

تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر کاهش آشفتگی روانی و افزایش کیفیت زندگی بیماران فشار خونی

ساره شاکریان^۱، حمیده قربانی^۲

^۱ متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار، گروه آموزش جامعه نگر علوم سلامت، دانشکده مجازی آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد آموزش جامعه نگر علوم سلامت، گروه آموزش جامعه نگر، دانشکده مجازی آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، مدیر مرکز آموزش بهورزی شهرستان هرسین، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (نویسنده مسئول)

چکیده

زمینه تحقیق و هدف: هدف از این پژوهش، بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر کاهش آشفتگی روانی و افزایش کیفیت زندگی بیماران فشار خونی بود. **روش مطالعه:** این پژوهش از لحاظ ماهیت جز تحقیقات کاربردی و از لحاظ اجرا جز تحقیقات نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران فشار خونی مراجع کننده به مراکز درمانی شهر هرسین در سال ۱۳۹۹ بود. از بین جامعه آماری، ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس در دو گروه آزمایشی و کنترل (در هر گروه ۳۰ نفر گروه آزمایش و ۳۰ نفر گروه کنترل) انتخاب شد. ابزار های پژوهشی مورد استفاده پرسشنامه های آشفتگی روانی کسلر (۲۰۰۳) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۶) بود. گروه آزمایش در طول هشت جلسه، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه آموزش مهارت های زندگی دریافت کردند و پس از سه ماه پیگیری به عمل آمد. **نتایج:** یافته ها نشان داد آموزش مهارت های زندگی با توجه به میانگین آشفتگی روانی بیماران فشار خونی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش آشفتگی روانی گروه آزمایش شده است. میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۱ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۱ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون آشفتگی روانی مربوط به تاثیر آموزش مهارت های زندگی می باشد. مهارت های زندگی با توجه به میانگین آشفتگی روانی بیماران فشار خونی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب بهبود آشفتگی روانی گروه آزمایش شده است. میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پیگیری آشفتگی روانی مربوط به تاثیر مهارت های زندگی می باشد. آموزش مهارت های زندگی با توجه به میانگین کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش شده است. میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون کیفیت زندگی مربوط به تاثیر آموزش مهارت های زندگی می باشد. آموزش مهارت های زندگی با توجه به میانگین کیفیت زندگی بیماران فشار خونی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش شده است. میزان تاثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۲ می باشد، به عبارت دیگر، ۵۲ درصد تفاوت های فردی در نمرات پیگیری کیفیت زندگی مربوط به تاثیر مهارت های زندگی می باشد. **بحث و نتیجه گیری:** آموزش مهارت های زندگی بر کاهش آشفتگی روانی و افزایش کیفیت زندگی بیماران فشار خونی که می تواند از طریق متغیرهای اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی، شناخت بیماران فشار خونی را تغییر دهد و آنها را قادر سازد که عقیده مثبت تری در کنترل خودشان داشته باشند.

واژه های کلیدی: آموزش مهارت های زندگی، آشفتگی روانی، کیفیت زندگی، بیماران فشار خونی

مقدمه

فشار خون یکی از علائم اصلی حیات است، هنگامی که سرخرگ های بزرگ، قابلیت ارتجاع و استحکام طبیعی خود را از دست بدهند و عروق کوچک نیز باریکتر شوند، فشار خون بالا می رود. فشار خون بالا گاهی کشنده بی سر و صدا نامیده می شود، زیرا تا مراحل انتهایی اکثراً هیچ علامتی ندارد. فشارخون به طور طبیعی در اثر استرس و فعالیت بدنی بالا می رود، اما فردی که دچار بیماری فشارخون بالا است، به هنگام استراحت نیز فشارخونش بالاتر از حد طبیعی است. اصولاً فشارخون در بخش های مختلف سیستم گردش خون متفاوت است ولی در اندازه گیری، فشار خون به دو نوع فشارخون سیستولی و دیاستولی مجزا می شود. فشار خون سیستولی معمولاً به فشار خونی که در سرخرگ های است گفته می شود و فشارخون دیاستولی به فشارخون ورید گفته می شود. معمول ترین روش اندازه گیری فشار خون به وسیله فشارسنج است که با استفاده از ارتفاع جیوه برای اندازه گیری فشار خون در حال چرخش در رگ ها استفاده می کند. فشارخون طبیعی براساس قرارداد برای فشارخون سیستولی پائین تر از ۱۲۰ میلی متر جیوه و برای فشارخون دیاستولی پائین تر از ۸۰ میلی لیتر جیوه است. شیوع فشارخون بالا در جوامع گوناگون متفاوت است. فشار خون بالا خصوصاً در افراد مسن بسیار شایع است. تقریباً در حدود یک نفر از هر چهار نفر از فشار خون بالا رنج می برند. در بیماران جوان تر در مردان شایعتر است ولی در سنین بالاتر در زنان بیشتر از مردان دیده می شود. به طور کلی با افزایش سن خطر ابتلا افزایش می یابد (۸).

عاملی که می تواند بیماران فشار خونی را تحت تاثیر قرار دهد آشفتگی روانی است که همان علائم اضطرابی و افسردگی هست. اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشاء ناشناخته، که به فرد دست می دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی است. وقوع مجدد موقعیت هایی که قبلاً استرس زا بوده اند یا طی آن ها به فرد آسیب رسیده است باعث اضطراب در افراد می شود. همه انسان ها در زندگی خود دچار اضطراب می شوند، ولی اضطراب مزمن و شدید غیرعادی و مشکل ساز است. اضطراب به معنای واکنش فرد در مقابل یک موقعیت تهدیدآمیز، یعنی موقعیتی که در آن فرد توانایی مهار محرکات بیرونی یا درونی را ندارد، است. اضطراب یک حالت احساسی - هیجانی است که از خصوصیات برجسته آن، ایجاد حالت بی قراری و دلواپسی است که با اتفاقات زمان و شرایط مکان تناسب ندارد. (۱۹).

اضطراب هنگامی در فرد بروز می کند که شرایط استرس زا در زندگی او بیش از حد طولانی شود یا به طور مکرر رخ دهد، و یا اینکه دستگاه عصبی بدن نتواند به مرحله مقاومت تنیدگی پایان دهد و بدن برای مدتی طولانی همچنان بسیج باقی بماند. در این صورت بدن فرسوده و در برابر بیماری های جسمی و روانی (مانند اضطراب) آسیب پذیر می شود (۱۱).

