

اثربخشی ترکیب آموزش مدیریت استرس و معنویت درمانی بر فشارخون، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا

تاریخ دریافت: ۹۳/۴/۹

تاریخ پذیرش: ۹۳/۹/۱

مریم کلهرنیا گلکار*، شکوه السادات بنی جمالی**، هادی بهرامی***، حمیدرضا حاتمی****، حسن احدی*****

چکیده

مقدمه: فشار خون بالا یکی از بیماری های مزمنی است که به علت تأثیر بر سایر اختلالات و افزایش مرگ و میر در زندگی بشر، بسیار مورد توجه قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر آموزش مدیریت استرس و معنویت درمانی بر فشارخون، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا بود.

روش: طرح پژوهش حاضر شبه تجربی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به فشار خون بالای تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بود. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر بود که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای انتخاب افراد از شیوه نمونه گیری در دسترس استفاده شد. کلیه افراد، دارای اضطراب بالا و کیفیت زندگی پایین بودند. برای سنجش اضطراب، کیفیت زندگی و فشارخون، به ترتیب از پرسشنامه های اضطراب، کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و دستگاه فشارسنج عقربه ای استفاده شد. افراد در گروه آزمایش علاوه بر درمان دارویی، ترکیب آموزش مدیریت استرس با معنویت درمانی را نیز دریافت کردند اما افراد گروه کنترل تنها درمان دارویی را دریافت نمودند. فشارخون، اضطراب و کیفیت زندگی افراد قبل و بعد از آموزش، اندازه گیری و ثبت شد.

یافته ها: تحلیل داده ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش مدیریت استرس همراه با معنویت درمانی، در پس آزمون باعث کاهش نمرات اضطراب، فشار خون سیستولیک و افزایش کیفیت زندگی بیماران شده است؛ اما تأثیر معناداری بر فشار خون دیاستولیک نداشته است.

نتیجه گیری: اعمال مدیریت استرس به همراه معنویت درمانی می تواند به منزله یک روش مداخله ای مفید در بهبود اضطراب، کیفیت زندگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون بالا به کار رود.

واژه های کلیدی: مدیریت استرس، معنویت درمانی، فشار خون، اضطراب، کیفیت زندگی

maryamgol1986@yahoo.com
drbanijamali@yahoo.com
bahramisrb@yahoo.com
hhatami83@yahoo.com
drhahadi@yahoo.com

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
** دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران
***استاد، گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
****دانشیار، گروه روانشناسی نظامی دانشگاه جامع امام حسین(ع)، تهران، ایران
*****استاد، گروه روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

مقدمه

امروزه در کشورهای در حال توسعه با توجه به استرس‌های^۱ موجود و تغییرات سریع در شیوه زندگی، بیماری‌های قلبی-عروقی^۲ به شدت روبه فزونی نهاده است [۱-۳]. این بیماری‌ها که از شایع‌ترین علل مرگ و میر محسوب می‌شوند [۴]، در سال ۲۰۰۸ باعث مرگ ۱۷/۳ میلیون نفر در جهان گردید و برآورد می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ این میزان به ۲۳/۳ میلیون نفر افزایش یابد [۵].

یکی از مهمترین دلایل بیماری‌های قلبی-عروقی فشار خون بالا^۳ می‌باشد [۷، ۴]. فشار خون بالا به فشار خون سیستولیک^۴ بالای ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و یا فشار خون دیاستولیک^۵ بالاتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه اشاره دارد [۸]. به گفته سازمان جهانی بهداشت^۶، بیماری فوق، سالانه علت ۷/۵ میلیون مرگ و میر در سراسر جهان بوده و ۱۲/۸ درصد افراد به دلیل ابتلا به فشار خون بالا می‌میرند [۹]. شیوع این اختلال در کشورهای توسعه یافته ۳۵ درصد بوده، در حالی که در کشورهای در حال توسعه این میزان به ۴۰ درصد می‌رسد [۱۰، ۱۱]. نقش فشارخون بر بروز بیماری‌هایی چون آنفارکتوس میوکارد [۱۲، ۱۳]، نارسایی قلبی [۱۴، ۱۵]، سکته مغزی [۱۶، ۱۷]، بیماری کلیوی [۱۸، ۱۹] و در نتیجه افزایش میزان مرگ و میر باعث شده است که توجه بسیاری از دست‌اندرکاران سلامت به آن معطوف شود و تحقیقات گسترده‌ای را نیز به خود اختصاص داده است [۱۷، ۲۰، ۲۱].

