

اثربخشی درمان گروهی مدیریت استرس بر افسردگی و فشارخون

بیماران زن مبتلا به فشارخون

الهام آقائی*، آزاده بختیاری**، سمیه جمالی پاقلمه***

دریافت مقاله :

۹۲/۱۰/۱۶

پذیرش:

۹۲/۱۱/۲۳

چکیده

هدف: فشار خون یکی از مهمترین مسائل مربوط به سلامت عمومی است هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان گروهی مدیریت استرس بر افسردگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون بود.

روش : به منظور انجام این پژوهش، ۳۰ بیمار زن مبتلا به فشار خون که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند در ۲ گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. روش پژوهش نیمه آزمایشی بود. ابزارهای مورد استفاده عبارت بود از پرسشنامه افسردگی بک و دستگاه فشار سنج جیوه ای. گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت درمان گروهی مدیریت استرس قرار گرفتند .

یافته ها: نتایج بدست آمده نشان داد که درمان گروهی مدیریت استرس می تواند افسردگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون را کاهش دهد ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: بنابراین می توان در کنار درمانهای دارویی از مداخلات شناختی رفتاری مدیریت استرس جهت بهبود بیماران مبتلا به فشار خون استفاده نمود.

کلیدواژه: افسردگی، فشارخون، مدیریت استرس

*دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران(نویسنده مسئول) Elhamaghaei87@yahoo.com

** دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان.

*** دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، دانشگاه الزهرا، تهران



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

فشار خون از مهمترین علل اصلی ناتوانی مزمن دنیاست که سیری مزمن و پیشرونده دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶). این بیماری، مهمترین مسئله سلامت عمومی در کشورهای جهان و سومین علت مرگ انسان ها در سراسر دنیاست. سازمان بهداشت جهانی تخمین می زند که حدود ۶۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به پرفشاری خون هستند و سالانه ۵/۷ میلیون نفر در نتیجه ی ابتلا به آن و عوارض حاصل از آن جان خود را از دست می دهند (همان، ۲۰۰۶). فشار خون در واقع یکی از بی علامت ترین عوامل خطر ساز است که معمولاً همزمان با بروز عوارض غیرقابل جبرانی مانند سکته های قلبی و مغزی کشف می شود، این بیماری به عنوان یک عامل زمینه ساز و یا بعنوان یک بیماری مستقل همواره مورد توجه متخصصان بوده است (لی، ۲۰۰۶). در چهارمین ویرایش تجدیدنظرشده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (۲۰۰۰) (DSM-IV-TR) فشارخون به عنوان یکی از بیماریهای روان تنی که از عوامل روانشناختی تاثیر می پذیرد طبقه بندی شده است. در کشورهای درحال توسعه، فشارخون بالا افزایش چشمگیری دارد و تا ۲۵٪ افراد بزرگسال به آن مبتلا هستند (حقدوست و صادقی راد (۱۳۸۵) در یک پژوهش فراتحلیل، میزان شیوع پرفشاری خون در ایران را ۲۱/۹٪ گزارش کردند. در پژوهشهای مختلفی، عوامل روانشناختی مانند افسردگی و اضطراب را از عوامل خطر ساز

پرفشاری خون معرفی کردند (دیویدف، استوارت، ریچی، چادیو، ۲۰۱۲، پویتر، لوینگستون، یانسی، مککلند، بوکسکی، ۲۰۰۸، یان، لیو، متیو، داویگلاس، فرگوسن، ۲۰۰۳، آدامز، آبرت، کلارک ۱۹۹۹، پیلگریم، ۱۹۹۴، باقریان و همکاران، ۱۳۸۹). از طرفی اضطراب با فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک که می تواند موجب فشارخون و همچنین تصلب شرایین گردد ارتباط دارد. علاوه بر آن، افسردگی غالباً با افزایش هورمونهای استروئیدی همراه است و این هورمونها موجب افزایش فشارخون و آسیب دیدن شرایین می گردند (دیویسون، نیل و کرینگ، ترجمه شمسی پور، ۱۳۸۸). عمده ترین راه درمان فشارخون دارو می باشد، لیکن با گذشت زمان بروز عوارض جانبی نامطلوب این قبیل داروها (خواب آلودگی، سرگیجه و مشکلات نعوظی) از یکسو و رشد رویکردهای رفتاری از سوی دیگر باعث گردید تا بسیاری از پژوهشگران برای درمان فشار خون اساسی در جستجوی درمانهای غیردارویی برآیند (همان منبع). مداخلات غیردارویی درکنار درمانهای پزشکی، مخصوصاً در مورد افرادی که علایم و نشانه ها در اثر عوامل هیجانی و روانشناختی شروع و یا تشدید می شوند، مؤثر واقع می شوند (جارسولد و همکاران، ۲۰۰۲). طیف وسیعی از درمان های روانشناختی مانند مدیریت استرس، کنترل خشم، بازسازی شناختی، درمانهای شناختی-رفتاری، پسخوراند زیستی در بهبود سلامت روان و کنترل فشارخون این بیماران مؤثر بوده است (دیویسون، نیل و کرینگ،