متغیر دیگری که همراه با اضطراب در بیماران فشار خونی وجود دارد افسردگی است. افسردگی یکی از انواع اختلالات روانی است که طی آن فعالیت های بیمار، به شدت کاهش پیدا می کند و در واقع، او انگیزه ای برای انجام دادن بسیاری از کارها نخواهد داشت. فرد افسرده انرژی و مهارت های زندگی اش کاهش پیدا می کند و تمرکز حواس وی نیز به میزان زیادی پایین می آید. گاهی پرخاشگر و گاهی ناامید است. احساس گناه در او بسیار قوی است. علاوه بر این که خود بیمار از اهدافش در زندگی باز می ماند و باعث کاهش فعالیت های اجتماعی و تولیدی می شود، این اختلال در مجموعه ای از علائم (نشانگان) بروز می یابد که بر اساس کمیت و کیفیت و مدت زمان دارا بودن این علائم، می توان تشخیص داد که فرد به یکی از انواع افسردگی مبتلا شده است. البته باید توجه داشت که این اختلال در نشانگان ظاهر می شود و فقط با یک نشانه نمی توان به افسردگی پی برد (۴).

یکی از عواملی که می تواند بر زندگی بیماران، موثر واقع شود کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی به دلیل گسترش روند صنعتی شدن و پیشرفت فناوری که توجه به بعد کمی زندگی انسان را مدنظر قرار می دهد و همچنین به دنبال غفلت از

anxiety

depression

جنبه‌های کیفی زندگی انسان، طی چند دهه گذشته در کشورهای غربی مورد توجه اندیشمندان و متفکران علوم انسانی قرار گرفته است. توسعه بیش از پیش زندگی مدرن که خود را با تولید انبوه کالاها و خدمات متنوع در بعد کمی نشان می‌دهد، مشکلات زیادی برای بشر امروزی به ارمغان آورده است. به همین دلیل توجه بسیاری از دانشمندان و صاحب‌نظران به مفهوم کیفیت زندگی معطوف گشته تا از این طریق، تلاش‌هایی در راستای ارتقای شرایط زندگی و بهبود بخشیدن به بعد کیفی زندگی بشر صورت دهند (۳۶).

یکی از آموزش‌های مفید در جوامع امروزی جهت حل مشکلات روحی و روانی افراد صورت می‌گیرد آموزش مهارت‌های زندگی است. سازمان جهانی بهداشت مهارت‌های زندگی^۳ را چنین تعریف نموده است: توانایی انجام رفتار سازگارانه و مثبت به گونه‌ای که فرد بتواند با چالش‌ها و ضروریات زندگی روزمره خود کنار بیاید. بطور کلی مهارت‌های زندگی عبارتند از توانایی‌هایی که منجر به ارتقای بهداشت روانی افراد جامعه، غنای روابط انسانی، افزایش سلامت و رفتارهای سلامتی در سطح جامعه می‌گردند. مهارت‌های زندگی هم به صورت یک راهکار ارتقای سلامت و عزت نفس و هم به صورت ابزاری در پیشگیری از آسیب‌های روانی - اجتماعی مبتلا به جامعه نظیر اعتیاد، خشونت‌های خانگی و اجتماعی، آزار کودکان، خودکشی، ایدز و طلاق موارد مشابه قابل استفاده است به طور کلی مهارت‌های زندگی ابزاری قوی در دست متولیان بهداشت روانی جامعه در جهت توانمندسازی جوانان در ابعاد روانی - اجتماعی است. این مهارت‌ها به افراد کمک می‌کنند تا مثبت عمل کرده، هم خودشان و هم جامعه را از آسیب‌های روانی - اجتماعی حفظ کرده و سطح بهداشت روانی خویش و جامعه را ارتقاء بخشند (۱۸).

قدرت سازگاری افراد در جامعه‌ی انسانی برابر نیست. در یک محیط مشابه اجتماعی، برخی‌ها، توان مقابله با مشکلات و انتظارات را در اندک زمانی از دست می‌دهند و خیلی زود در دام انزوا و افسردگی یا عملکرد نامناسب (رفتار ضد اجتماعی، تخریبی و ...) گرفتار می‌شوند. در مقابل عده‌ای با اندیشه و تحلیل موقعیت، به رفتاری سازگارانه و همراه با تحمل روی می‌آورند. آنان همواره به راه‌های مؤثر و مفید می‌اندیشند و به درستی می‌دانند که راهی برای حل مسئله وجود دارد. ظرفیت روان‌شناختی یک فرد عبارت است از «توانایی شخص در مواجهه با انتظارات و دشواری‌های زندگی روزمره». بالا بردن ظرفیت روان‌شناختی، این امکان را به شخص می‌دهد که زندگی خود را در سطح مطلوب روانی نگه دارد و این توانایی را به صورت رفتار سازگارانه و عمل مؤثر و مثبت متبلور سازد (۱۳).

رشد انسان در زمینه‌های روانی، اجتماعی، جسمانی، جنسی، شغلی، شناختی، الگو (خود) اخلاقی و عاطفی صورت می‌گیرد هر یک از زمینه‌ها نیازمند مهارت و توانایی می‌باشد. در واقع می‌توان گفت که تکامل مراحل رشدی وابسته به مهارت‌های زندگی است. زمانی که افراد مهارت‌های زندگی اساسی را کسب نمایند در عملکرد بهینه خود پیشرفت می‌کنند. آموزش مهارت‌های زندگی نقش اساسی را در بهداشت روانی ایفا می‌کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود نقش برجسته‌تری خواهد داشت. به طور تعیین می‌توان گفت که بسیاری از نوروژها و سایکوزها ناشی از نقص در رشد مهارت‌های زندگی اساسی است. بنابراین با توجه آنچه گفته شد هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش آشفتگی روانی و افزایش کیفیت زندگی بیماران فشارخونی بود.

