت زندگی متوسط افراد می‌باشد. ضریب پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ 0/90 گزارش شده است (غلامی، 1378). 2- دستگاه فشار خون نخست در نوع ابتدایی خود توسط یک فیزیولوژیستی در دهه‌های 1700 میلادی اختراع شده به

تدریج در طی سال‌های 1863، 1898، 1901، 1915 میلادی کامل‌تر گردید. در سال 1905 میلادی جراح روسی به نام کروتکوف این دستگاه را که از گوشی پزشکی و صفحه عقربه‌دار تشکیل می‌شد به نام خود ثبت نمود. فشارسنج انواع متفاوت عقربه‌ای، جیوه‌ای، دیجیتالی داشته که به صورت شایع از نوع عقربه‌ای برای سنجش فشارخون افراد استفاده می‌شود (دیویسون^۱، جان^۲، 2000). 3- بسته آموزشی روش SIT: این بسته بر اساس نظریه مایکن بام با فنون مهارت حل مسئله، تنش‌زدایی عضلانی، خود- تقویتی، خود- کنترلی، خود‌گویی‌های مثبت، ارتباط مؤثر و ابراز وجود منطقی تهیه گردید و در جمعیت ایرانی به کار گرفته شده است (مهرآبادی، 1389).

در رابطه با روش آماری این پژوهش، متخصصان آماری بر این باورند، در پژوهش‌هایی که با عامل پیش‌آزمون سروکار داریم، برای آزمون فرضیه بهتر است از آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه (آنکوا) استفاده شود، به شرط آن که مفروضه زیربنایی تحلیل کوواریانس یک راهه یعنی همگنی رگرسیون یا رابطه خطی بین متغیرهای مورد مطالعه رعایت شود. در غیر این صورت از آزمون t مقایسه میانگین‌های مستقل با نمرات افتراقی استفاده شود (بریس، کمپ، رزمی، 2004 به نقل از علی‌آبادی و صمدی، 1384). از آنجا که در فرضیه اول و دوم، رابطه خطی بین متغیرهای مورد مطالعه وجود داشت اما در فرضیه سوم چنین رابطی وجود نداشت، در فرضیه اول و دوم از تحلیل کوواریانس یک راهه و برای فرضیه سوم از آزمون t مقایسه میانگین‌های مستقل با نمرات افتراقی استفاده شده است.

یافته‌ها

فرضیه اول: روش SIT موجب کاهش فشارخون سیستولیک زنان مبتلا به فشارخون بالا می‌شود.

-
1. Davison, G, G.
 2. John, N, M.

جدول شماره 1. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه (آنکوا) فرضیه اول

منبع تغییرات	SS	d.F	MS	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	25/18	1	25/18	0/107	0/561	0/022	0/063
گروه	725/27	1	725/27	3/09	0/0001	0/730	0/96
خطا	6322/18	27	234/15				

همان‌طوری که در جدول شماره 1 مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون بین زنان مبتلا به فشارخون بالا در گروه آزمایشی و کنترل از لحاظ فشار خون سیستولیک تفاوت معناداری وجود دارد. ($F = 3/09$ و $P \leq 0/001$). بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌گردد. به بیان بهتر روش SIT موجب کاهش فشارخون سیستولیک زنان مبتلا به فشار خون گروه آزمایشی شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با 0/73 می‌باشد. یعنی 73 درصد تفاوت در نمرات پس‌آزمون فشار خون سیستولیک مربوط به تأثیر روش SIT می‌باشد.

فرضیه دوم: روش SIT موجب کاهش فشارخون دیاستولیک زنان مبتلا به فشار خون بالا می‌شود.