ترجمه شمسی پور، ۱۳۸۸)

یکی از درمان های روانشناختی درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس است این درمان، به مجموعه ای از درمانهای مدیریت استرس اطلاق می شود که بر رویکرد شناختی-رفتاری متمرکز است. این برنامه به شیوه شناختی رفتاری انواع گوناگون آرمیدگی، بازسازی شناختی، آموزش اثربخشی مقابله ای، مدیریت خشم و آموزش ابراز وجود را ترکیب کرده است (آنتونی، ایرونسون، شاندرمن، ۲۰۰۹). درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس در درمان اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی اثربخش بوده است (جاناتان، ۲۰۰۲). مدیریت استرس، توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور افزایش می دهد (لیندن، ۲۰۰۵). آلبرایت، آندراسی و بروکول (۱۹۹۱) در پژوهش خود، مدیریت استرس را بر کاهش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک اثربخش گزارش کردند. یانگ و کتler (۱۹۹۶) در پژوهش خود بیان کردند که آرامش آموزی عضلانی و شناختی در ترکیب با یکدیگر تأثیر بیشتری در کاهش فشارخون دارد. فلاح زاده (۱۳۸۲) در پژوهشی اثربخشی تنش زدایی عضلانی، شناخت درمانی و ترکیب این دو روش را در کاهش فشار خون و تنیدگی ۶۰ زن مبتلا به فشار خون بررسی کرد. نتایج نشان داد که در هر سه روش، فشار خون افراد کاهش پیدا کرد و تفاوتی بین سه روش درمانی وجود نداشت. ستوده اصل، نشاط دوست، کلاتری، طالبی و

خسروی (۱۳۸۹) دو روش دارودرمانی و درمان شناختی-رفتاری را بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی مقایسه کردند، نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مؤثرتر است و این تأثیرات تا ۳ ماه پس از مداخله نیز پایدار ماند. جبل عاملی، نشاط دوست و مولوی (۱۳۸۹) نشان دادند که مداخله گروهی مدیریت استرس موجب بهبود کیفیت زندگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشار خون می شود. حمید (۱۳۹۰) در پژوهشی اثربخشی مدیریت استرس بر افسردگی و اضطراب و ناباروری زنان مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی رفتاری باعث کاهش افسردگی، اضطراب در زنان نابارور حتی بعد از ۱۲ ماه پیگیری می شود. محرابی، فتی، دوازده امامی، رجب (۱۳۸۷) آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری را بر کنترل قندخون و کاهش مشکلات هیجانی اثربخش گزارش کردند. بهرامخانی، علی پور، جان بزرگی و برزگر قاضی (۱۳۹۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که تنش زدایی تدریجی عضلانی موجب کاهش فشارخون افراد مبتلا به پرفشاری خون می شود. نریمانی، عطادخت، احدی، ابوالقاسمی و زاهد (۱۳۹۱) در پژوهش خود آموزش مدیریت استرس را در کاهش علائم روانشناختی از قبیل افسردگی و کنترل قندخون بیماران دیابتی، مؤثر گزارش کردند.