روش پژوهش

این پژوهش از لحاظ ماهیت جز تحقیقات کاربردی و از لحاظ اجرا جز تحقیقات نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران فشارخونی مراجع‌کننده به مراکز درمانی شهر هرسین در سال ۱۳۹۹ بود. از بین جامعه آماری، ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه آزمایشی و کنترل (در هر گروه ۳۰ نفر گروه آزمایش و ۳۰ نفر گروه کنترل) انتخاب شدند. معیار ورود و خروجی آزمودنی‌ها به این شرح بود که از بیماران فشارخونی مراجع‌کننده به مراکز درمانی شهر هرسین جهت مراقبت مراجعه داشتند با همکاری

مراقبین سلامت مرکز، افراد را بصورت دردسترس و هدفمند انتخاب و جهت آموزش در کلاس آموزش از آنها فراخوان بعمل آمد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از دو پرسشنامه استاندارد شده استفاده شده است.

۱) پرسشنامه آشفتگی روان شناختی: این پرسشنامه ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی است که کسلر و همکاران در سال ۲۰۰۳ به صورت ۱۰ سوالی تدوین و در مطالعات مختلف از آن استفاده کردند، برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی، کارایی ۱۰ آیتمی بیشتر است. شیوه نمره گذاری آن؛ هر ماده به کمک ۵ گزینه (۰ = هیچ وقت تا ۴ = همیشه) به هرکدام از این گزینه‌ها بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره داده می‌شود (صفر برای هیچ وقت و ۴ برای همیشه) نمره گذاری می‌شوند که بصورت لیکرتی از هیچ وقت تا همیشه است. لذا بیشترین نمره در ۱۰ آیتمی برابر ۴۰ است وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۹۱).

فوروکاوا، کسلر، اسلید، آندروز^۴ (۲۰۰۱) در یک مطالعه ی کشوری، پرسشنامه K10 را مورد اعتباریابی قرار دادند. آنها نتیجه گرفتند که برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی فرم K10 کارایی بالایی دارد (ویکتورین^۵؛ ۲۰۰۱). وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۹۱) در یک مطالعه ی پژوهشی، پایایی پرسشنامه ی کسلر را با روش آلفای کرونباخ برابر ۸۳/۰ بدست آوردند.

۲) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی (WHO) یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارت‌اند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با استفاده از ۲۴ سؤال مورد سنجش قرار می‌دهد (چهار حیطه به ترتیب دارای ۷ و ۶ و ۳ و ۸ سؤال می‌باشند). در ضمن این پرسشنامه دو سؤال دیگر نیز دارد که به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی قرار می‌دهد. در این پژوهش از این دو سؤال برای بررسی روایی چهار حیطه پرسشنامه استفاده شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک طیف لیکرت و در دامنه‌ای بین ۱ تا ۵ می‌باشد. این پرسشنامه توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی در بیش از ۴۰ کشور جهان ترجمه و مورد اعتبارسنجی واقع شده است. در ایران ساعتچی (۱۳۷۷) این پرسشنامه را به فارسی ترجمه کرد برای اعتبارسنجی این ابزار ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران را بصورت تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار داد. شرکت‌کنندگان براساس وجود یا عدم وجود بیماری مزمن یا غیرمزمن به ادعای خود، به چهار گروه تقسیم گردیدند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد. روایی پرسشنامه با قابلیت تمایز این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد و جهت سنجش عوامل ساختاری از پرسشنامه ماتریس استفاده شد. مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمامی حیطه‌ها بالای ۰/۷ ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود که می‌تواند به علت تعداد سؤالات کم در این حیطه یا حساس بودن سؤالات آن باشد.

^۴Furukawa, Kessler, Slade, Andrews

^۵Victorine

^۶WHOQOL-BREF

از طرفی در ۰/۸۳ موارد همبستگی هر سؤال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. امتیازهای گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف اختلاف معنی‌دار داشتند. همچنین در تحقیق شبکی (۱۳۸۸) ضرایب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ می‌باشد (۲۵).

روش اجرای پژوهش:

بعد از مشخص کردن نمونه به روشی که ذکر شد به تعداد آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گروه کنترل برگه سؤال و پاسخ نامه آماده کرده و با هماهنگی به عمل آمده در موعد مقرر در یکی از مراکز درمانی شهر هرسین، با تشریح کلی کار و توجیه افراد جهت شرکت در این آزمون و تحقیق، از آنها خواسته شد که نهایت همکاری را با پژوهشگر داشته و تا پایان دوره انصراف ندهند سپس به تعداد آنها که ۶۰ نفر بودند برگه سؤالات پیش آزمون آشفستگی روانی و کیفیت زندگی توزیع گردید. پس از اتمام پیش آزمون برنامه کلاسهای آموزش مهارتهای زندگی به گروه آزمایشی که شامل ۳۰ نفر هستند داده شد. این آموزشها ۸ جلسه ۲ ساعته طول کشید برای این آموزش از یکجای آموزشی مهارتهای زندگی، کتابهای معتبر آموزش مهارتهای زندگی، جزوه ها و سی دی ها و سخنرانی های مختلف در زمینه مهارتهای زندگی استفاده شد. در این آموزشها شش مهارت (جرات ورزی، خود آگاهی، مهارت تصمیم گیری، مهارت مقابله با استرس و فشار روانی) اکثر از همه مورد تأکید قرار گرفت. هرکدام از این مهارتها دو یاسه جلسه را به خود اختصاص دادند. بعد از اتمام جلسات آموزش، دوباره از هر دو گروه دعوت به عمل آمد و در همان شرایط آزمون اولی دوباره آزمون آشفستگی روانی و کیفیت زندگی از افراد به عمل آمد (پس آزمون). این آزمون نیز مانند آزمون اولی یعنی پیش آزمون، تفسیر و نتیجه و نمرات آن نیز ثبت گردید تا پژوهشگر تأثیرات متغیر پیش بین بر متغیرملاک را ارزیابی کند. از آنجایی که پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود لذا اکثر متغیر های مزاحم آن کنترل شدند.