جدول شماره 2. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه (آنکوا) فرضیه دوم

منبع تغییرات	SS	d.F	MS	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	13/20	1	13/20	0/059	0/031	0/078	0/37
گروه	701/17	1	701/17	3/17	0/002	0/75	0/97
خطا	5961/29	27	220/78				

جدول شماره 2 نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون، بین زنان مبتلا به فشار خون بالا در گروه آزمایشی و کنترل از لحاظ فشار خون دیاستولیک تفاوت معناداری وجود دارد

($F = 3/7$ و $P \leq 0/002$). بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید می گردد. به دیگر سخن روش SIT موجب کاهش فشار خون دیاستولیک گروه آزمایشی شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با 0/75 می باشد یعنی 75 درصد تفاوت در نمرات پس فشار خون دیاستولیک مربوط به تأثیر روش SIT می باشد.

فرضیه سوم: روش SIT موجب افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشار خون بالا می شود.

جدول شماره 3. شاخص های توصیفی و آزمون t مقایسه میانگین های مستقل با نمرات افتراقی

گروه ها	میانگین (x)		انحراف استاندارد (S)		درجه آزادی	آزمون t	سطح معناداری
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون			
آزمایشی	40/06	46/2	4/22	4/01	28	3/30	0/003
کنترل	42/66	44/93	4/78	4/56			

مشاهده می شود میزان تفاضل میانگین کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایشی 6/14 نمره می باشد ($46/2 - 40/06 = 6/14$). در حالی که همین تفاضل برای گروه کنترل 2/27 نمره می باشد. ($44/93 - 42/66 = 2/27$). این مهم نشان می دهد، روش SIT موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران گروه آزمایشی شده است. جهت بررسی این که این تفاضل معنادار است از آزمون t مقایسه میانگین های مستقل با نمرات افتراقی استفاده شده است. t محاسبه شده (3/30) با اطمینان 95 درصد در سطح $P \leq 0/003$ معنادار می باشد. به دیگر سخن روش SIT موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا شده است.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول و دوم این پژوهش مبنی بر اینکه SIT در کاهش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک زنان مبتلا به فشار خون بالا مؤثر است، مورد تأیید قرار گرفته است. نتیجه این فرضیه با کاوش ها و واریسی های بسیاری از محققان همچون براون و لوکاس (2008)، سو، سو،

سو (2004)، مایر و لودنسگلر (2008)، کوهن (2003)، آزاد (1372) هم‌خوانی دارد. به دیگر سخن این پژوهش و پژوهش‌های همگرا در این زمینه نشان می‌دهند، فنون که در SIT مانند، ابزار وجود، مهارت حل مسئله، تنش‌زدائی عضلانی، ایفای نقش، خودکنترلی، خودتقویتی و خود‌گویی‌های مثبت بکار گرفته شد، موجب کاهش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک زنان مبتلا به فشار خون بالا شده است.

محققان بر این باورند، افرادی که به خاطر فشار روانی ناشی از موقعیت بین فردی و یا موقعیت‌های تهدیدکننده، فشار خون سیستولیک و دیاستولیک آنها افزایش می‌یابد، روش SIT روش مناسبی در کمک به آنها در جهت کنترل فشار خون می‌باشد. چرا اینکه روش SIT از یک طرف به بیماران کمک می‌کند تا هیجان‌ها، باورهای نادرست و غیرمنطقی خود را شناسایی کنند و آگاهی یابند که فشار خون بالایی آنها ناشی از نگرش، گمان‌ها، عملکرد ضعیف رفتاری در موقعیت‌های استرس‌آفرین می‌باشد و از طرف دیگر به درمان جویان کمک می‌کند، مشکلات خود را به چالش بکشند و از راهبردهای سازگارانه، خلاقانه و مسئله‌مدارانه برای حل آنها استفاده کنند. وقتی که این‌گونه افراد با شیوه‌های سازگارانه، مسائل خود را حل می‌کنند، خود-کارآمدی و خودباوری و اعتماد به نفس آنها بالا رفته و این مهم به نوبه خود، ترس از مواجهه با مشکلات را کاهش داده، سطح آرزوها را بالا برده و توانائی حل مسئله و تفکر تحلیلی را بهبود می‌بخشد. در چنین شرایطی سامانه واقعیت‌سنجی درمان جویان جان تازه‌ای به خود گرفته و در موقعیت‌های استرس‌انگیز برخورد منطقی‌تری خواهند داشت. (گلدبرگر و بریزنیتز، 2005، کلمن، 2005، کوهن، 2003).