در نخستین گام برای علت‌یابی و کشف دلایل فشار خون بالا، ملاحظه می‌گردد که رویدادهای استرس‌زای^۷ مزمن، جزء جدایی‌ناپذیر این اختلال به شمار می‌رود [۲۲]. استرس مداوم در زندگی فرد باعث احساس نگرانی، ترس و عدم کنترل بر زندگی می‌شود که آن نیز به نوبه خود باعث ایجاد حالت‌های اضطرابی می‌گردد [۲۳]. تداوم استرس و ایجاد حالت‌های اضطرابی همراه با ناامیدی و عدم توان مقابله با بیماری مزمن، به مرور سبک زندگی فرد را مختل

نموده و باعث کاهش کیفیت زندگی^۸ می‌شود [۲۴]. با توجه به آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد یکی از عوامل اصلی عارضه فشار خون، استرس است که در بروز اضطراب و کاهش کیفیت زندگی این بیماران نقش محوری را ایفا می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد تمرکز بر استرس و مدیریت آن بتواند با کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی تأثیر قابل توجهی بر فشارخون نیز داشته باشد. یکی از روش‌هایی که عمدتاً برای مقابله با استرس موردتوجه قرار می‌گیرد، کاربست روش‌های مدیریت استرس^۹ است [۲۵-۲۷]. تکنیک‌های مدیریت استرس و تمرین آرمیدگی^{۱۰} می‌توانند به کاهش تأثیر استرس کمک‌کنند [۲۸]. در برنامه مدیریت استرس با کمک راهبردهای رفتاری^{۱۱}، از جمله آرمیدگی می‌توان استرس و پریشانی را در آنها کاهش داد و با استفاده از راهبردهای شناختی^{۱۲} به بیماران آموزش داد تا افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده اضطراب را شناسایی کنند؛ نسبت به نقش این افکار ببینند و افکار منطقی را جایگزین آنها کنند. علاوه بر آن، مدیریت استرس به بیماران کمک می‌کند تا موقعیت‌های پر استرس را شناسایی کنند و راهبردهای مقابله‌ای مؤثر را برای مواجهه با آنها به کار گیرند که این امر باعث افزایش حس کنترل و خودبستگی و بهبود علائم روانپزشکی، از جمله اضطراب می‌شود [۲۹]. در حقیقت اهداف مدیریت استرس عبارتند از: کاهش استرس‌زاها، اصلاح ارزیابی‌های شناختی، کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت و تسهیل رفتارهای مقابله‌ای مؤثر [۳۰].

علیرغم تأثیر عمده روش مدیریت استرس، ملاحظه می‌گردد که در پاره‌ای از مواقع در بلندمدت، این روش نمی‌تواند سودمند واقع گردد. به نظر می‌رسد با وجود تأکید بر افکار غیرمنطقی و جایگزین نمودن آن با شناخت‌های کارآمد، فرد به دلیل نداشتن معنا و مفهوم در زندگی خود، نمی‌تواند فلسفه حیات را درک نموده و در نتیجه احساس ناامنی باعث می‌شود که افکار منفی مجدداً در ذهن فرد، جریان یابد [۳۱]؛ بنابراین در سال‌های اخیر برای افزایش توان

- 1- Stress
- 2 - Cardiovascular disorders
- 3 - High Blood Pressure
- 4 - Systolic blood pressure
- 5 - Diastolic blood pressure
- 6 - World Health Organization
- 7 - Stressor events

- 8 - Quality of life
- 9 - Stress management
- 10 - Relaxation
- 11 - Behavioral strategies
- 12 - Cognitive strategies

اضطراب و عدم کیفیت زندگی مطلوب این بیماران و همچنین نقش محوری استرس در موارد یاد شده، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی ترکیب آموزش مدیریت استرس و معنویت درمانی بر فشارخون، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا می باشد.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های شبه تجربی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه پژوهش حاضر، شامل کلیه بیماران مبتلا به فشار خون بالا است که تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بودند. به منظور تعیین نمونه، ابتدا در یک مطالعه مقدماتی از ۲۰۰ بیمار زن مبتلا به بیماری فوق (تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان کنگاور)، که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، خواسته شد تا به مقیاس‌های غربالگری (پرسشنامه‌های اضطراب کتل و نسخه کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت) پاسخ دهند. پس از گردآوری اطلاعات، مشخص شد که ۱۰۰ نفر از افراد، واجد ملاکهای ورود (جنسیت مونث، دامنه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال، سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، دارا بودن فشارخون اولیه سیستمیک و یا دیاستولیک، کسب نمره بالاتر از ۴ در مقیاس اضطراب کتل و کسب نمره پایین‌تر از ۴۰ در مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (نسخه کوتاه) و خروج (جنسیت مذکر، دامنه سنی پایین‌تر از ۴۰ سال و یا بالاتر از ۶۰ سال، سطح تحصیلات پایین‌تر از دیپلم، نداشتن فشارخون اولیه سیستمیک و یا دیاستولیک، عدم ابتلا به اختلالات روانی شدید، همانند افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت (عدم درج سابقه اختلالات روانی در پرونده پزشکی بیماران مورد نظر)، عدم کسب نمره بالاتر از ۴ در مقیاس اضطراب کتل و عدم کسب نمره پایین‌تر از ۴۰ در مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (نسخه کوتاه) بودند. از این ۱۰۰ نفر، ۳۰ نفر به صورت داوطلبانه، انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند.