جدول ۱ خلاصه جلسات آموزش مهارت های زندگی

اهداف یادگیری در این مهارت به شرح زیر می باشد. ۱- رفتارهای جراتمندانه، پرخاشگرانه و منفعلانه ۲- تعریف جراتمندی ۳- معایب عدم جراتمندی ۴- در چه مواقعی به جراتمندی نیاز داریم؟	مهارت شناخت اول و دوم خود (جرات ورزی)
اهداف یادگیری در این مهارت به شرح زیر می باشد. ۱ - آگاهی از ویژگی های مثبت خود. ۲ - شناخت ویژگی های قابل تغییر خود. ۳ - شناخت استعدادها و توانمندی ها. و آشنایی با نظرات دیگران در مورد خود. ۴ - آگاهی از ویژگی های منفی خود.	مهارت شناخت دوم و سوم خود (خود آگاهی)

<p>اهداف یادگیری در این مهارت به شرح زیر می باشد. مهارت های ذهنی شامل: ۱ - آشنایی با مفهوم تصمیم گیری. ۲- آشنایی با فرایند و روش تصمیم گیری. ۳ - آشنایی با عوامل مؤثر در تصمیم گیری. ۴ - درک اهمیت پیامد های هر تصمیم پیش از اتخاذ آن.</p>	<p>مهارت، تصمیم گیری چهارم و پنجم</p>
<p>اهداف یادگیری این مهارت به شرح زیر می باشد. ۱ - آشنایی با مفهوم استرس. ۲ - آشنایی با فواید اضطراب و فشار روانی ۳ - درک اهمیت تأثیر افکار بر احساسات. ۴ - آشنایی با روش آرام سازی عضلات.</p>	<p>مهارت مقابله با استرس و فشار روانی ششم، هفتم و هشتم</p>

یافته ها

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره آشفستگی روانی و کیفیت زندگی بیماران فشار خونی گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و دوره پیگیری

تعداد	انحراف معیار	میانگین	شاخص آماری	مرحله	متغیر
			گروه		
۳۰	۷/۵۱	۳۱/۱۵	کنترل	پیش آزمون	آشفستگی روانی
۳۰	۷/۱۱	۳۰/۰۷	آزمایش		
۳۰	۶/۷۴	۲۹/۹۲	کنترل	پس آزمون	
۳۰	۶/۵۳	۲۴/۷۶	آزمایش		
۳۰	۵/۱۵	۲۱/۶۹	آزمایش	پیگیری	
۳۰	۷/۸۷	۴۳/۵۳	کنترل	پیش آزمون	
۳۰	۷/۴۶	۴۲/۹۲	آزمایش		
۳۰	۷/۹۲	۴۱/۶۱	کنترل	پس آزمون	
۳۰	۸/۲۸	۵۶/۸۴	آزمایش		
۳۰	۹/۱۱	۵۹/۳۲	آزمایش	پیگیری	

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره آشفستگی روانی و کیفیت زندگی بیماران فشار خونی گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و دوره پیگیری را نشان می دهد.

جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون آشفستگی روانی و کیفیت زندگی بیماران فشار خونی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۷۸۶	۲	۵۷	۲۵/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۱۴	۲	۵۷	۲۵/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۳/۶۶۶	۲	۵۷	۲۵/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۳/۶۶۶	۲	۵۷	۲۵/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین بیماران فشار خونی گروه های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای وابسته (آشفستگی روانی و کیفیت زندگی) تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($F \cong 25/87$ و $p < 0/0001$). بنابراین فرضیه اصلی تأیید می گردد. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، دو تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول زیر ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۶ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۶ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون آشفستگی روانی و کیفیت زندگی مربوط به تأثیر آموزش مهارت های زندگی می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

سوال اول: آیا آموزش مهارت های زندگی بر کاهش آشفستگی روانی در گروه مداخله و کنترل بلافاصله بعد از آموزش تأثیر دارد؟

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون آشفستگی روانی بیماران فشار خونی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۷۵۲/۶۸	۱	۷۵۲/۶۸	۲/۷۷	۰/۱۰۷	۰/۰۹	۰/۹۹۲
گروه	۱۸۵/۲۱	۱	۱۸۵/۲۱	۲۳/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹۹
خطا	۹۶/۵۵	۵۷	۱۲/۴۸				

همان طوری که در جدول ۴ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین بیماران فشار خونی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ آشفستگی روانی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F \cong 23/31$ و $p < 0/0001$). بنابراین سوال اول تأیید می گردد. به عبارت دیگر، آموزش مهارت های زندگی با توجه به میانگین آشفستگی روانی بیماران فشار خونی گروه آزمایش

نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش آشفته‌گی روانی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۱ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس از آزمون آشفته‌گی روانی مربوط به تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی می‌باشد.

سوال دوم: آیا آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش آشفته‌گی روانی در گروه مداخله و کنترل سه ماه بعد از آموزش تأثیر دارد؟

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس از آزمون آشفته‌گی روانی و کیفیت زندگی در بین بیماران فشارخونی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پس از آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذورات	توان آماری
پس از آزمون	۶۱۵/۱۹	۱#	۶۱۵/۱۹	۴/۷۱	۰/۰۴۱#	۰/۱۷	۰/۵۴
گروه	۱۴۵/۷۵	۱	۱۴۵/۷۵	۲۸/۹۵#	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۶۴
خطا	۷۶/۰۳	۵۷	۱۸/۰۸				

همان طوری که در جدول ۵ نشان داده شده است با کنترل پس از آزمون بین بیماران فشارخونی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ آشفته‌گی روانی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F \cong 28/95$ و $p < 0/0001$). بنابراین سوال دوم در مرحله پیگیری تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، مهارت‌های زندگی با توجه به میانگین آشفته‌گی روانی بیماران فشارخونی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب بهبود آشفته‌گی روانی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری آشفته‌گی روانی مربوط به تأثیر مهارت‌های زندگی می‌باشد.

سوال سوم: آیا آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش کیفیت زندگی در گروه مداخله و کنترل بلافاصله بعد از آموزش تأثیر دارد؟

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس از آزمون کیفیت زندگی بیماران فشارخونی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش از آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذورات	توان آماری
پیش از آزمون	۱۵۲	۱#	۱۲۵۶/۵۲	۴۸/۴۲	۰/۰۰۰۱#	۰/۶۴	۱/۰۰
گروه	۱۲۱	۱	۱۱۵۲/۲۱	۲۵/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰۰
خطا	۲۶/۳۲	۵۷	۱۱/۵۶				

همچنین همان طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش از آزمون بین بیماران فشارخونی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F \cong 25/34$ و $p < 0/0001$). بنابراین سوال سوم تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی با توجه به میانگین کیفیت زندگی بیماران فشارخونی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با

۰/۴۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون کیفیت زندگی مربوط به تأثیر آموزش مهارت های زندگی می باشد.