تنش زدایی موجب کاهش فشارخون

سیستولیک و دیاستولیک در بیماران شد. با توجه با اینکه آموزش مدیریت استرس به شیوه ی شناختی-رفتاری یک رویکرد چند وجهی است که طی آن فنونی از قبیل آرامش آموزی، تنفس دیاگرامی، مراقبه، شناسایی افکار خودکار منفی و تحریف های شناختی و بازسازی آن با جایگزین کردن افکار منطقی، آموزش مقابله کارآمد، مدیریت خشم و ابرازگری به افراد آموزش داده می شود (آنتونی، ابرونسون و اشنايدر، ۱۳۸۹). و اثربخشی مدیریت شناختی- رفتاری استرس در ارتقای بهزیستی روانی زنان نابارور (چوب فروش زاده، کلاتری و مولوی، ۱۳۹۰) تأثیر آن در کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود خلق و کیفیت زندگی در گروه های مختلفی از جمله مردان دارای سرطان پروستات و زنان دارای سرطان پستان نشان داده شده است (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۶، پندو، تراگردان و مولتنی، ۲۰۰۷) و با توجه به بالا بودن شیوع پرفشاری خون در ایران و از آنجا که دستیابی به درمانهای روانشناختی حداقل بصورت همزمان با درمانهای دارویی بهبودی را تسریع و پایدارتر می کند پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر فشار خون و افسردگی در زنان مبتلا به فشار خون انجام شده است.

روش

طرح این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود که هر دو گروه سه

نوبت مورد اندازه گیری قرار گرفتند (در هر نوبت اندازه گیری فشارخون، از هر بیمار ۳ بار اندازه گیری انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران زنی بودند که در سال ۱۳۸۹ به مرکز درمانی تحقیقاتی حضرت صدیقه طاهره(س) شهر اصفهان مراجعه کرده و تشخیص فشارخون گرفتند. از این میان، بیمارانی که دارای ضوابط ورود (مونث، ۳۰ تا ۵۵ سال، دیپلم به بالا، دارای فشار خون اولیه خفیف (۹۰-۱۱۰) و متوسط (۱۴۰-۱۶۰) و دارای حداقل افسردگی خفیف (نمره ۵-۷ از پرسشنامه افسردگی بک، رژیم دارویی مشابه) و فاقد معیارهای خروج (بیماری جسمی و روانی قابل توجهی که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارد مثل دیابت نداشته باشد، بیش از دو جلسه غیبت نکند) بودند، از روی لیست بیماران ۳۰ نفر به صورت تصادفی به عنوان نمونه مقدماتی انتخاب و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. هر کدام از گروهها شامل ۱۵ نفر بود. در ادامه پس از گرفتن رضایت نامه کتبی، ارزیابی های پیش آزمون اجرا شد.

برای گردآوری داده ها ابزارهای زیر به کار برده شد:

پرسشنامه افسردگی بک^۱: پرسشنامه افسردگی بک یکی از شناخته ترین آزمون های سنجش افسردگی است که توسط روان پزشک مشهور (آرون، تی بک ۱۹۶۱) تدوین شده است. این آزمون شامل ۲۱ ماده است و هر ماده دارای چهار جمله است که هر کدام علامتی از

1 -Beck Depression Inventory

افسردگی را از صفر تا ۳ درجه بندی می کنند. نمره کلی هر فرد در پرسشنامه سنجش افسردگی بک، با حجم نمرات در تمام جنبه ها به دست می آید. اعتبار و پایایی پرسشنامه بک مکرراً مورد بررسی قرار گرفته که نتایج آن در سطح بالایی گزارش شده است. بک و همکارانش (۱۹۸۸) ضریب پایایی همسانی درونی ماده های پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس MMPI (۰/۷۴) گزارش کرده اند. مطالعه ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان روزبه) انجام شده، روایی و پایایی این آزمون را در جمعیت سالم و بالینی نشان داده است (کاویانی، موسوی، ۱۳۸۰)

دستگاه فشارسنج جیوه ای: این دستگاه فشارخون را بر حسب میلیمتر جیوه اندازه گیری می کند. (دستگاه فشار سنج جیوه ای رومیزی مدل nova برند riester ساخت کشور آلمان)

طرح درمان

درمان پس از اجرای پیش آزمون، گروه آزمایش در حین پژوهش و گروه کنترل نیز به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، تحت درمان گروهی قرار گرفتند. درمان گروهی مدیریت استرس در این پژوهش، طی ۸ جلسه هفتگی یک ساعته اجرا شد. این جلسات در محل مرکز درمانی تحقیقاتی صدیقه طاهره (س) اصفهان برگزار شد و بلافاصله پس از جلسه پایانی، اعضای دو گروه تحت ارزیابی های پس آزمون قرار گرفتند. هم چنین، ۲ ماه پس از آخرین جلسه آموزش هم ارزیابی های پیگیری

انجام گرفت. داده های مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS 19 و با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. میانگین سنی گروه آزمایش ۴۶ و گروه کنترل ۴۴ سال بود. تحصیلات هر دو گروه در سطح دیپلم، همگی خانه دار و متأهل بودند. جلسات درمانی براساس کتاب مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری انجام شد (آنتونی، ایرنسون و اشنایدرمن، ۱۳۸۹). **جلسه اول:** معرفی برنامه، استرس زاها و پاسخ های استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه ای، اندازه گیری فشارخون. **جلسه دوم:** تاثیرات استرس، استرس و آگاهی، تمرین افزایش آگاهی از نشانه های جسمی استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه ای.