تحقیقات همسو با این پژوهش نشان می‌دهد، بیمارانی که در شرایط استرس‌انگیز و تنش‌های هیجانی مانند خشم، دچار فشار خون اساسی می‌شوند، افرادی هستند که فاقد مهارت‌های لازم در برخورد با این موقعیت می‌باشند. اینگونه افراد در ظاهر بسیار آرام و از شدت خشم در درون خود می‌جوشند، این حالت در آنها یک بن‌بست روان‌شناختی و یک انسداد دوجانبه خاص ایجاد می‌کند. چرا اینکه اینگونه افراد نه می‌توانند خشم خود را آشکارا

ابراز نمایند و نه می‌توانند به طور کامل آن را سرکوب نمایند. این تعارض و فشار تکانه‌های خصمانه، خصیصه مرکزی افراد مبتلا به فشار خون اساسی می‌باشد. حال وقتی این افراد در جلسات SIT مهارت حل مسئله، ابراز وجود منطقی، ایفای نقش، جرأت‌آموزی، مهارت‌های بین فردی خود گویی‌های مثبت و دیگر مهارت‌های خودکنترلی را می‌آموزند و در موقعیت‌های طبیعی زندگی خود بکار می‌گیرند، خوداتکایی و تاب‌آوری آنها افزایش می‌یابد. در چنین نمایی افراد به شایستگی شناختی و کفایت رفتاری دست می‌یابند و بهتر می‌توانند متناسب با شرایط محیطی، رفتارهای منطقی‌تر از خود نشان دهند. این مهم به نوبه خود موجب کاهش تنش‌های هیجانی ناشی از موقعیت استرس‌انگیز و نتیجتاً کاهش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک آنها می‌شود. (کافمن، استرنبرگ، 2007، بویلن و اسکات، 2008، آزاد، 1372).

فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه SIT موجب افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشار خون بالا می‌شود، در این پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است. نتیجه این فرضیه با مطالعات و تحقیقاتی که در این راستا انجام گرفته همانند پیکرینگ، هارشفیلد (2006)، تیلور (2005)، کلمن (2005)، بیکر و اسکارتس (2005)، همسوئی دارد. به بیان بهتر، تحقیقات متعدد نشان داده است، مهارت‌هایی که در جلسات درمانی SIT به درمان جویان آموزش داده می‌شود، موجبات کیفیت زندگی مطلوب آنها را فراهم می‌سازد. درمانگران SIT بر این باورند، کیفیت زندگی افراد بر حسب کارکرد انطباقی و یا از طریق تسلط و کنترلی که آنها بر محیط دارند، تعریف می‌شود.

هرچه افراد کنترل و تسلطشان بر محیط زندگی و به خصوص شرایط استرس‌آفرین زندگی بیشتر باشد، احساس رضایت درونی، خود-کارآمدی و خودباروری آنها بیشتر و از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردارند و برعکس (کلمن، 2005، دیوسون، 2000). افرادی که از فشار خون اساسی یا فشار خون ناشی از موقعیت‌های استرس‌آفرین زندگی رنج می‌برند، از آنجا که فاقد مهارت‌های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای فشارزای محیطی می‌باشند، معمولاً به دیده تردید به توانائی خود می‌نگرند و همواره نگران ارزیابی‌های منفی دیگران در مورد

خود و رفتارهای خود می‌باشند. به همین جهت از کیفیت زندگی مطلوب و رضایتمندی درونی برخوردار نمی‌باشند. بنابر این، بهبود کیفیت زندگی این بیماران در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، به عنوان یک مفهوم اساسی یکی از مهم‌ترین اهداف درمانی درمانگران SIT می‌باشد. (دیمیتو، 2004، جیمز، شفلید، 2002). بنابر این، درمانگران SIT به منظور کنترل فشار روانی و نتیجتاً افزایش کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی درمان جویان، در جلسات درمانی نخست، موقعیت‌های اضطراب‌زای زندگی، شیوه برخورد درمان جویان با این موقعیت‌ها را مورد ارزیابی و عواملی که در تداوم و استحکام حالات هیجانی منفی نقش دارند، شناسایی کرده و سپس با استفاده از فنون درمانی همچون ابراز وجود منطقی، خود گوئی‌های مثبت، مهارت حل مسئله، تنش‌زدائی عضلانی و دیگر مهارت‌های SIT، درمان جویان را به مهارت‌های رفتاری و شناختی جهت کنترل فشار روانی مسلح می‌کنند.