سوال چهارم: آیا آموزش مهارت های زندگی بر افزایش کیفیت زندگی در گروه مداخله و کنترل سه ماه بعد از آموزش تأثیر دارد؟

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی در بین بیماران فشار خونی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پس آزمون

توان آماری	مجذو راتا	سطح معنی داری p	F	میانگین مجذورات	درج ه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	نوع آزمون
۰/۰۵۴	۰/۰۰۲	۰/۸۴	۰/۰۴#	۱۱۲۳/۴۲#	۱	۱۱۲۳/۴۲#	پس آزمون	کیفیت زندگی
۰/۸۳۷	۰/۵۲	۰/۰۰۰۱	۲۹/۴۳#	۳۳۶/۱۲	۱	۳۳۶/۱۲	گروه	
				۳۵/۶۱	۵۷	۸۱۹/۰۳	خطا	

همان طوری که در جدول ۷ نشان داده شده است با کنترل پس آزمون بین بیماران فشار خونی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F \cong 29/43$). بنابراین سوال چهارم در مرحله پیگیری تأیید می گردد. به عبارت دیگر، آموزش مهارت های زندگی با توجه به میانگین کیفیت زندگی بیماران فشار خونی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۲ می باشد، به عبارت دیگر، ۵۲ درصد تفاوت های فردی در نمرات پیگیری کیفیت زندگی مربوط به تأثیر مهارت های زندگی می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر کاهش آشفتگی روانی و افزایش کیفیت زندگی بیماران فشار خونی بود که بر اساس دو فرضیه تدوین شده نتایج و تبیین آنها در ذیل پرداخته شد: نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین بیماران فشار خونی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ آشفتگی روانی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش مهارت های زندگی با توجه به میانگین آشفتگی روانی بیماران فشار خونی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش آشفتگی روانی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۱ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۱ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون آشفتگی روانی مربوط به تأثیر آموزش مهارت های زندگی می باشد. نتایج نشان داد با کنترل پس آزمون بین بیماران فشار خونی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ آشفتگی روانی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، مهارت های زندگی با توجه به میانگین آشفتگی روانی بیماران فشار خونی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب بهبود آشفتگی روانی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پیگیری آشفتگی روانی مربوط به تأثیر مهارت های زندگی می باشد. در تبیین نتیجه این دوسوال می توان گفت که سلامتی و تندرستی مفهومی فراتر از نداشتن بیماری و برخورداری از یک نیروی حیاتی و شور و شوق برای زندگی است؛ به عبارتی، افراد سالم از بیماری هایی مانند اضطراب، افسردگی و فشار روانی دور بوده و ویژگی

های فیزیکی، تغذیه و شرایط عاطفی، آنها را بدون هیچ گونه احساس خستگی قادر به انجام کارهای روزمره می سازد. برای دستیابی به سلامت کامل و در نهایت تندرستی مطلوب، ایجاد شرایط رفاهی مناسب و بهزیستی، ضروری به نظر می رسد (۸). بعضی شواهد حاکی از آن است که ترس و استرس، در شروع و پیشرفت بیماری نقش دارد. نتایج تعدادی از بررسی ها نشان می دهد که بروز بعضی از انواع بیماری ها در کودکان و بزرگسالان با میزان استرسی که به آنها وارد شده، مرتبط است هر چند اثبات اینکه فشار روانی موجب بیماری می شود غیرممکن است با این حال، حالت های روان شناختی می تواند بر بیماری جسمانی تأثیر بگذارد (۱۶). بحران های ناشی از بیماری سبب نبود تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روح می شود، اما بیشترین حالت در این دوره برای بیمار حس یأس و ناامیدی است. ماهیت این بیماری به گونه ای است که هویت و شخصیت کودکان و نوجوانان مبتلا را به خطر می اندازد و آنها را با مسایلی همچون اضطراب، افسردگی، ناامیدی، احساس انزوای اجتماعی، ترس از مرگ و... روبه رو می سازد (۱۳). یکی از آموزش های تاثیر گذار بر تقویت روحیه بیماران فشار خونی مهارت های زندگی است. مهارت های زندگی به مجموعه ای از توانایی ها گفته می شود که زمینه سازگاری رفتار مثبت و مفید را فراهم می آورد و این توانایی، فرد را قادر می سازد که ضمن پذیرش مسئولیت های اجتماعی خود، بدون لطمه زدن به خود و دیگران بتواند به شکل موثری با خواست، انتظارات و مشکلات روزانه در روابط بین فردی روبرو گردد. هر فردی در زندگی با موقعیتهایی روبرو می شود که اگر به درستی عمل نکند، سلامت روانی خود و دیگران را به خطر می اندازد. این موقعیتهای مختلف هستند مثلاً چگونه با دوستان و اطرافیان ارتباط برقرار کند، چگونه مسئولیت های جدید را بپذیرد، چگونه تصمیم بگیرد، چگونه مشکلات را حل کند، چگونه با ترس، اضطراب، ناکامی، افسردگی و فشارهای روانی مقابله کند. آموزش مهارت های زندگی می تواند کمک کننده باشند. این مهارت ها به افراد و خانواده ها کمک می کنند با موقعیت های زندگی، بخصوص موقعیت های پر خطر به طور صحیح برخورد نمایند. وقتی افراد این مهارت ها را کسب می کنند می توانند در ایجاد ارتباط با دیگران سازگاران عمل نمایند و بدون توسل به اعمالی که به خود و یا دیگران صدمه می زند، مشکلات را حل نماید. اضطراب، افسردگی، تنهایی، کم رویی و شکست، بیماری، درد، ضربه های روحی و... انسان قرن حاضر این واژه ها را به خوبی می شناسد. او نیز می داند که اگر مهارت های مقابله با این چالش ها را بیاموزد و آن ها را در زندگی به کار گیرد آرام او التیام یافته، نشاط، شادابی و سلامت روانی خویش را باز می یابد و به سوی تعادل و سازگاری اجتماعی پیش خواهد رفت. همچنین در تبیین این نتیجه می توان اظهار داشت که زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس های مربوط به اضطراب، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آن ها باعث کاهش واکنش های هیجانی که معمولاً توسط نشانه های اضطراب برانگیخته شده است می گردد. از سویی دیگر می توان اظهار داشت آموزش مهارت های زندگی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه منعطف روی محرک های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، مبتلایان به اختلالات اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیددی در مورد عملکرد رها کرده و با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و بر گرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می گردد.