جلسه سوم: تنفس دیافراگمی، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه ای، تصویرسازی و آرمیدگی، ارتباط افکار و هیجانات، تمرین قدرت فکر. **جلسه چهارم:** تنفس دیافراگمی همراه با تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل همراه با تصویرسازی مکان خاص، تفکر منفی و تحریفات شناختی، افکار منفی و رفتارها، تمرین شناسایی افکار منفی. **جلسه پنجم:** یکپارچه سازی آرمیدگی، معرفی آموزش خودزاد و تمرین خودزاد برای سنگینی و گرما، تفاوت بین خودگویی منطقی و غیر منطقی، تمرین جایگزینی افکار منطقی. **جلسه ششم:** آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، تعریف مقابله، انواع

یافته‌ها

در این بخش ابتدا میانگین و انحراف معیار گروه های آزمایش و کنترل و سپس تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای تفاوت گروه‌ها ارائه شده است.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی، فشارخون سیستولیک و فشارخون دیاستولیک در گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

مقابله های کارآمد و ناکارآمد، بحث در مورد راهبردهای مقابله ای. جلسه هفتم: منطق آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خود القایی، مراقبه نور خورشید، گامهای مقابله موثر، تمرین مقابله کارآمد، تکنیک نرم کردن برای استرس زهای طاقت فرسا، تمرین نرم کردن. جلسه هشتم: حالات بدنی مراقبه، تمرین مراقبه مانترا، مراقبه شمارش تنفس، حل مسئله، برنامه مدیریت استرس شخصی، اندازه گیری فشارخون.

جدول ۲. یافته های توصیفی نمرات فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش آزمون	۲۰/۲۰	۵/۱۱	۲۲	۵/۵۲
	پس آزمون	۱۴/۹۳	۳/۶۷	۲۳/۳۳	۴/۸۷
فشارخون سیستولیک	پیش آزمون	۱۵/۸۶	۱/۴۵	۱۵/۹۳	۴/۹۴
	پس آزمون	۱۲/۱۳	۱/۵۵	۱۶/۴۶	۱/۷۹
فشارخون دیاستولیک	پیش آزمون	۱۰/۶۰	۱/۱۲	۱۰/۱۳	۱/۲۹
	پس آزمون	۹/۰۶	۱/۰۳	۱۱/۰۶	۱/۱۲
پیگیری	پیش آزمون	۸/۵۳	۰/۶۳	۱۱/۰۶	۰/۸۸
	پس آزمون				۰/۷۰

شود.

قبل از بررسی تحلیلی نتایج، پیش فرض های لازم برای استفاده از مدل آماری اندازه گیری مکرر بررسی شد. در تمامی متغیرهای این پژوهش آزمون کرویت ماچلی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود، در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس و به گونه ای دقیق تر، شرط همگن بودن ماتریکس کواریانس اطمینان حاصل شد و از مدل آماری اندازه گیری مکرر استفاده شد.

نتایج

جدول ۲ نشان می دهد که میانگین گروه آزمایش در افسردگی، فشارخون سیستولیک و فشارخون دیاستولیک تغییرات زیادی را در نمره های پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون بوجود آورده است. در جداول ۳، ۴، ۵ نیز نتایج تحلیل واریانس بین و درون آزمودنی ها با اندازه گیری های مکرر نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری افسردگی، فشارخون سیستولیک و فشارخون دیاستولیک ملاحظه می

جدول ۳. نتایج تحلیل اندازه گیری مکرر بر روی میانگین نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری افسردگی دو گروه

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	میزان تأثیر	میزان توان
پیش آزمون ها	گروه	۱	۱۸۲/۰۴	۳۵/۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱۰۰
	خطا	۲۸	۱۴۵/۱۱	۵/۱۸	-	-	-
درون آزمون ها	عامل	۱	۵۰/۱۵	۳۹/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱۰۰
	عامل * گروه ها	۱	۸۶/۹۵	۸۶/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۱۰۰
	خطا	۲۸	۳۰/۵۵	۱/۲۷	-	-	-

تعامل گروهها (آزمایش و کنترل) با عامل زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)، معنادار است. تحلیل مقایسه های زوجی نشان داد که بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد ($p=۰/۰۰۰۱$) همچنین بین پیش آزمون با پس آزمون ($p=۰/۰۰۰۱$) پیش آزمون با پیگیری ($p=۰/۰۱$) و پس آزمون با پیگیری ($p=۰/۰۳$) تفاوت معنی داری وجود دارد.

