

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

گروه روانشناسی

پایان نامه ی کارشناسی ارشد رشته ی روانشناسی گرایش بالینی

**اثر بخشی مداخله مدیریت استرسی به شیوه شناختی – رفتاری بر علایم  
روانشناختی، کیفیت زندگی و شدت فشار خون بیماران زن مبتلا به فشار خون**

استاد راهنما:

دکتر حمید طاهر نشاط دوست

استاد مشاور:

دکتر حسین مولوی

پژوهشگر:

شیدا جبل عاملی

شهریور ۱۳۸۹

کلیه حقوق مادی مرتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع این پایان‌نامه متعلق به دانشگاه اصفهان است.



دانشگاه اصفهان  
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی  
گروه روانشناسی

پایان نامه ی کارشناسی ارشد رشته ی روانشناسی بالینی

خانم شیدا جبل عاملی

تحت عنوان

اثر بخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر

علائم روانشناختی، کیفیت زندگی و شدت فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون

در تاریخ ۸۹/۶/۱۵ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

امضا

۱- استاد راهنمای پایان نامه دکتر حمید طاهر نشاط دوست با مرتبه ی علمی استاد

امضا

۲- استاد مشاور پایان نامه دکتر حسین مولوی با مرتبه ی علمی استاد

امضا

۳- استاد داور داخل گروه دکتر مهرداد کلانتری با مرتبه ی علمی دانشیار

امضا

۴- استاد داور خارج از گروه دکتر احمد عابدی با مرتبه ی علمی استادیار

امضای مدیر گروه

۱۹،۶،۲۲

تدو

ش و پاس را اور حال را ن تسلان و عم آوزی طا ود.

از اسایدار ند نب آ می د مر شاط دوت و نب آ می د مرووی بارامانی ارزره ود ا رون ان

پیان یاری ودر ل و رردان رادارم.

قدم خاواده م وق و ام وده و ند

و قدم مان عم

## چکیده

هدف از انجام این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر علائم روانشناختی، کیفیت زندگی و شدت فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون بود. بدین منظور ۲۸ بیمار مبتلا به فشارخون از مرکز درمانی تحقیقاتی حضرت صدیقه طاهره(س) اصفهان به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش(۱۴ نفر) و گواه(۱۴ نفر) قرار گرفتند. مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری، طی هشت جلسه هفتگی بر روی گروه آزمایش انجام شد. زیر مقیاس های اضطراب، افسردگی و خصومت پرسشنامه SCL-90-R، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و دستگاه فشارسنج جیوه ای، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری(دو ماهه) مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و خصومت گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون کاهش معناداری پیدا کرده است ( $P < 0/05$ ) و این کاهش در مرحله پیگیری نیز مشاهده شد ( $P < 0/05$ ). همچنین نتایج نشان داد که میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون افزایش معناداری پیدا کرده است ( $P = 0/001$ ) و این افزایش در مرحله پیگیری نیز مشاهده شد ( $P = 0/013$ ). میانگین نمرات فشارخون سیستولیک و دیاستولیک گروه آزمایش نیز نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون کاهش معناداری پیدا کرده ( $P < 0/05$ ) و این تفاوت در مرحله پیگیری نزدیک به سطح معناداری بود ( $P = 0/06$ ). به طور کلی، یافته های این پژوهش نشان داد که مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری می تواند به عنوان یک روش مداخله ای مفید برای بیماران مبتلا به فشارخون به کار رود.