مقابله‌ای و ارتقای سلامت روان، معنویت^۱ به عنوان مؤلفه-ای مهم وارد ادبیات نظری و پژوهشی شده است [۳۵-۳۲]. شواهدی وجود دارد که حاکی از نقش پر اهمیت معنویت و مذهب^۲ در مقابله با بیماری است؛ زیرا سلامت معنوی، حفاظت بیشتری را در مقابل ناامیدی و یأس به خصوص در بیماران دچار بیماری‌های مهلک نظیر سرطان پدید می آورد [۳۶] براساس تحقیقات انجام شده، یکی از عوامل اثر گذار در استرس و اضطراب، مذهب و باورهای دینی است؛ زیرا مذهب، نگرش، شناخت و رفتار شخص را متأثر می-سازد [۳۷]. مهم‌ترین عامل مربوط به نقش ویژه معنویت درمانی، بهبود نگرش^۳ و تفسیر فرد نسبت به زندگی و بیماری است. اهمیت عامل استرس‌زا از طریق ارزیابی‌های شناختی که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی، مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی قرار دارد، تعیین می‌شود. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون مقابله، استرس خود را مدیریت می‌کنند. از این دیدگاه می‌توان گفت که باورها^۴، ارزیابی‌های شناختی مهمی را در اختیار فرد، قرار می‌دهند و از این رو معنویت می‌تواند به شخص کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نماید؛ بنابراین، معنویت حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌نماید و از این راه به سازگاری روانی کمک می‌کند [۳۸].

همانطور که ملاحظه گردید، دو روش مدیریت استرس و معنویت درمانی^۵ می‌توانند راهبردهای مناسبی برای مقابله با استرس، به عنوان یکی از عوامل اصلی اختلال فشار خون بالا باشند. لیکن به نظر می‌رسد هر یک از روش‌های یاد شده، به تنهایی توان مقابله‌ای را به گونه مناسب، افزایش نمی‌دهد. لذا دو روش یاد شده می‌توانند مکمل یکدیگر بوده و منجر به تداوم نتایج درمان گردند. معنویت درمانی، دنیا را به گونه ای امن برای فرد ترسیم نموده و شرایطی را فراهم می‌سازد تا با تکنیک‌های مدیریت استرس بتواند رویدادهای ناگوار را تعدیل و کنترل نماید. بنابراین به دلیل ضرورت توجه به بیماری‌های مزمن، از جمله فشار خون بالا، وجود

- 1- Spirituality
- 2- Religious
- 3- Attitude
- 4- Beliefs
- 5- Spiritual therapy

6- Pre test-Post test with control group

ابزار

۱- پرسشنامه اضطراب کتل^۱: این مقیاس یکی از مؤثرترین ابزارهایی است که به صورت پرسشنامه کوتاه برای سنجش اضطراب فراهم آمده است [۳۹] که شامل ۴۰ سؤال با پاسخ های سه گزینه ای می باشد و توسط کتل (۱۹۷۵) ساخته شده است. در این پرسشنامه، ۲۰ سؤال، اضطراب پنهان (از پرسش ۱ تا ۲۰)، ۲۰ سؤال، اضطراب آشکار (از پرسش ۲۱ تا ۴۰) و کل سؤالات، اضطراب کلی را نشان می دهد. در نمره گذاری آزمون، بر اساس جدول نمره گذاری، نمرات، صفر، ۱ یا ۲ داده می شود. پس از آن نمره خام به دست آمده به نمره تراز شده تبدیل شده و موضع فرد نسبت به اضطراب مشخص می شود. نمره تراز شده ای که بین ۴ تا ۶ باشد، نشان دهنده اضطراب متوسط، نمره صفر تا ۳ نشان دهنده شخصیتی آرام، راحت و تنش زوده، نمره ۷ یا ۸ نشان دهنده روان آزردده مضطرب و نمره ۹ یا ۱۰ معرف فردی است که به منظور اصلاح موقعیت خود و یا به منظور مشورت یا روان درمانگری به کمک نیاز دارد. مقیاس اضطراب را می توان در هر دو جنس، در همه ی سنین بعد از ۱۴ تا ۱۵ سالگی و در اکثر فرهنگ ها به کار بست. [۴۰]. این مقیاس در سال ۱۳۶۸ توسط منصور و دادستان در آزمودنی‌های ایرانی، هنجاریابی شد. پایایی^۲ در این آزمون که از طریق اجرای مجدد آن و به دفعات متعدد انجام گرفته، بالای ۰/۷۰ بوده است [۴۱]. اضطراب کلی مقیاس کتل با شاخصهای دیگر، مثل اضطراب ولش^۳ همبستگی بالایی در حدود ۰/۷۲ دارد. اضطراب آشکار آن با مقیاس پورسل حدود ۰/۵۱ و با پرسشنامه اضطراب تایلور^۴ حدود ۰/۶۵ همبستگی دارد [۴۲]. در تحقیق پاشا (۱۳۸۴) پایایی آزمون اضطراب کتل به شیوه تصنیف ۰/۸۹ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار است [۴۳]. در تحقیق معرف زاده و همکاران (۱۳۸۹)، نیز ضرایب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف برای کل مقیاس محاسبه گردید که به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۵ به دست آمد که بیانگر ضرایب پایایی قابل قبول پرسشنامه می باشد [۴۴].