داده های جدول ۳ نشان می دهد، بین نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری افسردگی زنان در گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد (ردیف گروهها در جدول ۳). همچنین تفاوت معناداری بین سه زمان مختلف اندازه گیری وجود دارد بنابراین بین نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد (ردیف "عامل" در جدول ۳). نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می دهد که F ناشی از

جدول ۴. نتایج تحلیل اندازه گیری مکرر بر روی میانگین نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری فشارخون سیستولیک دو گروه

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	میزان تأثیر	میزان توان
پیش آزمون ها	گروه	۱	۱۶۰۹/۶۰	۸۴۰/۸۹	۶۱/۲۵	۰/۷۴	۱۰۰
	خطا	۴۲	۵۵۱/۸۶	۱۳/۱۴	-	-	-
درون آزمون ها	عامل	۵	۳۷۴۵/۳۶	۷۴۹/۰۷	۱۵۵/۲۹	۰/۷۷	۱۰۰
	عامل * گروه ها	۱۰	۴۶۶/۰۳	۴۶/۶۰	۹/۶۶	۰/۳۱	۱۰۰
	خطا	۲۱۰	۱۰۱۲/۹۳	۴/۸۲	-	-	-

فشارخون سیستولیک زنان در گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود

داده های جدول ۴ نشان می دهد، بین نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

تحلیل مقایسه های زوجی نشان داد که بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد ($p=0/0001$) همچنین بین پیش آزمون با پس آزمون ($p=0/0001$) پیش آزمون با پیگیری ($p=0/0001$) تفاوت معنی داری وجود دارد ولی بین پس آزمون با پیگیری ($p=0/8$) تفاوت معنی داری بدست نیامد.

دارد) ردیف "گروه ها" در جدول ۴). همچنین بین نمره های سه زمان مختلف اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معنی داری وجود دارد) ردیف "عامل" در جدول ۴). نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می دهد که F ناشی از تعامل گروهها با عامل زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)، معنادار بوده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل اندازه گیری مکرر بر روی میانگین نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری فشارخون دیاستولیک دو گروه

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	میزان تأثیر	میزان توان
بین آزمودنی ها							
گروه	۴۱/۳۴	۱	۴۱/۳۴	۲۳/۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹
خطا	۴۹/۷۷	۲۸	۱/۷۷	-	-	-	-
درون آزمودنی ها							
عامل	۴/۸۲	۱	۴/۸۲	۵/۶۰	۰/۰۲	۰/۱۶	۰/۸۳
عامل * گروه ها	۳۸/۴۲	۱	۳۸/۴۲	۴۴/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱۰۰
خطا	۲۴/۰۸	۲۸	۰/۸۶	-	-	-	-

دارد) ($p=0/0001$) همچنین بین پیش آزمون با پس آزمون ($p=0/04$) پیش آزمون با پیگیری ($p=0/004$) تفاوت معنی داری وجود دارد ولی بین پس آزمون با پیگیری ($p=0/1$) تفاوت معنی داری بدست نیامد.

داده های جدول ۵ نشان می دهد، بین نمره های آزمودنی ها در گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد) ردیف "گروه ها" در جدول ۵). همچنین بین نمره های سه زمان مختلف اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معنی داری وجود دارد) ردیف "عامل" در جدول ۵). نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می دهد که F ناشی از تعامل گروهها با عامل زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)، معنادار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش های مختلفی نشان داده اند که عوامل روانشناختی همچون اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به پرفشاری خون وجود دارد (دیویدف، استوارت، ریچی، چادیو، ۲۰۱۲، پویتر، لوینگستون،

تحلیل مقایسه های زوجی نشان داد که بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود

یانسی، مککلند، بوکسکی، ۲۰۰۸، یان، لیو، متیو، داویگلاس، فرگوسن، ۲۰۰۳، آدامز، آبرت، کلارک، ۱۹۹۹، پیلگریم، ۱۹۹۴، باقریان و همکاران، ۱۳۸۹). بنابراین در پژوهش حاضر سعی شد تا با آموزش تکنیک های مختلف مدیریت استرس، بهبود مشکلات روانشناختی (افسردگی) و کاهش فشار خون را مورد هدف قرار دهد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مدیریت استرس بر افسردگی و فشارخون زنان دارای فشار خون انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که مداخله درمانی مدیریت استرس باعث کاهش افسردگی و فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در زنان مبتلا به فشارخون، در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری شده است. این یافته تائید دیگری بر کارآمدی روش مدیریت استرس در درمان فشارخون و عوامل روانشناختی همراه با آن است. آلبرایت، اندراسی و بروکول (۱۹۹۱)، جبل عاملی، نشاط دوست و مولوی (۱۳۸۹) در پژوهشی همسو با یافته های پژوهش حاضر نشان داده شد که مدیریت استرس، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و کیفیت زندگی را در بیماران بهبود می بخشد. همچنین پژوهشهای مختلفی، نشان می دهند مدیریت استرس به بیماران در کاهش افسردگی کمک می کند (حمید، ۱۳۹۰، محرابی، دوازده امامی، رجب، ۱۳۸۷) ستوده اصل، نشاط دوست، کلانتری، طالبی، خسروی (۱۳۸۹) نیز در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بهتر از دارودرمانی گزارش کردند.

بنابراین با توجه به نتایج بدست آمده از روش درمانی مدیریت استرس می توان در کنار دارو درمانی استفاده کرد. در تبیین نتایج می توان گفت

افسردگی از عوامل تأثیرگذار مهم بر فشارخون در افراد دارای فشارخون است. آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری، به بازسازی شناخت ها و باورهای فرد و در نتیجه موجب کاهش استرس و افسردگی فرد بیمار می شود. از طریق شیوه های شناختی-رفتاری مختلف مانند

چالش با افکار و نگرش های خودآیند منفی مرتبط با بیماری فشارخون و اصلاح آنها، آموزش مدیریت زمان و تشویق به انجام فعالیت های لذت بخش و برنامه ریزی فعالیت ها منجر به موفقیت های روزمره می شود و خلق افسرده بیماران، به میزان زیادی بهبود می یابد. همچنین تکنیک های مختلف مدیریت استرس، تنش جسمانی و تولید هورمون های اپی نفرین و نوراپی نفرین را کاهش داده و به موازات آن میزان فشارخون در بیماران به میزان زیادی کاهش یافت.

برانگیختگی فیزیولوژیکی مفرطی که در موقعیت های استرس زا ایجاد می شود، باعث افزایش تولید هورمون های اپی نفرین و نوراپی نفرین می شود و به همان نسبت ضربان قلب و فشارخون را بالا می برد. این پاسخگویی فیزیولوژیکی مفرط احتمال وقوع بیماری فشارخون را افزایش می دهد (والک، ۱۹۵۷). مشکلات روانشناختی مانند افسردگی و علائم اضطراب به صورت همگام با بیماری فشارخون وجود دارد در نتیجه برنامه آموزش مدیریت استرس می تواند هم بر علائم روانشناختی و هم فشار خون اثربخش باشد. بنابراین با آگاهی دادن به افراد درباره ماهیت بیماری و عوارض جانبی دارو می توان به صورت اثربخش از مداخلات روانشناختی در سطح وسیعی

استفاده کرد. مجموعه تکنیکهای مدیریت استرس در مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر مطلوبی داشته است در تبیین پایا بودن اثر درمانی می توان گفت استفاده مکرر افراد از تکنیک ها موجب شده است با گذشت زمان نیز اثر درمانی باقی بماند. از آنجا که مداخله درمانی مدیریت استرس برای کاهش استرس و علائم اضطراب و افسردگی جمعیت عمومی مؤثر شناخته شده است ارائه آن به بیماران مبتلا به فشارخون می تواند مفید باشد (گراناث، اینگوارسون، تایل، لاندبرگ، ۲۰۰۶) همچنین با توجه به شیوع بالای فشار خون در ایران، همچنین با در نظر گرفتن بالا بودن عوارض جانبی مصرف دارو در افراد مبتلا به فشار خون و با توجه به اینکه در پژوهش های مختلفی بیان شده است که عوامل روانشناختی در فشار خون دخیل است (دیویدف، استوارت، ریچی، چادویو، ۲۰۱۲، پویتر، لوینگستون، یانسی، مککلند، بوکسکی، ۲۰۰۸، یان، لیو، متیو، داویگلاس، فرگوسن، ۲۰۰۳، آدامز، آبرت، کلارک،