وقتی که درمان جویان فنون آموزش داده شده در جلسات درمانی را فرا می‌گیرند و در موقعیت‌های استرس‌آفرین زندگی برای مدتی بکار می‌گیرند و در می‌یابند که قادر به تصمیم‌گیری و کنترل رویدادهای زندگی خود و اقدام مؤثر جهت دستیابی به نتیجه مطلوب و بهینه می‌باشند، احساس رضایت درونی کرده و این مهم به نوبه خود موجب افزایش شادکامی، بهزیستی روانی و خودکارآمدی که از مؤلفه‌های کیفیت زندگی می‌باشد، می‌گردد. در چنین نمایی اینگونه افراد وقتی که در موقعیت‌های استرس‌انگیز زندگی قرار می‌گیرند، چون مجهز به مهارت‌های شناختی و رفتاری می‌باشند، شرایط موجود را به چالش می‌کشند و به طور خلاقانه و مسئله‌مدارانه با مشکلات برخورد می‌کنند. نتیجتاً این گونه برخوردها موجب می‌گردد آنها کمتر تحت تأثیر فشار روانی و عوارض آن قرار گیرند (لازاروس، فلکمن، 1999، کوهن، 2003).

به طور کلی طرفداران SIT بر این باورند، SIT شیوه مؤثری در کمک به افرادی می‌باشد که از فشار خون اساسی ناشی از ستیز درونی رنج می‌برند. چرا اینکه در این روش با فونونی که اینگونه افراد در جلسات درمانی فرا می‌گیرند، از حس درماندگی رهائی یافته و به یک حس

امیدواری و کنترل دست می‌یابند. هنگامی که افراد احساس می‌کنند بر روی محیط زندگی خود کنترل دارند و می‌توانند موجب تغییرات محیطی شوند، از آنجا که احساس درونی قشنگی نسبت به خود پیدا می‌کنند، فشار خون آنها در سطح طبیعی تری قرار می‌گیرد. چرا اینکه، رهاشدگی از حس درماندگی و عدم کنترل محیطی، موجب بازبینی افراد از تجربه‌های موفقیت‌آمیز، افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی آنها در کنترل موقعیت‌های استرس‌آفرین زندگی و تعمیم آن به موقعیت‌های دیگر زندگی خواهد شد و این درک مثبت درونی افراد از خودشان، باعث کنترل فشار روانی و نتیجتاً کاهش فشار خون و افزایش کیفیت زندگی می‌شود. به طور خلاصه با توجه به این پژوهش و تحقیقات مشابه از SIT به عنوان یک روش درمانی در افرادی که از فشار خون متوسط رنج می‌برند و یا در کنار سایر روش‌های درمانی از جمله دارودرمانی در افرادی که مبتلا به فشار خون اساسی یا شدید می‌باشند، می‌توان استفاده نمود. موضوع‌های تحقیقی مشابه گردد.

منابع فارسی

- آزاد، حسین. (1372). آسیب‌شناسی روانی. تهران. انتشارات بعثت.
- بریس، نیکلا؛ کمپ، ریچارد؛ سنکلار، رزمیری. (2004). تحلیل داده‌های روان‌شناسی با برنامه اس، پی، اس‌اس ویرایش شانزده. ترجمه خدیجه علی‌آبادی، علی صمدی. (1384). تهران. نشر دوران.
- ثمنی، مرتضی. (1381). فشار خون، افزایش فشار خون و داروهای پایین‌آورنده فشار خون. تهران. انتشارات ذوقی.
- دیوسیون، نیل. گرنیگ. (2004). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه مهدی دهستانی. (1383). تهران. نشر ویرایش.