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (نسخه کوتاه): این پرسشنامه با همکاری سازمان جهانی بهداشت و حدود ۱۵ مرکز بین المللی تهیه شده است و در واقع یک معیار سنجش بین المللی می باشد؛ شکل اولیه پرسشنامه کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۱ طراحی شده و فرم اولیه ۱۰۰ سؤالی آن در سال ۱۹۹۵ و فرم نهایی ۱۰۰ سؤالی آن نیز در سال ۱۹۹۷ کامل شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه نیز توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۹) به منظور سنجش کیفیت زندگی طراحی شده است که دارای ۲۶ سؤال است. این پرسشنامه ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، رابطه اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می سنجد (هر یک از حیطه ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می باشد) دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهد. این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد. در هر حیطه، امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ به دست می آید که ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است [۴۶]. این مقیاس به ۱۹ زبان مختلف ترجمه شده است و در کشورهای متعددی برای اندازه گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده می شود. در ایران نصیری و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی^۵ و پایایی آن را مطلوب گزارش کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. نجات و همکاران (۱۳۸۶) ضریب آلفای پرسش نامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده اند و ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷۰ گزارش کرده اند [۴۷].

۳- دستگاه فشارسنج عقربه ای؟ در این پژوهش از دستگاه فشارسنج عقربه ای ریشتر با مدل کمی - ست استفاده شده است که شماره سریال آن ۰۳/۹۲۴۶-۵۱۱ می باشد.

روند اجرای پژوهش: به منظور جمع آوری داده ها، پس از اخذ مجوز از سرپرست مرکز بهداشت، هماهنگی با پزشک مربوطه و کسب رضایت از افراد برای همکاری، بیماران مبتلا به فشار خون بالا به صورت تصادفی از بین

1- Cattell,s Anxiety Scale

2- Reliability

3- Welsh

4- Taylor

5- Validity

6- Manometer

روانشناختی و دیدگاه معنوی نیز پرداخته شده است [۵۰]. شایان ذکر است از آنجا که ساختار تهیه راهنمای درمانی به شکل تلفیقی می باشد، لذا پیش از آموزش، راهنمای درمان فوق، به لحاظ کارآمدی و روایی محتوایی مورد تایید چند تن از روانشناسان بالینی قرار گرفت. خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی در جدول ۱ و ۲ آمده است.

جدول ۱) محتوای جلسات معنویت درمانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی سیستم آموزشی و بررسی پیش فرض اول انسان معنوی (نجات بخش بودن واقعیت)
دوم	بررسی پیش فرض دوم انسان معنوی (وابستگی احساسات به نگرش)
سوم	بررسی پیش فرض سوم انسان معنوی (اصل عمل)
چهارم	بررسی پیش فرض چهارم و پنجم انسان معنوی (اصل تقسیم بندی امور به تقسیم پذیر و تقسیم ناپذیر و جهان اخلاقی)
پنجم	بررسی پیش فرض ششم و هفتم انسان معنوی (در دسترس نبودن آینده به طور کامل و ارتباط با من وجودی)
ششم	بررسی پیش فرض هشتم انسان معنوی (اصل بودن)
هفتم	بررسی پیش فرض نهم انسان معنوی (اصل بخشش)
هشتم	بررسی پیش فرض دهم انسان معنوی (قربانی کردن)

جدول ۲) محتوای جلسات آموزش مدیریت استرس

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی سیستم آموزشی، معارفه، بیان قوانین گروه و مشکلات اصلی مراجع
دوم	معرفی فرم خودبازنگری به اعضا (موارد موقعیت استرس زا، افکار، رفتار، احساس و درجه بندی آن) بررسی پیش فرض اول و دوم انسان معنوی
سوم	آموزش آرمیدگی عضلانی
چهارم	شناخت عبارتهای خودبانی مثبت و منفی
پنجم	بررسی ترس از خودگویی های منفی
ششم	شناخت افکار خودآیند
هفتم	چالش با خودگویی های خودآیند
هشتم	آموزش مهارت حل مسأله

بیمارانی که دارای پرونده پزشکی و مراجعه منظم و مکرر به مرکز بهداشتی درمانی شهرستان کنگاور بودند انتخاب شدند. این بیماران افرادی بودند که بیماری آنها از قبل تشخیص داده شده بود و از چندین ماه تا چندین سال قبل داروی ضد فشار خون مصرف می کردند. بیماران به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. تعداد افراد در هر یک از گروه ها ۱۵ نفر بود. افراد در گروه های آزمایشی علاوه بر درمان دارویی، ترکیب آموزش مدیریت استرس با معنویت درمانی را نیز دریافت می کردند؛ اما افراد گروه کنترل، تنها درمان دارویی را دریافت می کردند. مدت برگزاری جلسات آموزشی گروه آزمایشی، ۸ جلسه بود. این جلسات روزهای دوشنبه از ساعت ۹ تا ۱۰/۳۰ طول می کشید. قبل از شروع جلسه اول در گروه ها، پرسشنامه های اضطراب و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به افراد گروه ها داده شد و میزان فشارخون (سیستولیک و دیاستولیک) آنان توسط پزشک مرکز ثبت شد (پیش آزمون). پس از خاتمه جلسات هفتگی (۸ جلسه)، مجدداً پرسشنامه های اضطراب و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به افراد دو گروه داده شد و میزان فشارخون (سیستولیک و دیاستولیک) آنان توسط پزشک مربوطه، ثبت شد (نمرات پس آزمون). طرح درمانی مشتمل بر ترکیب آموزش تلفیق استرس مایکنام با رویکردی شناختی رفتاری و تأکید بر یادگیری مهارتهای مقابله ای بویژه شناسایی خودگویی های منفی در موقعیت های استرس زا [۴۸] و آموزش معنویت درمانی مبتنی بر ریچاردز و برگین [۴۹] و آموزه های دینی با رویکردی یکپارچه نگر است. در باب راهنمای آموزش معنویت درمانی می توان گفت که با استفاده از منابع اسلامی و با توجه به بافت فرهنگی اجتماعی ایران طراحی شده است. همچنین مؤلفه های مکاتب شناختی، رفتاری، عاطفی و معنوی مورد بحث قرار می گیرد. در این روان درمانی یکپارچه گرای دینی از آموزه ها و راهکارهای دینی، نظیر نگرش مثبت به خویشتن، جهان هستی و حوادث، پرورش روحیه توکل و امیدواری، آموزش و تمرین صبر و بردباری و گذشت استفاده شده است. به مفهوم سازی و صورت بندی اولیه مشکل مراجعان در قالب مدل (معنویت) و ترسیم نمودار تعامل ابعاد جسم، خیال، عقل و قلب در شکل گیری و تشدید اضطراب با تکیه بر مدل های