در نهایت باید اذعان داشت که یافته های این پژوهش همسو با پژوهش براون و رایان (۲۰۱۸) می باشد. آنها در پژوهش خود نشان دادند افزایش توجه و آگاهی نسبت به هیجانات و تمایلات عملی مثبت از وجوه مثبت پذیرش و تعهد است و آموزش مهارت های زندگی باعث افزایش احساس بدون قضاوت شده و به آگاهی از هیجانات و پذیرش آنها کمک می کند. این یافته همسو با یافته پژوهش برایتون و جاکوبز (۲۰۱۹) نیز می باشد. آنها در پژوهش خود نشان دادند که آموزش مهارت های زندگی منجر به تنظیم هیجانات و کاهش واکنش های هیجانی در موقعیت های اجتماعی اضطراب برانگیز می گردد. مشکلات هیجانی تجربه شده توسط بیماران مبتلا به فشار خون شامل عدم آگاهی از حالات هیجانی خود، و همچنین عدم توانایی برای تنظیم هیجانات می باشد (ورنر، گولدن، بال، هیمبرگ و گراس، ۲۰۱۱) و بی نظمی هیجانی زمانی روی می دهد که افراد تجربیات هیجانی خود را نمی پذیرند و از هیجانات مرتبط با آن تجربه اجتناب می کنند (فروزیتی و ایورسون، ۲۰۰۴). از سویی دیگر در اکثر آموزش های موج سوم نظریه تبیین گر آسیب شناسی روانی، بد تنظیمی های هیجانی و ناآگاهی از واکنش هایی است که به صورت خودکار در برابر هیجان های منفی در تلاش برای کاهش آشفتگی روانی فعال می شوند. بر این اساس در بسیاری از

موارد روش‌های متمرکز بر تغییر مانند روش‌های بازسازی کلامی نمی‌توانند برای این نوع ویژگی‌های آسیب شناسانه چاره‌ساز باشند. به همین دلیل نظریه‌پردازان این رویکرد به دنبال شیوه‌هایی رفتند که با کمک به فرد در جهت فاصله‌گیری از فرایندهای درون روانی، اعتباربخشی به هیجان‌های دردناک، جهت‌دهی مجدد توجه و انعطاف‌پذیری آن، زمینه‌های تغییر را از راه پذیرش به وجود آورند (۱۸). آموزش مهارت‌های زندگی نیز علت اختلال‌های روانی را در ناآگاهی و بد تنظیمی‌های هیجانی و گیر افتادن در دام افکار منفی می‌داند. آموزش مهارت‌های زندگی به افراد کمک می‌کند تا این نکته را درک کنند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند (امانوئل و همکاران، ۲۰۱۰). افراد ذهن‌آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (براون، ۲۰۰۷). مشاهده افکار و هیجانات بدون سعی در اجتناب یا فرار از آن‌ها می‌تواند به‌عنوان نمونه‌ای از مواجهه تلقی شود که باعث خاموشی پاسخ‌های ترس و رفتارهای خودکار می‌گردد که به وسیله محرک‌های تهدید کننده، تقویت شده‌اند. از این رو توانایی تحمل هیجان‌های منفی و توانایی کنار آمدن با آن‌ها اثرات مفیدی را به دنبال دارد (۱۸). آموزش مهارت‌های زندگی قابلیت این را دارد که بر سیستم هیجانی افراد تأثیرگذار باشد، نگاه آن‌ها را به زندگی دگرگون کرده و کیفیت ارتباط آن‌ها را با خود، دیگران و دنیا از طریق پذیرش ارتقا بخشد.

آموزش مهارت‌های زندگی آموزشی است که اصول زیر بنایی آن پذیرش، یا تمایل به تجربه فشار روحی و یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار کردن آن‌ها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی است که بیش از حذف تجارب ناخواسته در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیر کلامی به شیوه ای است که منجر به کارکرد سالم شود. این روش آموزشی شامل تجربیات و تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون آرامش ذهنی است. آموزش مهارت‌های زندگی مربوط به آموزش افراد برای تمرکززدایی افکار و هیجان‌هایشان بدون اجتناب، انکار، یا سرکوب آن‌ها و مشاهده نزدیک این پدیده است و بنابراین بازداری از اجتناب تجربی و همچنین پذیرش غیرقضاوتگرانه و عدم واکنش به این پدیده را آموزش می‌دهد. براساس الگوی آموزش مهارت‌های زندگی، تمرکز ارادی روی افکار، هیجان‌ها، و احساسات به این روش، مقدار زیادی از توانایی فرد را برای پردازش توجهی به کار می‌گیرد، بنابراین توانایی اندکی برای نشخوار باقی می‌ماند. تغییر از حالت انجام دادن به حالت بودن مولفه‌ای کلیدی در آموزش مهارت‌های زندگی است که به بیماران کمک می‌کند تا تمرکززدایی کنند. حالت انجام دادن شامل تفکر بسیار در مورد آینده یا گذشته، و نبودن در لحظه‌ی حاضر است. حالت بودن حالتی بدون تلاش و بدون قضاوت است. تمرکززدایی مشابه با حالت بودن ذهن است. حالت انجام دادن وقتی است که بین این که چیزها چگونه هستند و چگونه انتظار می‌رود که باشند که به وسیله ذهن تعیین می‌شود اختلاف وجود دارد. سپس تفاوت‌ها به صورت خودکار احساسات منفی را فعال خواهند کرد که می‌تواند الگوی فکری همیشگی را راه اندازی کند، تا شخص را نسبت به حرکات و اعمالی سوق دهد تا درصدد رفع اختلاف بین حالت موجود و حالت مطلوب باشد. اگر اعمال به صورت موفقیت‌آمیزی این شکاف را کاهش دهد و حالت مطلوب حاصل شود، حالت انجام دادن از ذهن شخص خارج خواهد شد. اما اگر پس از اقدامات صورت گرفته، تفاوت‌ها باقی بماند ذهن در این حالت انجام دادن، پیرامون جستجوی اجباری برای راه‌های احتمالی نگه داشته خواهد شد تا این اختلافات را کاهش دهد. یک نظارت و ارزیابی پیوسته از پیشرفت مورد بحث هستند (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). چرخه‌ی تکراری جستجو، نظارت و ارزیابی، بسیاری از افکار و احساسات را ایجاد می‌کند، و این‌ها به جای رخدادهایی در ذهن واقعی در نظر گرفته می‌شوند. در همان زمان، ذهن ممکن است آن قدر درگیر اختلافات، حل مسئله، و تحلیل گذشته و آینده باشد که بیماران ممکن است از حالت یا تجربه‌ی حال حاضرشان غفلت کنند. سگال و همکاران (۲۰۰۲) دریافتند مشکل حالت انجام دادن این است که پردازش آن معمولاً ارادی، هشیار، و طراحی شده نیست؛ در عوض، نسبتاً به صورت خودکار به عنوان عادت ذهنی آغاز می‌شود و تداوم می‌یابد. علاوه بر این، در این فرآیند افکار و احساسات به عنوان خوب یا بد ارزیابی می‌شوند، که ذهن را وادار می‌سازد تا اهداف را برای حفظ افکار و احساسات خوب و کاهش افکار و احساسات بد تنظیم کند. بنابراین قضاوت و ارزیابی نسبت به نشخوار و حالت