۱۹۹۹، پیلگریم، ۱۹۹۴، باقریان و همکاران، ۱۳۸۹). ضروری است تا متخصصان در حوزه سلامت، در زمینه انجام مداخلات روانشناختی تأکید بیشتری داشته باشند. از آنجا که برای انتخاب نمونه در این پژوهش ملاکهای ورود خاصی از قبیل دامنه سنی، جنسیت مونث، سطح تحصیلات و فشارخون اولیه لحاظ گردیده بود، تعمیم نتایج فقط در محدوده زنان باسواد و با ملاکهای ذکر شده صورت می گیرد. نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی مداخله مدیریت استرس بر بهبود افسردگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون می باشد، لذا از این مداخله می توان به عنوان روش درمانی مکمل درمانهای دارویی در جهت بهبود مشکلات روانشناختی و فشارخون بیماران استفاده کرد.

قدردانی: از همکاری صمیمانه کارکنان مرکز درمانی تحقیقاتی حضرت صدیقه طاهره (س)، شرکت کنندگان و سایر عزیزانی که در زمینه پژوهش مشارکت داشتند قدردانی می شود.

منابع

- آنتونی، مایکل، ایرنسون، گیل و اشنایدرمن، نیل (۱۳۸۹)، *مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری*، ترجمه، نشاط دوست، حمید، آل محمد، سید جواد، جوکار، سولماز، جهاد دانشگاهی، اصفهان.
- باقریان، رضا، باغبانین علی، خیرآبادی، غلامرضا، حیدری نژاد، دامون، مشکلائی، محمدعلی (۱۳۸۹)، مقایسه شیوع علائم افسردگی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا و افراد سالم، چکیده دهمین همایش پیاپی سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران، *مجله روانپزشکی و*
- روانشناسی بالینی ایران*، دوره ۱۶ شماره ۳، ۲۷۹-۲۸۰.
- بهرامخانی، محمود، علی پور، احمد، جان بزرگی، مسعود، برزگر قاضی، کمال (۱۳۹۰)، *اثربخشی تنش زدایی تدریجی بر تنیدگی ادراک شده بیماران مبتلا به فشارخون اساسی*، *مجله روانشناسی بالینی*، سال سوم، شماره ۱، ۷۹-۸۸.
- حق دوست، علی اکبر، صادقی راد، بهنام (۱۳۸۵)، *متاآنالیز فشارخون در ایران*، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دوره ۱۳، شماره ۲، ۶۴-۶۴.
- چوب فروش زاده، آزاده، کلانتری، مهرداد، مولوی،

مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دوره ۱۱ شماره ۴، ۲۹۴-۳۰۲.

جبل عاملی، شیدا، نشاط دوست، حمیدطاهر، مولوی، حسین (۱۳۸۹)، کیفیت زندگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دوره ۱۵، ۸۸-۹۷.

حمید، نجمه (۱۳۹۰)، اثربخشی مدیریت استرس بر افسردگی، اضطراب و ناباروری. مجله علوم رفتاری، دوره ۵ شماره ۱، ۵۵-۶۰.

محرابی، علی، فتی، لادن، دوازده امامی، محمد حسن، رجب، اسدالله (۱۳۸۷)، اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری بر کنترل قندخون و کاهش مشکلات هیجانی بیماران دیابتی نوع ۱، مجله دیابت و لیپید ایران، دوره ۱۸، شماره ۲، ۱۰۳-۱۱۴.

نریمانی، محمد، عطادخت، اکبر، احدی، بتول، ابوالقاسمی، عباس و زاهد، عادل (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کاهش علائم روانشناختی و کنترل قندخون بیماران دیابتی. مجله روانشناسی سلامت، دوره ۱، شماره ۳.

حسین (۱۳۹۰)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان نابارور، مجله زنان مامایی و نازایی ایران، دوره ۱۴، شماره ۱، ۲۱-۲۱.

دیویسون، ج. سی، نیل، ج. ام، کرینگ، آن. ام. (۱۳۸۸)، آسیب شناسی روانی، ترجمه شمسی پور، جلد اول، تهران: ارجمند.

فلاح زاده، هاجر (۱۳۸۲)، بررسی تأثیر روان درمانی شناختی، آرام سازی عضلانی و اثر ترکیبی این دو روش در کاهش فشارخون اساسی زنان ۵۹-۲۵ ساله شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه خوارزمی.