یافته‌ها

اضطراب، کیفیت زندگی، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک نشان می‌دهد.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار گروه‌های کنترل و آزمایش را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای

جدول ۳) آماره‌های توصیفی دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای اضطراب، کیفیت زندگی، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک

گروه آزمایش				گروه کنترل				متغیر
پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۸۶	۴/۲۰	۱/۳۵	۶/۱۳	۱/۵۰	۶/۱۳	۱/۳۰	۶	اضطراب
۱/۹۵	۴۳/۵۳	۲/۳۵	۳۶/۸۶	۲/۷۴	۳۶/۶۰	۲/۴۴	۳۶/۵۳	کیفیت زندگی
۱۱/۳۱	۱۲۵/۶۶	۹/۴۲	۱۴۲/۱۶۶	۸/۹۰	۱۳۶/۶۰	۸/۴۲	۱۲۵/۶۶	فشارخون سیستولیک
۷/۹۷	۸۲	۸/۱۲	۸۶/۳۳	۸۷/۳	۸۴	۸۳/۷	۸۴	فشارخون دیاستولیک

آزمون لوین نیز حاکی از عدم معنی‌داری آن برای متغیرهای اضطراب ($F=۰/۵۰۵$, $P=۰/۴۷۳$)، کیفیت زندگی ($F=۱/۳۳$, $P=۰/۲۵۸$)، فشارخون سیستولیک ($F=۰/۳۷۹$, $P=۰/۳۷۹$) و فشارخون دیاستولیک ($F=۰/۷۹۸$, $P=۰/۸۱$) بود. همچنین نتایج آزمون بارتلت نیز بیانگر معنی‌داری آن بوده است ($X^2=۱۳۸/۳۳$, $P=۰/۰۰۰$). لذا می‌توان گفت از مفروضه یکسانی واریانس‌ها تخطی نشده است. در خصوص تفاوت یا عدم تفاوت کلی گروه‌ها در متغیرهای فوق، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. داده‌های حاصل از آن در جدول ۴ درج شده است:

همانطور که مشاهده می‌شود میانگین اضطراب و فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در پس‌آزمون گروه آزمایش کمتر از پیش‌آزمون می‌باشد. این در حالی است که میانگین کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه آزمایش افزایش یافته است. در هر حال، استنتاج تفاوت‌های معنی‌دار در این متغیرها مستلزم بکارگیری آزمون‌های مناسبی است. قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، احرازشدن پیش‌فرض‌های این روش توسط آزمون‌های باکس، لوین و بارتلت مورد بررسی قرار گرفت. براساس آزمون باکس که معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است ($F=۱/۷۱$, $P=۰/۰۷۲$) نتایج

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون اضطراب، کیفیت زندگی، فشارخون سیستولیک و فشارخون دیاستولیک

اثر	ارزش	F	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۶۹	۲۱/۱۲	۴	۲۱	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۳۰	۲۱/۱۲	۴	۲۱	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۲/۳۲	۲۱/۱۲	۴	۲۱	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه خطا	۲/۳۲	۱۲۲۱	۴	۲۱	۰/۰۰۰

چند متغیری معنادار به‌دست آمد، با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری به پیگیری هر یک از نتایج پرداخته شد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، جهت معنادار اثر متغیر مستقل را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود F به‌دست آمده در همه آزمون‌ها معنادار است ($P<۰/۰۵$). از آنجا که نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری دو گروه آزمایش و کنترل در اضطراب، کیفیت زندگی، فشار خون