انجام دادن درونی هستند. این چرخه‌ی تکراری حالت انجام دادن نهایتاً حس ناخشنودی و ناتوانی شخصی را به دلیل قضاوت و ارزیابی دایمی افزایش می‌دهد.

برخلاف حالت انجام دادن، حالت بودن شامل جستجو برای اختلافات بین حالت ذهنی جاری و حالت مطلوب نیست. همچنین شامل نظارت و ارزیابی پیوسته نیستند. در عوض، ذهن در حالت بودن کاملاً پذیرنده است و از تجربیات لحظه‌ی حاضر آگاه است. حالت بودن به جای تفکر و ارزیابی درباره‌ی حال، آینده، یا گذشته در حالت انجام دادن، به وسیله تجربه‌ی مستقیم، و فوری لحظه حاضر مشخص می‌شود. از طریق این روش جدید بودن، رابطه‌ی شخص با افکار و احساساتش تغییر داده می‌شود. در این حالت بودن، افکار و احساسات به عنوان رخداد‌های گذرای در ذهن، در نظر گرفته می‌شوند که از بین خواهند رفت (۲۳). در این حالت تمرکز دایمی به وسیله افکار و احساسات منفصل از اعمال هدف‌گرا شکل خواهد گرفت و افکار برای الحاق به احساسات خوشایند و کاهش یا اجتناب از احساسات ناخوشایند تلاش نمی‌کنند. این به نوبه‌ی خود تحمل برای هیجانات یا احساسات نامطلوب یا ناخوشایند را تقویت می‌کند.

نتایج نشان داد با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران فشارخونی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی با توجه به میانگین کیفیت زندگی بیماران فشارخونی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۸ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی مربوط به تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی می‌باشد. نتایج نشان داد با کنترل پس‌آزمون بین بیماران فشارخونی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی با توجه به میانگین کیفیت زندگی بیماران فشارخونی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۲ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۵۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پیگیری کیفیت زندگی مربوط به تأثیر مهارت‌های زندگی می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که کیفیت زندگی یک ارزشیابی ذهنی است و افراد خود، بهترین قضاوت‌کنندگان راجع به کیفیت زندگی خود هستند. اما گاهی شرایطی وجود دارد که این قضاوت را برای بیمار مشکل می‌سازد که در این موارد خاص، افراد مراقبت‌کننده قادر خواهد بود این ارزیابی را انجام دهد. کیفیت زندگی یک ماهیت پویا و دینامیک است نه یک ماهیت ایستا؛ به این معنی که یک فرآیند وابسته به زمان بوده و تغییرات درونی و بیرون در آن دخیل هستند. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است و باید از زوایا و ابعاد مختلف سنجیده شود که این ابعاد اجزای مرکزی چارچوب پنداشتی تحقیقات کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهند (۲۹). برخورداری از کیفیت زندگی پایین می‌تواند بر روی عملکرد جسمی بیماران اثر گذارد، کیفیت زندگی پایین می‌تواند موجب بکارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در بیماران شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند شدت بیماری در افراد را افزایش دهد. بسیاری از محققین رابطه بین کیفیت زندگی و صفات فردی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کرده‌اند، این عوامل شامل میزان شناخت از خود؛ تنش‌های متحمل شده؛ دست‌یابی به اهداف زندگی؛ روش‌های مقابله و میزان سازگاری می‌باشند. به لحاظ اهمیت و دامنه‌ی فراگیر کیفیت زندگی، عوامل مؤثر بر آن همواره بررسی شده است. در این میان، نقش بیماران مبتلا به فشارخون و نحوه‌ی ارتباطات اعضای آن با یکدیگر در شکل‌گیری کیفیت زندگی بسیار اساسی به نظر می‌رسد. بنابراین به طور کلی می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زندگی منجر به افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشارخون می‌شود و در پیشگیری از مشکلات روحی و رفتاری نقش مؤثری دارد. آموزش مهارت‌های زندگی نقش اساسی را در بهداشت روانی این بیماران ایفا می‌کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود نقش برجسته تری خواهد داشت. روانشناسی امروز برخلاف دوره‌های قبل صرفاً به دنبال توصیف و تبیین انواع بیماری‌ها و اختلالات روانی و راه‌های آموزش و چاره‌نیست. امروزه علم در هر زمینه‌ای در پی این است که علاوه بر آموزش موثر بیماری‌ها و ناراحتی‌ها، اعم از روحی و جسمی، شیوه‌ها و برنامه‌هایی جهت بالا بردن احساس بهزیستی و جلوگیری و یا لاقط کاهش ناراحتی‌ها ارائه کند. در آموزش بیماران مبتلا به سرطان طی آموزش پذیرش

و تعهد، به محض اینکه تجربه های خصوصی برچسب «نشانه» گرفت، تلاشهایی برای از بین بردن یا کاهش آن صورت می گیرد. هدف آموزش پذیرش و تعهد، تغییر نوع ارتباط با تجربه های خصوصی (احساسات و افکار) مشکل آفرین است، به گونه ای که دیگر آنها را به صورت نشانه ادراک نشود. آموزش مهارت های زندگی و اجرای گام به گام آنها به افراد کمک می کند و باعث می شود که اضطراب و افسردگی و تنش های موجود در زندگی جمعی در میان بیماران مبتلا به فشار خون کاهش یابد در نتیجه باعث افزایش کیفیت زندگی آنان می شود.