**کلید واژه ها:** فشارخون، مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، اضطراب، افسردگی، خصومت، کیفیت زندگی

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

### فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه .....	۱
۲-۱- شرح و بیان مسئله .....	۳
۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش .....	۶
۴-۱- اهداف پژوهش .....	۷
۵-۱- فرضیات پژوهش .....	۸
۶-۱- متغیرهای پژوهش .....	۹
۷-۱- تعریف اصطلاحات و مفاهیم .....	۱۰
۱-۷-۱- تعاریف نظری (مفهومی) .....	۱۰
۲-۷-۱- تعاریف عملیاتی .....	۱۲

### فصل دوم: پیشینه‌ی پژوهش

۱-۲- مقدمه .....	۱۴
۲-۲- فشارخون .....	۱۴
۱-۲-۲- سطوح فشارخون .....	۱۵
۲-۲-۲- انواع فشارخون .....	۱۶
۱-۲-۲-۲- فشارخون بالای اولیه .....	۱۶
۲-۲-۲-۲- فشارخون بالای ثانویه .....	۱۶
۳-۲-۲- طبقه بندی فشارخون .....	۱۶
۴-۲-۲- شیوع فشارخون بالا .....	۱۷
۵-۲-۲- علایم و نشانه های بالینی فشارخون .....	۱۷
۶-۲-۲- علل افزایش فشارخون .....	۱۸
۷-۲-۲- فواید درمان فشارخون بالا .....	۱۸
۸-۲-۲- درمان بیماری فشارخون .....	۱۸
۱-۸-۲-۲- درمان دارویی بیماری فشارخون .....	۱۹
۲-۸-۲-۲- درمان غیر دارویی بیماری فشارخون .....	۲۰



۲۲-۳- استرس.....	۲۲
۲۲-۳-۱- مرور مفهوم استرس از دیدگاه های مختلف.....	۲۲
۲۵-۳-۲- انواع واکنش در برابر استرس.....	۲۵
۲۶-۳-۲-۱- واکنش های فیزیولوژیک .....	۲۶
۲۷-۳-۲-۲- واکنش های شناختی.....	۲۷
۲۸-۳-۲-۳- واکنش های هیجانی و رفتاری.....	۲۸
۲۸-۳-۳- مکانیزم های تأثیر استرس بر سلامتی.....	۲۸
۳۰-۳-۴- رابطه استرس و بیماری فشارخون.....	۳۰
۳۱-۴-۲- اضطراب.....	۳۱
۳۱-۴-۲-۱- اختلالات اضطرابی.....	۳۱
۳۱-۴-۲-۲- علائم اضطراب.....	۳۱
۳۳-۴-۲-۳- مدل های سبب شناسی اختلالات اضطرابی.....	۳۳
۳۳-۴-۲-۱- دیدگاه زیست شناسی.....	۳۳
۳۳-۴-۲-۲- دیدگاه روان پویایی.....	۳۳
۳۳-۴-۲-۳- دیدگاه رفتارگرایی.....	۳۳
۳۴-۴-۲-۴- دیدگاه شناختی.....	۳۴
۳۴-۴-۲-۴- درمان های اضطراب.....	۳۴
۳۴-۴-۲-۱- دارودرمانی.....	۳۴
۳۴-۴-۲-۲- درمان های روان شناختی.....	۳۴
۳۴-۴-۲-۱- رفتاردرمانی.....	۳۴
۳۵-۴-۲-۲- درمان های شناختی رفتاری.....	۳۵
۳۵-۴-۲-۳- روان درمانی بینش مدار.....	۳۵
۳۵-۵-۲- افسردگی.....	۳۵
۳۶-۵-۲-۱- نشانه شناسی افسردگی.....	۳۶
۳۶-۵-۲-۲- مدل های سبب شناسی اختلال افسردگی.....	۳۶
۳۶-۵-۲-۱- مدل بیولوژیکی و عوامل زیستی در افسردگی.....	۳۶
۳۷-۵-۲-۲- عوامل روان پویشی در افسردگی.....	۳۷