سیستولیک و فشارخون دیاستولیک

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه تأثیر
گروه	اضطراب	۴۱/۲۲	۱	۴۱/۲۲	۵۰/۲۳	۰۰۰/۰	۴۹/۰
گروه	کیفیت زندگی	۶۰/۲۶۲	۱	۶۰/۲۶۲	۴۵۰/۲۸۴	۰۰۰/۰	۹۲/۰
گروه	فشار خون سیستولیک	۰۳/۱۳۸۲	۱	۰۳/۱۳۸۲	۶۵/۲۰	۰۰۰/۰	۴۲/۰
گروه	فشار خون دیاستولیک	۰۳/۱۳۸۲	۱	۰۳/۱۳۸۲	۵۲/۱	۲۲۹/۰	۰/۶۰

مطالعات همه حاکی از آن هستند که روش های مبتنی بر مدیریت استرس می توانند برای بیماران مبتلا به فشار خون مؤثر واقع شوند. همچنین نتایج به دست آمده با مطالعات کوئینگ^{۱۴} و همکاران [۶۴]، ابری^{۱۵} [۶۵]، شجاعیان و زمانی فرد [۶۶] الیسون^{۱۶} و همکاران [۶۷]، فلوراید^{۱۷} [۶۸] ویلسون و استیل^{۱۸} [۶۹]، گیواگنل^{۱۹} و همکاران [۷۰]، توبرن و مایر^{۲۰} [۷۱] همخوان است. این مطالعات نیز حکایت از تأثیر جنبه های معنوی و مذهبی بر کاهش استرس، اضطراب و فشارخون دارند. کنترل عواقب ناشی از عوامل استرس زا با استفاده از روش های مدیریت استرس می تواند توجه کننده بخشی از نتایج به دست آمده باشد. [۷۰، ۶۹]. از جمله هورمون هایی که تحت تأثیر استرس افزایش می یابد، هورمون های اپی نفرین و نور اپی نفرین هستند [۷۲] که ازدیاد آن ها در بدن باعث افزایش ضربان قلب و فشارخون می گردد. این پاسخگویی فیزیولوژیکی مفرط نهایتاً احتمال وقوع بیماری فشار خون بالا را افزایش می دهد؛ لذا استفاده از روش مدیریت استرس در سطح فیزیولوژیکی، تولید هورمون های اپی نفرین و نور اپی نفرین را کاهش داده که در نتیجه آن فشار خون در بیماران به میزان زیادی کاهش می یابد. همچنین تغییرات فیزیولوژیکی با کاهش فعالیت سیستم اعصاب سمپاتیک، هماهنگ بوده و می توانند منجر به کاهش علائم اضطراب و در نتیجه کاهش شدت فشار خون شوند. علاوه بر این با توجه به تأثیر روش مدیریت استرس، بر فعالیت های غد

مطابق مندرجات جدول ۵ می توان چنین برآورد کرد که گروه های آزمایش و کنترل در پس آزمون اضطراب، کیفیت زندگی و فشار خون تفاوت چشمگیری دارند ($P < 0.05$). بر اساس این یافته ها می توان گفت آموزش مدیریت استرس همراه با معنویت درمانی در پس آزمون باعث کاهش نمرات اضطراب و فشار خون سیستولیک و افزایش کیفیت زندگی شده است. این در حالی است که آموزش مدیریت استرس همراه با معنویت درمانی تأثیر معناداری بر فشارخون دیاستولیک نداشته است.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش ترکیبی مبتنی بر آموزش مدیریت استرس و معنویت درمانی می تواند فشارخون سیستولیک و اضطراب را کاهش داده، باعث افزایش کیفیت زندگی گردد به طور کلی این نتایج با یافته های ایروین و استون^۱ [۵۱]، استوارت و همکاران^۲ [۵۲]، گلاسگو^۳ و همکاران [۵۳]، کاستا^۴، و همکاران [۵۴]، آمیگو^۵ و همکاران [۵۵]، گریم^۶ و همکاران [۵۶]، تریب و دیویس^۷ [۵۷] مک کراتی^۸ [۵۸]، بارنس^۹ و همکاران [۵۹]، الکساندر^{۱۰} و همکاران [۶۰] رین فورس^{۱۱} و همکاران [۶۱]، اشنایدر^{۱۲} و همکاران [۶۲] بروان^{۱۳} [۶۳] همخوان است. این

- 1- Irvin & Stone
- 2- Stuart & etal
- 3- Glasgow
- 4- Casta
- 5- Amigo
- 6- Grimm
- 7- Tribe & Davis
- 8- Mc-Craty
- 9- Barnes
- 10- Alexander
- 11- Reinforce
- 12- Schnider
- 13- Brown

- 14- Koeing
- 15- Aubrey
- 16- Elisson
- 17- Floride
- 18- Wilson & Steel
- 19- Giovagnoli
- 20- Tubern & meier

می‌سازد. با توجه به اینکه استفاده از مرحله پیگیری می‌تواند به ارزیابی بهتر نتایج درمانی بیانجامد، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات مشابه این موضوع مدنظر قرار گیرد. از پیشنهادهای دیگر آن است که در مطالعات بعدی پژوهش حاضر بر روی مردان نیز بررسی گردد.