منابع

- 1) Amiri Barmkoochi, Ali. (1395). The effect of life skills training on reducing depression. Iranian Psychologists Quarterly, Fifth Year, No. 20, 297-306.
- 2) Azad, Hussein. (1398). Psychopathology, (Vol. I) Twelfth Edition. Tehran: Besat Publications.
- 3) Seif, Ali Akbar. (1398). Behavior change and behavior therapy, Tehran: Doran Publishing
- 4) Zargar, Fatemeh. (1397). Comparison of the effect of behavior therapy based on acceptance and life skills training on anxiety and symptoms of generalized anxiety disorder, Volume 17, Number 1, pp. 26-30
- ۵) Units of Azimi Amir, Asghari Jafarabadi Mohammad, Message from Busari Mitra, Kashafi Mohammad Baqer. (1397). The effect of life skills training on perceived stress in patients with myocardial infarction: a randomized clinical trial. Scientific Journal of Zanjan University of Medical Sciences. 20 (81): 18-27
- 6) Chris, El Clone. (2003). Life Skills, translated by Shahram Mohammad Khani, (2017) Tehran: Specialized Media Publications
- 7) Karimzadeh, Ahmad. (1398). Life Skills Training and Etiquette Guide, Tehran: Andisheh Honar Memorial.
- ۸) Shavisi Zad, Saeed. (1398). The effectiveness of life skills training on the mental health of children of martyrs and martyrs, Kermanshah University of Research Sciences, Faculty of Psychology.
- 9) Fast-paced, Zahra. (1395). The concept of psychological health, Mashhad: Javadan Fard Publications
- ۱۰) Alipour, Ahmad. (1398). Introduction to Health Psychology, Tehran, Payame Noor Publications.
- ۱۱) Shamloo, Saeed. (۱۳۹۸). Health Psychology, Tehran: Roshd Publications.
- ۱۲) Ahmadvand, Mohammad Ali. (1398). Mental Health, Tehran: Payame Noor Publications
- ۱۳) Naraghi, Ehsan (۱۳۹۷). Quality of life. First Edition, Amirkabir Publications, Tehran.

- 14) Dehkordi, Morteza. (1397). The relationship between quality of life and perceived stress in patients with asthma in Tehran. Master Thesis in Nursing Education, Tehran University of Medical Sciences.
- 15) Hashemi, Ahmad. (1395). The Effectiveness of Life Skills Training on Hope, Mental Health and Stress Reduction in Infertile Women, M.Sc. Thesis, Allameh Tabatabai University.
- 16) Karami, Mohammad, Kamasi, Kianoosh, Masoumi, Soheil (1396). Comparison of the effectiveness of two methods of muscle relaxation and interpersonal cognitive problem solving (ICPS) on reducing anxiety and depression in cardiac rehabilitation patients. *New discoveries in psychology*. Fourth Year, No. 20, pp. 53-43.
- 17) Pashang, Amir, Sadegh Niat, Ali Akbar, Jalali, Mojgan. (1396). The effect of life skills training on insomnia in nurses of Tehran Heart Center. *Scientific Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. Sixth Year, No. 14, pp. 72-66.
- ۱۸) Safi, Ahmad, Moin, Ali, Sahami, Amir. (۲۰۱۶). The effect of life skills training on the level of hope of women with multiple sclerosis, *Quarterly Journal of Mental Health*, Third Year, Second Volume.
- ۱۹) Ganji, Mehdi, Ganji, Hamza. (1398). *Psychopathology*, Volume One, First Edition, Savalan Publishing
- 20) Pillai, M. (2019). *Efficacy of cognitive –Behavioral therapy (CBT) on Depressed spouses of cancer patients in an adjuvant care setting*. *Journal of pharmacy and Biological sciences (IosrIpbs)* ISSN: 2278-3008; 2 (2), pp 26-31.
- 21) Haynes SC. (2017). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 44(1):1-25.-
- 22) Antall, K. Kresevic, L.M. (2018). The Effectiveness of Mental Imaging and Muscle Relaxation Methods on Anxiety in Children and Older People with Joint Dislocation. *Behavior Therapy*, 40(4), 325-336.
- 23) Kalslyka, F. (2017). The effect of relaxation technique on anxiety, stress and academic performance in adolescents. *School university of phoenix degree*. p:207-234
- 24) Asen, H. (2016). The Effect of Relaxation Technique on Academic Rubber-Downstream Students During a Academic Success Course. *Issues In Educational Research*, Vol 17
- 25) Skaalvik, S. Einar. M. (2016). The effects of the relaxation technique to reduce anxiety in first year law students. *Journal of Educational Psychology*. V99, n3, p611-625.
- 26) Halfman, H. Vankal, Stin, L. Velger LE. (2015). The Effectiveness of Relaxation Method on Reducing Students' Social Anxiety. *British Journal of Psychology*; 95, 411-428.
- 27) Falon RA, Jorm AF, Christensen H, et al. (2015). The Effectiveness of Relaxation Method on Reducing Loneliness in Students. *BMC Public Health*.; Sep, 304:(4). p:41.
- 28) Mack Klaf. p. (2015). The Effectiveness of Relaxation Method on Reducing Shy Students. *Journal of psychological Assessment*. 2000.16. PP:118-134.
- 29) White, R. Kashima, T. Bray, F. York, T. (2018). The effect of relaxation technique on students' psychosocial and social skills. *Aging & Mental Health*, 13(6), 863-873.

30) Lyubomirsky, S., Tucker, K., Caldwell, N. D., Berg, K. (2019). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of personality and social Psychology*, 77: 1041 – 1060.

31) Mischa, S., Borkovec, T. D., Peasley, C., Person, D. (2019). Coping and personality as predictors of post-traumatic intrusions, numbing, avoidance and general distress: A study of victims of the perth flood. *Behavioural and cognitive Psychotherapy*, 23: 251-264.

32) Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., Mayer, B. (2019). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences* 39: 1105.1111.