- غلامی، احمد. (1387). کیفیت زندگی زنان نابارور و عوامل مرتبط با آن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تهران.
- گاتیون. (2000). فیزیولوژی پزشکی گاتیون. ترجمه احمدرضا نیاورانی. (1379). ویرایش دهم، چاپ دوم.
- مهرآبادی، فاطمه. (1379). اثربخشی آموزش مصون‌سازی در مقابل استرس بر فرسودگی شغلی و تاب‌آوری کارکنان پیام نور مرکز تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه پیام نور مرکز تهران.
- هاریسون. (2008). اصول طب داخلی هاریسون، بیماری قلب و عروق. ترجمه مسعود خدایی، حامد زرین‌ساز بروجردی (1388). چاپ سوم، انتشارات ارجمند.

منابع لاتین

- Anderson, N, B; Lan, J, D; Muranka, M. (2007). Racial differences in blood pressure and forearm vascular responses to the cold face stimulus. *Psychosomatic medicine*, 57, 121-130.
- Baker, L; Scarth, B. (2005). *Abnormal psychology*. Fourth Edition, U.S.A.
- Boylan, L, E; & Scott, J. (2008). *Practicum intership: Textbook and resource Guide for counseling and psychotherapy*, By taylor & francis group. LLC.
- Brown, R; & Lucas, R. (2008). Progressive relaxation for blood pressure reduction. *Journal of consulting an clinical psychology*. 17(4), 418-430.
- Cohen, M. (2003). Evaluation of an stress inoculation training in the self- efficacy of Anxiety disorders and phobias. *Journal of Applied psychology*. 70(1) 101-111.
- Coleman, J. C. (2005). *Abnormal psychology and Modern*. Sixth Edition, Scott foreman company.
- Coldberger, L; Breznitz, S. (2005). *Hand book of stress, theoretical and clinical aspects*. Free press. Adivision of Macmilan, inc.
- Davison, G, G; & John, N, M. (2000). *Abnormal psychology*. Third Edition, U.S.A.
- Dimattw, M, R. (2004). *The psychology of health illness and Medical care. Individual perspective*. Callifornia: Brooks/ cole publishing company.
- Dressler, W,W; stantos, J, E, & Viteri, F, E. (2003). Blood pressure, ethnicity, and psycho social resources. *Psychosomatic medicine*, 15, 315-323.
- Ely, D, L; Mostardi, R. (2005). The effects of recent life events stress, Life assets and tempermant pattern on cardiovascular risk factors for Akorn city police officers. *Journal of human stress*. 17, 155-162.

- Folkman, S; Lazarus, R, S. (2001). Coping and emotion in stress and coping. Newyork, Columbia, university press.
- James, G, D; Harshfield, A. (2002). The influence of happiness, anger and anxiety on the blood pressure of border line hypertensives. *Psychosomatic medicine*. 15, 502-600.
- Kaufman, J, G; Sternberg, R. J. (2007). Human ability. *Annual review of psychology*, 49: 479-490.
- Lazarus, R,S; Folkman, S. (1999). Stress appraisal and coping. New York. Forth Edition.
- Maier, S. F; & laudenslager, M. (2008). Stress and health. Exploring the link. *Journal of research in personality*. 15, 221- 231.
- Meicham, Baum, D. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *Journal of clinical psychology*, 46, 4-12.
- Pickering, P; Harshfield, G, A. (2006). Blood pressure during normal daily activities, sleep and exercise: Comparison of values in normal and hypertensive subjects. *Journal of the American medical association*. 159, 571-584.
- Sue, David; Sue, Devald; Sue, Stanley. (2004). Understanding Abnormal behavior. Fourth Edition, U.S.A.
- Taylor, S, E. (2005). Health psychology. Sixth Edition. New York; McGrow- Hill.
- Veenboren, R. (2000). The four qualities of life. *Journal of Happiness studies*. 1: 1-39.