۳۸.....	۲-۵-۲-۳- نظریه شناختی افسردگی.....
۴۰.....	۲-۵-۲-۴- رویدادهای زندگی، دیدگاه های اجتماعی- فرهنگی و میان فردی.....
۴۱.....	۲-۵-۳- درمان های افسردگی.....
۴۱.....	۲-۵-۳-۱- درمان زیستی افسردگی.....
۴۱.....	۲-۵-۳-۲- درمان های روانشناختی افسردگی.....
۴۱.....	۲-۵-۳-۱- درمان های شناختی- رفتاری.....
۴۲.....	۲-۵-۳-۲- مداخله اجتماعی- فرهنگی و میان فردی.....
۴۳.....	۲-۶-۶- خصومت و پرخاشگری.....
۴۳.....	۲-۶-۱- مرور مفاهیم مرتبط با خشم.....
۴۴.....	۲-۶-۲- تعریف خصومت.....
۴۵.....	۲-۶-۳- خصومت از دیدگاه روان شناسان.....
۴۵.....	۲-۶-۴- پرخاشگری.....
۴۶.....	۲-۶-۵- مدل های سبب شناسی خصومت و پرخاشگری.....
۴۶.....	۲-۶-۱-۵- مدل زیست شناختی.....
۴۷.....	۲-۶-۵-۲- دیدگاه روانکاوی.....
۴۸.....	۲-۶-۵-۳- دیدگاه یادگیری و عوامل اجتماعی.....
۴۹.....	۲-۶-۵-۴- نظریه عقلانی- هیجانی ایس.....
۵۰.....	۲-۶-۵-۵- عوامل محیطی.....
۵۰.....	۲-۶-۶- راهکارهای مقابله با خصومت و پرخاشگری.....
۵۰.....	۲-۶-۶-۱- درمان دارویی.....
۵۱.....	۲-۶-۶-۲- تخلیه هیجانی.....
۵۱.....	۲-۶-۶-۳- آموزش مهارت های اجتماعی.....
۵۲.....	۲-۶-۶-۴- تنبیه.....
۵۲.....	۲-۷- جنبه های روانشناختی و اختلالات روانی همراه بیماری فشارخون.....
۵۵.....	۲-۸- کیفیت زندگی.....
۵۵.....	۲-۸-۱- تعریف کیفیت زندگی.....
۵۷.....	۲-۸-۲- عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی.....

۵۸.....	۲-۸-۳- ابعاد کیفیت زندگی.....
۵۹.....	۲-۸-۴- کیفیت زندگی مرتبط با سلامت.....
۶۱.....	۲-۸-۵- کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشارخون.....
۶۲.....	۲-۹-۹- مروری بر تحقیقات انجام شده.....
۶۲.....	۲-۹-۱- تحقیقات انجام شده در خارج.....
۶۸.....	۲-۹-۲- تحقیقات انجام شده در داخل.....
۷۰.....	۲-۱۰-۱- جمع بندی و نتیجه گیری.....

### فصل سوم: روش پژوهش

۷۲.....	۳-۱- مقدمه.....
۷۲.....	۳-۲- طرح کلی پژوهش.....
۷۳.....	۳-۳- متغیرهای پژوهش.....
۷۳.....	۳-۴- جامعه آماری.....
۷۳.....	۳-۵- حجم نمونه و روش نمونه گیری.....
۷۴.....	۳-۶- ابزار پژوهش.....
۷۵.....	۳-۶-۱- پرسشنامه جمعیت شناختی.....
۷۵.....	۳-۶-۲- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF):.....
۷۵.....	۳-۶-۲-۱- پایایی و روایی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF).....

۷۵.....	۳-۶-۳- آزمون SCL-90-R.....
۷۶.....	۳-۶-۳-۱- پایایی آزمون SCL-90-R.....
۷۷.....	۳-۶-۳-۲- روایی آزمون SCL-90-R.....
۷۷.....	۳-۶-۴- دستگاه فشارسنج جیوه ای.....
۷۷.....	۳-۷- شیوه اجرای پژوهش.....
۸۳.....	۳-۷-۱- ملاحظات اخلاقی.....
۸۴.....	۳-۸- روش های تجزیه و تحلیل آماری.....