کاوایانی، حسین، موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۰)، مصاحبه و آزمون های روانی، تهران: پژوهشکده علوم شناختی.

نیکخو، محمدرضا، آوادیس یانس، هامایاک (۱۳۸۸)، متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی/انجمن روانپزشکی آمریکا، تهران: سخن.

ستوده اصل، نعمت، نشاط دوست، حمیدطاهر، کلانتری، مهرداد، طالبی، هوشنگ، خسروی، علیرضا (۱۳۸۹)، مقایسه دو روش دارودرمانی و درمان شناختی-رفتاری بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی،

that work, masochist.

Antoni MH, Lechner SC, Kazi A, Wimberly SR, Sifre T, Urecuyo KR, et al. (2006), How stress management improves quality of after treatment for breast cancer. *Journal Consulting and clinical psychology*; 74(6): 1143.

Davydov, D.M., Stewart, R., Ritchie, K., Chaudieu, I. (2012), Depressed mood and blood pressure: The moderating effect of situation-specific arousal levels. {HYPERLINK

"http://www.sciencedirect.com/science/journal/01678760" }o "Go to

Adams JH, Aubert RE, Clark VR. (1999), The relationship among John Henryism, hostility, perceived stress, social support, and blood pressure in African-American college students. *Ethnicity Disease*. 9:359-368.

Albright, G.L., Andreassi, J.L., Brockwell, A.L. (1991), Effects of stress management on blood pressure and other cardiovascular variables. *International Journal of Psychology*. 11(2). 213-217.

Antoni Mh, Ironson G, Schneiderman N. (2007), cognitive behavioral stress management: *workbook, treatment*

- International Journal of Psychophysiology on SciVerse ScienceDirect*"} in Press.
- Denni K, Eugene B, Anthony F, Stephan H, Danl L, Larry J, et al. (2005), *Harrison's principle of internal medicine*. 16th ed. New York, 1463-70.
- Granath J, Ingvarsson S, Thiele UV, Lundberg U. Stress management(2006), A randomized study of cognitive behavioral therapy and yoga. *Cognitive Behavior Therapy*, 35: 3-10.
- Lee M, Entzming L.(2006), Risk factor of hypertension & correlates of pressure in memorial hospital, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand* , 8(89): 1213- 1221.
- Linden W.(2005),*Stress management: from basic science to better practice*.1st ed. Philadelphia:SAGE publication:5-83
- Jaarsveld, C. H. M., Sanderman, R., Ranchor, A. V., Ormel, J., Veldhuisen, D. J. & Kempen, G. J. (2002), Gender- Specific change in quality of life following cardiovascular disease: A Prospective study. *Journal of Clinical Epidemiology* 55(6), 1105- 12.
- Smith Jonathan C.(2002), *Stress Management: A Comprehensive Handbook of Techniques and Strategies*. New York: Springer Publishing.
- Penedo FJ,Trager LL,Dahn J,Moltonal .(2007),Cognitive behavioral stress management intervention Improves quality of life in Spanish monolingual Hispanic men treated for localized prostate cancer : results of a randomaized controlled trail .*International Journal behavior Medicine*.Philadelphia.;14(3): 164.
- Pilgrim.JA.(1994). Psychological aspects of high and low blood pressure.*Psychological Medicine*,24(1).9-14.
- Pointer.MA,Livingston.JN,Yancey.S,McClelland.MK.Bukoski.RD(2008), *Psychosocial factors contribute to resting blood pressure in African Americans*.ChambersBiomedical/Bio technology Research Institute, North Carolina Central University, Durham, North Carolina 27707, USA.18(3):289-93.
- Valk JM.(1957), Blood-pressure changes under emotional influences, in patients with essential hypertension, and control subjects. *Journal of Psychosomatic Research* 2: 134-46.
- WHO.(2006), *Cause of death*, Center for Global. Into Regional Studies (CGIRS) at the University of California Santa C, 120-140.
- Yun.L,Liu.K,Matthews.K,Daviglus.M,Ferguson .F,(2003), Psychosocial Factors and Risk of HypertensionThe Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study.*JAMA*,290(16):2138-2148.
- Yung,P,Ketler.A(1996), A controlled comparison on the effect of muscle and cognitive relaxation procedures on blood pressure: implications for the behavioural treatment of borderline hypertensives. {HYPERLINK "http://www.sciencedirect.com/science/journal/00057967" }o "Go to Behaviour Research and Therapy on SciVerse ScienceDirect"} ,34(10).821-826.