منابع

- 1- Ngougou EB1, Abovans V, Kouna P, Makandja R, Ecke Nzengue JE, Allogho CN, et al. Prevalence of cardiovascular disease in Gabon: A population study. *Arch Cardiovasc Dis*. 2012;105(2):77-83.
- 2- Celermajer DS, Chow CK, Marijon E, Anstey NM, Woo KS. Cardiovascular disease in the developing world: Prevalences, Patterns and the Potential of early disease detection. *J Am Coll Cardiol*. 2012;60(14):1207-16.
- 3- Kim HJ, Kim Y, Cho Y, Jun B, Oh KW. Trends in the prevalence of major cardiovascular disease risk factors among Korean adults: Results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey, 1998–2012. *Int J Cardiol*. 2014;174(1):64-72.
- 4- Hu Y. Survival analysis of cardiovascular diseases [Dissertations]. Saint Louis, US: Washington University; 2013. p. 1.
- 5- Cramer H1, Lauche R, Haller H, Steckhan N, Michalsen A, Dobos G.(2014). Effects of yoga on cardiovascular disease risk factors: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol*. 2014;173(2):170-83.
- 6- Chang LR. Patients' Perspectives in Following Hypertensive Guidelines on Sodium Intake and Lifestyle Modifications in Panama. [Dissertation]. Tampa, US: University of South Florida; 2013. p. 1-2.
- 7- Rich MW. Secondary prevention of Cardiovascular Disease in Older Adults. *Prog Cardiovasc Dis*. 2014;(1):2461-7.
- 8- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart Disease and Stroke Statistics: A Report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(1):220-2.
- 9- Mendis S, Puska P, Norrving B. Global Atlas on Cardiovascular Disease prevention and control, Geneva: World Health Organization; 2011. p. 2.
- 10- Chen Camano RR. Uncontrolled hypertension and associated factors in hypertensive patients at the Primary healthcare Center Luis H. Moreno, Panama: A feasibility study [Dissertations]. Tempa, US: University of South Florida; 2013. p. 1.
- 11- Basu S, Millett C. Social Epidemiology of Hypertension in Middle-Income Countries: Determinants of Prevalence, diagnosis, treatment and control in the WHO SAGE Study. *Hypertension*. 2013;62(1):18-26.

درون ریز، آرامش شناختی می‌تواند مشکلات و اختلالاتی که همراه با فشار خون هستند را نیز متأثر سازند. این روش می‌تواند علائم اضطراب را که به صورت همگام با بیماری فشار خون وجود دارد و بر افزایش آن اثر می‌گذارد، تقلیل دهد [۷۳]. به دنبال کاهش علائم اضطراب بیمار، خلق وی نیز به عنوان واکنشی به استرس‌ها و مشکلات، بهبود یافته و کیفیت زندگی را ارتقا می‌بخشد. در کنار تأثیری که مدیریت استرس بر فشار خون، اضطراب و کیفیت زندگی دارد، کاربست معنویت درمانی نیز می‌تواند اثر این روش بر کنترل استرس را دوچندان کند. معنویت درمانی باعث می‌شود که مشکلات ارزشی و وجودی حل شده و با به‌کارگیری صحیح اصول معنوی، زندگی در چارچوبی ایمن، غنی، وسیع و بامعنا قرار گیرد [۶۹]. با استفاده از این رویکرد، ارزش‌های معنوی به شکلی متعالی به کار گرفته می‌شوند و موجب ارتقای کارکرد روزانه و سلامت جسمی و روانی فرد می‌گردند [۳۱]. اینجاست که می‌توان به ارزش معنویت در تقابل با استرس، اذعان نمود. زوهر و مارشال^۱ (۲۰۰۰) معتقدند معنویت با دادن بینش عمیق به فرد، وی را در برابر رویدادها، حوادث زندگی، سختی‌ها و مشکلات آن بیمه می‌کند. در واقع فرد را قادر می‌سازد تا با صبر و تفکر با استرس‌های زندگی مقابله کرده و راه‌های منطقی و انسانی برای مشکلات بیابد [۷۵، ۷۴]. با توجه به آن که مدیریت استرس و معنویت منجر به کنترل استرس و فشارهای روزمره می‌شود، لذا اعمال ترکیبی دو روش فوق می‌تواند به منزله یک روش مداخله‌ای مفید در بهبود اضطراب، کیفیت زندگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون بالا به کار رود. پژوهش حاضر نیز همانند تمامی پژوهش‌ها با توجه به شرایط و ضوابط مربوط به تحقیقات علمی، واجد محدودیت‌هایی است که توصیه می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های آتی، آنها را مدنظر قرار داده و در صورت امکان مرتفع سازند؛ از جمله این محدودیت‌ها آن است که با توجه به عدم ادامه پژوهش در مرحله پیگیری به نظر می‌رسد، نمی‌توان در مورد تأثیر دراز مدت درمان به نتیجه قطعی رسید. همچنین نمونه این پژوهش شامل زنان مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان کنگاور می‌باشد که تعمیم آن به سایر افراد را با مشکل روبه‌رو