### فصل چهارم: نتایج پژوهش

۸۵.....	۴-۱- مقدمه.....
---------	-----------------

۲-۴- بررسی توصیفی داده ها	۸۵
۱-۲-۴- بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی	۸۵
۲-۲-۴- شاخص های توصیفی متغیرهای وابسته	۸۶
۳-۴- بررسی استنباطی داده ها	۹۰
۱-۳-۴- تعیین و کنترل متغیرهای همگام و ناخواسته	۹۰
۲-۳-۴- پیش فرض تساوی واریانس ها	۹۱
۳-۳-۴- پیش فرض نرمال بودن	۹۱
۴-۳-۴- بررسی فرضیه های پژوهشی	۹۳
۱-۴-۳-۴- فرضیه اول	۹۳
۲-۴-۳-۴- فرضیه دوم	۹۴
۳-۴-۳-۴- فرضیه سوم	۹۵
۴-۴-۳-۴- فرضیه چهارم	۹۶
۵-۴-۳-۴- فرضیه پنجم	۹۷
۶-۴-۳-۴- فرضیه ششم	۹۹
۷-۴-۳-۴- فرضیه هفتم	۱۰۰
۸-۴-۳-۴- فرضیه هشتم	۱۰۱
۹-۴-۳-۴- فرضیه نهم	۱۰۲
۱۰-۴-۳-۴- فرضیه دهم	۱۰۵
۴-۴- یافته های کیفی	۱۰۷

### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱-۵- مقدمه	۱۰۹
۲-۵- بحث در یافته های پژوهش	۱۱۰
۳-۵- جمع بندی و نتیجه گیری	۱۱۹
۴-۵- محدودیت های پژوهش	۱۲۰
۵-۵- پیشنهادات	۱۲۱
۱-۵-۵- پیشنهادات پژوهشی	۱۲۱
۲-۵-۵- پیشنهادات کاربردی	۱۲۲

صفحه

عنوان

۱۲۳.....	پیوست ها
۱۳۸.....	منابع و مأخذ

## فهرست شکل ها

صفحه

عنوان

- شکل ۱-۲: نشانگان انطباق عمومی سلیه..... ۲۴
- شکل ۱-۴: میانگین تعدیل شده نمرات اضطراب پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه..... ۹۳
- شکل ۲-۴: میانگین تعدیل شده نمرات اضطراب پیگیری دو گروه آزمایش و گواه..... ۹۵
- شکل ۳-۴: میانگین تعدیل شده نمرات افسردگی پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه..... ۹۶
- شکل ۴-۴: میانگین تعدیل شده نمرات افسردگی پیگیری دو گروه آزمایش و گواه..... ۹۷
- شکل ۵-۴: میانگین تعدیل شده نمرات خصومت پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه..... ۹۸
- شکل ۶-۴: میانگین تعدیل شده نمرات خصومت پیگیری دو گروه آزمایش و گواه..... ۹۹
- شکل ۷-۴: میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه..... ۱۰۱
- شکل ۸-۴: میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی پیگیری دو گروه آزمایش و گواه..... ۱۰۲
- شکل ۹-۴: میانگین تعدیل شده نمرات فشارخون سیستولیک پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه..... ۱۰۴
- شکل ۱۰-۴: میانگین تعدیل شده نمرات فشارخون دیاستولیک پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه..... ۱۰۴
- شکل ۱۱-۴: میانگین تعدیل شده نمرات فشارخون سیستولیک پیگیری دو گروه آزمایش و گواه..... ۱۰۶
- شکل ۱۲-۴: میانگین تعدیل شده نمرات فشارخون دیاستولیک پیگیری دو گروه آزمایش و گواه..... ۱۰۶

## فهرست جدول ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲: طبقه بندی فشارخون .....	۱۶
جدول ۱-۳: سیمای کلی طرح پژوهش .....	۷۳
جدول ۲-۳: ضرایب پایایی ابعاد ۹ گانه آزمون SCL-90-R .....	۷۷
جدول ۳-۳: عناوین و موضوعات کلی جلسات مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری .....	۷۸
جدول ۱-۴: ویژگی های جمعیت شناختی گروه آزمایش و گواه .....	۸۶
جدول ۲-۴: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اضطراب در دو گروه .....	۸۶
جدول ۳-۴: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری افسردگی در دو گروه .....	۸۷
جدول ۴-۴: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری خصومت در دو گروه .....	۸۸
جدول ۵-۴: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری کیفیت زندگی در دو گروه .....	۸۸
جدول ۶-۴: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری شدت فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در دو گروه .....	۸۹
جدول ۷-۴: نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن در مورد کنترل متغیر همگام و ناخواسته .....	۹۰
جدول ۸-۴: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های دو گروه در جامعه .....	۹۱
جدول ۹-۴: نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات .....	۹۲
جدول ۱۰-۴: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان اضطراب دو گروه در مرحله پس آزمون .....	۹۳
جدول ۱۱-۴: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان اضطراب دو گروه در مرحله پیگیری .....	۹۴
جدول ۱۲-۴: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان افسردگی دو گروه در مرحله پس آزمون .....	۹۵
جدول ۱۳-۴: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان افسردگی دو گروه در مرحله پیگیری .....	۹۶
جدول ۱۴-۴: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان خصومت دو گروه در مرحله پس آزمون .....	۹۸

جدول ۴-۱۵: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان خصومت دو گروه در مرحله پیگیری	۹۹.....
جدول ۴-۱۶: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان کیفیت زندگی دو گروه در مرحله پس آزمون	۱۰۰.....
جدول ۴-۱۷: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان کیفیت زندگی دو گروه در مرحله پیگیری	۱۰۱.....
جدول ۴-۱۸: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر شدت فشارخون سیستولیک و دیاستولیک دو گروه در مرحله پس آزمون	۱۰۳.....
جدول ۴-۱۹: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر شدت فشارخون سیستولیک و دیاستولیک دو گروه در مرحله پیگیری	۱۰۵.....



## فصل اول

### کلیات پژوهش

#### ۱-۱- مقدمه

یکی از جدی ترین مسائل بشر از دیرباز تا کنون، استرس<sup>۱</sup> یا فشار روانی بوده است. استرس می تواند اثرات منفی شدیدی بر سلامتی افراد داشته باشد. افرادی که تحت استرس زیادی هستند، در مقایسه با افراد دیگر بیشتر احتمال دارد که به بیماری های رایج مبتلا شوند. استرس می تواند فرد را در برابر بیماری های جسمانی آسیب پذیر سازد(آقایی و آتش پور، ۱۳۸۰) و کارآمدی فرد را قبل و بعد از بروز بیماری ها کاهش دهد(استورا<sup>۲</sup>، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷).

امروزه شرایط پر استرس و تنش زای جوامع سبب شده است که بیماری های قلبی- عروقی<sup>۳</sup> در صدر علل مرگ و میر زودرس به ویژه در کشورهای صنعتی قرار گیرند؛ هر ساله جان میلیون ها نفر را به خطر اندازند و میلیاردها دلار هزینه ناشی از ضایعات مرگ و میر و از کار افتادگی را رقم زنند(برونوالد<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷).

---

<sup>۱</sup>- stress

<sup>۲</sup>- Stura

<sup>۳</sup>-cardiovascular disorders

<sup>۴</sup>- Braunwald

در ایران نیز طبق آمار موجود، بیماری های قلبی - عروقی، علت اصلی مرگ و میر و تقریباً دو برابر مرگ های ناشی از حوادث و سوانح گوناگون در کشور بوده است (حسینی قدمگاهی و همکاران، ۱۳۷۷).

بیماری فشارخون<sup>۱</sup> یکی از شایعترین بیماری های قلبی عروقی است که ظاهراً تحت تاثیر فشار روانی قرار دارد و در جوامع در حال توسعه رو به افزایش است (دیویسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۸۵). نزدیک به ۲۵٪ افراد بالغ به بیماری فشارخون بالا مبتلا هستند. در کشور ایران شیوع فشارخون بالا بر اساس آمار استخراج شده از پروژه قلب سالم در بین افراد ۳۵ تا ۶۵ ساله ۲۳/۲ درصد است که این میزان در مردان ۲۵/۱ و در زنان ۲۱/۵ درصد می باشد (سماوات و همکاران، ۱۳۸۰). در شهر اصفهان نیز طی تحقیقات انجام شده مشخص گردیده است که حدود ۲۸٪ افراد بالای ۱۸ سال دچار فشارخون بالا (بالای ۱۴۰ درجه سیستولی<sup>۳</sup> و ۹۰ درجه دیاستولی<sup>۴</sup>) و یا مصرف داروهای ضد فشارخون می باشند (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۱).

بیماری فشارخون تحت تاثیر عوامل متعددی می باشد که باعث تشدید و یا تضعیف این بیماری شده و در نهایت بر کیفیت زندگی<sup>۵</sup> بیماران مبتلا به فشارخون تاثیر می گذارند (اسپاراسینو<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). یافته های عینی فراوانی وجود دارد که نشان می دهد عوامل روانشناختی بر نشانه های بیماری فشارخون و کنترل آن تاثیر می گذارد، که از جمله مهمترین آن ها می توان به استرس و تیپ شخصیتی فرد، خصومت، اضطراب و... اشاره کرد (کوپر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). این عوامل از طریق مکانیسم های روانی - عصبی - فیزیولوژیک با تأثیرگذاری بر سیستم های مختلف بدن خصوصاً سیستم قلبی - عروقی یا سیستم عصبی خودکار، واکنش های قلبی - عروقی را افزایش داده و درازمدت، موجب ایجاد و یا تشدید فرایند بیماری های قلبی نظیر افزایش فشارخون می گردند (تومویوکی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

بیماری فشارخون علاوه بر تأثیرات جسمانی نامطلوب مانند تصلب شرایین، سکته قلبی، سکته مغزی و نارسایی کلیوی، می تواند بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا نیز تاثیر نامطلوبی داشته باشد (گریم<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). علایم روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب و خصومت از جمله عوارضی است که به دنبال

<sup>۱</sup>- blood pressure

<sup>۲</sup>- Davison

<sup>۳</sup>- Systolic

<sup>۴</sup>- Diastolic

<sup>۵</sup>- quality of life

<sup>۶</sup>- Sparacino

<sup>۷</sup>- Kuper

<sup>۸</sup>- Tomoyuki

<sup>۹</sup>- Grimm

بروز بیماری فشارخون مشاهده می شود و علاوه بر اینکه باعث تشدید و طولانی تر شدن دوره بیماری و تأخیر در بهبودی آن می گردند، سبب کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به این بیماری نیز می شوند (روح افزا و همکاران، ۱۳۸۲). پژوهش های مختلف نشان داده اند که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشارخون چندان مطلوب نمی باشد. برای مثال رایینز<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۴) در بررسی کیفیت زندگی ۳۱۵ بیمار مبتلا به فشارخون دریافتند که میزان عملکرد شناختی، سطح فعالیت اجتماعی و حس سلامت عمومی در این بیماران کمتر است و میزان بروز نشانه های جسمانی و اختلال خواب در آن ها بیشتر می باشد.

علاوه بر این، شیوع اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به فشارخون نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است (کوسک<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۶).

از آنجا که رابطه تنگاتنگی بین فشارخون و عوامل روانشناختی وجود دارد، در دهه های اخیر بسیاری از پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیعتری برای مداخلات روانشناختی، به منظور بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روان و همچنین کنترل فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون را تایید کرده اند (لش<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). رهنمودهای اخیر انجمن افزایش فشارخون بریتانیا (BHS<sup>۴</sup>) تاکید می نماید که درمان های غیردارویی باید در تمام بیماران مبتلا به فشارخون مورد استفاده قرار گیرد (بیورز<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). یکی از درمان های روانشناختی که احتمالاً می تواند باعث کاهش نشانه های بیماری فشارخون و مشکلات روانشناختی همراه آن شود، مداخله مدیریت استرس به شیوهی شناختی- رفتاری<sup>۶</sup> است (فوکس<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

## ۲-۱- شرح و بیان مسئله

بیماری فشارخون یکی از شایعترین اختلالات قلبی- عروقی است که در جوامع رو به توسعه افزایش چشمگیری دارد (سماوات و همکاران، ۱۳۸۰). این بیماری که در اصطلاح پزشکی پرتشی<sup>۸</sup> نامیده می

<sup>۱</sup>-Robbins

<sup>۲</sup>- Kusek

<sup>۳</sup>- Lash

<sup>۴</sup>- British Hypertension Society

<sup>۵</sup>-Beevers

<sup>۶</sup>- Cognitive Behavioral Stress Management

<sup>۷</sup>- Fox

<sup>۸</sup>- hypertension

<sup>۹</sup>- Benson

شود (بنسون<sup>۱</sup>، ۱۹۳۵؛ ترجمه جمالیان، ۱۳۷۷)، مستلزم داشتن فشارخون بالا (بالای ۱۴۰ درجه سیستولی و ۹۰ درجه دیاستولی) و پیوسته (معمولاً در طول چندین هفته یا ماه) است (دیماتئو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱؛ ترجمه کاویانی و همکاران، ۱۳۷۸). عوامل خطر آفرین و پیش بینی کننده فشارخون بالا، وراثت، وزن بالا، تغذیه نامناسب، مصرف الکل، فعالیت بدنی کم، عوامل روانی اجتماعی و زیست محیطی می باشند (سماوات و همکاران، ۱۳۸۰). این بیماری معمولاً به آسانی درمان می شود ولی در صورت عدم درمان می تواند به عوارض کشنده ای منجر شود (هاریسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰؛ ترجمه نورایی و همکاران، ۱۳۸۰).

در اکثر افراد مبتلا به فشارخون در تمام دوره بیماری، علائم و نشانه هایی که از وجود بیماری حکایت کنند اندک هستند و یا اصلاً وجود ندارند، بنابراین افراد مبتلا در میان اجتماع ناشناخته هستند و معمولاً بیماری هنگامی شناخته می شود که عوارض تاسف بار آن نظیر حوادث مغزی، قلبی و... بروز می کند و هر روز تعداد زیادی از افراد جامعه بدون اینکه پیش از آن علائم و نشانه هایی داشته باشند به کام مرگ می روند (بنسون، ۱۹۳۵؛ ترجمه جمالیان، ۱۳۷۷). در واقع اگر آدمیان فشارخون خود را واری نمیکنند ممکن است سالیان دراز بدون آگاهی از اینکه فشارخون بالا دارند به سر ببرند، به همین خاطر این بیماری به قاتل خاموش<sup>۴</sup> شهرت دارد (دیویسون و همکاران، ۲۰۰۴؛ ترجمه دهستانی، ۱۳۸۵).

در چهارمین ویرایش تجدید نظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM- IV-TR) فشارخون به عنوان یکی از بیماری های روان تنی که از عوامل روانشناختی تاثیر می پذیرد طبقه بندی شده است (سادوک و سادوک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۵).

عوامل روانی تنها علت فشارخون نیستند اما شواهدی وجود دارد که نشان می دهند استرس، خشم، اضطراب و... با آمادگی ابتلا به بیماری فشارخون تداخل نموده و در ایجاد، تشدید و استمرار آن نقش اساسی دارند (بلوم<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). برای مثال جوناس<sup>۷</sup> و همکاران (۱۹۹۷) در پژوهشی بر روی یک نمونه ۳۰۰۰ نفری نشان دادند که عوامل روانشناختی با افزایش فشارخون مرتبط است به طوری که فشارخون به میزان ۸۲ درصد با

<sup>10</sup>-Dimatteo

<sup>3</sup> - Harrison

<sup>4</sup> - silent killer

<sup>5</sup> - Sadock & Sadock

<sup>6</sup> - Blom

<sup>7</sup> - Jonas