1- Zohar & marshal

- 24- Wolf M, Nunes F, Henkel A, Heinick A, Paul RJ. Influences stress responses on Quality of Life in students. *J Cell Physiol*. 2008;(312):432-44.
- 25- Tsiouli E, Pavlopoulos V, Alexopoulos EC, Chrousos G, Darviri CH. Short-Term impact of a stress management and Health Promotion Program on perceived stress, parental Stress, health locus of control, and Cortisol Levels in parents of children and adolescents with Diabetes Type 1: A Pilot Randomized Controlled Trial. *J Sci Heal*. 2014;10(2):88-98.
- 26- Leonhardt AM, Mitchell SG, Vogt J, Schürmann T. Critical Incident Stress Management (CISM) in complex systems: Cultural adaptation and safety impacts in healthcare. *Accid Anal Prev*. 2014;(68):172-80.
- 27- Tragea C, George P, Chrousos b, Evangelos C, Alexopoulos a, Christina D. A randomized controlled trial of the effects of a stress management program during pregnancy. *Compl Ther Med*. 2014;22(2):203-11.
- 28- Karimian N. Effectiveness of stress management of cognitive-behavioral on prevention of recurrence of substance abused men. *J Res Addiction*. 2011;5(20):73-86.
- 29- Kaplan H, Sadock B. Synopsis of psychiatry, 7th ed. Tehran: Arjmand; [Persian].
- 30- Ferasat A. Role of spirituality in healing stress related Disorders. *Int Pharma Sci*. 2013;3(4):32-43.
- 31- Harari J. The relationship between religiosity/spirituality and mental health in gay Orthodox Jews. [Dissertations]. Newyork, US: Fordham University; 2012. p. 4.
- 32- Yonker JE, Schnabelrauch C, DeHaan LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *J Adolescence*. 2012;35(2):299-314.
- 33- Kamitsis L, Francis Aj. Spirituality mediates the relationship between engagement with nature and psychological wellbeing. *J Environ Psychol*. 2013;(36):136-43.
- 34- Paniagua FA. Handbook of Multicultural Mental Health. London: Academic Press; 2008. p. 2-5.
- 35- Walborn F. Religion in Personality Theory. London: Academic Press; 2014. p. 21.
- 36- Saffari M, Mohammadi-Zaidi E, Palpoor-Haji Agha A. The role of religion on quality of life of patients with cancer. *J Hakim*. 2012;15(3):243-50.
- 37- Ebadi A, Afzal Sh, Rafiee AA, Saeed Y. The comparison of quality of life of men with hypertension and normal men. *J Midwifery*. 2011; 20(1):5-13.
- 38- Bolhari J, Nazari Gh, Zamanian S. Efficacy of approach of spiritual group therapy on decrease of amount of depression, anxiety and stress of in women with breast cancer. *Woman soc*. 2012;3(1):85-111. [Persian].
- 12- Lee MG. Prognostic impact of Diabetes Mellitus and Hypertension for mid-term outcome of patients with Acute Myocardial Infarction who underwent Percutaneous Coronary Intervention. *J Cardiol*. 2012;60(4):257-63.
- 13- De-Luca G, Van't-Hof AW, Huber K, Gibson CM, Bellandi F, Arntz HR, et al. Impact of Hypertension on Distal Embolization, Myocardial Perfusion and Mortality in patients with ST Segment Elevation Myocardial Infarction undergoing Primary Angioplasty. *Am J Cardiol*. 2013;112(8):1083-6.
- 14- Miller WL, Grill DE, Borlaug BA. Clinical features, Hemodynamics, and outcomes of Pulmonary Hypertension due to Chronic Heart Failure with reduced Ejection Fraction: Pulmonary Hypertension and Heart Failure. *Heart Failure*. 2013;1(4):290-9.
- 15- Diez J. Arterial Hypertension in patients with Heart Failure. *Heart Failure Clin*. 2014;10(2):233-42.
- 16- Gorgui J, Gorshkov M, Khan N, Daskalopoulou SS. Hypertension as a risk factor for Ischemic Stroke in Women. *Can J Cardiol*. 2014;30(7):774-82.
- 17- Safford M, Muntner D, Calhou, D. Apparent treatment resistant Hypertension and risk for Stroke, Coronary Heart Disease and all-cause mortality. *J Am Soc Hypertension*. 2014;(2):326-76.
- 18- Nicola LD, Gabbai FB, Agarwal R, Chiadini P, Borrelli S, Bellizzi V, et al. Prevalence and prognostic role of Resistant Hypertension in Chronic Kidney Disease patients. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(24):2461-7.
- 19- Emar MM, Habebb MA, Alnahal AA, Elshazlyd TA, Alatawie FO, Masoud FA. Prevalence of Pulmonary Hypertension in patients with Chronic Kidney Disease on and without dialysis. *Egyptian J Chest Dis Tuberculosis*. 2013;62(4):761-8.
- 20- Ahmed S, Palevsky HI. Pulmonary Arterial Hypertension related to Connective Tissue Disease: A Review. *Rheum Dis Clin North Am*. 2014;40(1):103-24.
- 21- Naamani N, Roberts KE. Portopulmonary Hypertension. *Clin Chest Med*. 2013;34(4):719-37.
- 22- Bobrovskaya L, Beard B, Bondarenko E, IBeig M, Jobling PH, Walker FR, et al. Does exposure to Chronic Stress influence blood pressure in Rats? *Auton Neurosci*. 2013;77(2):217-23.
- 23- Niinikoski H, Jula A, Viikari J, Rönnemaa T, Heino P, Lagström H. Blood Pressure Is Lower in Children and Adolescents With a Low-Saturated-Fat Diet Since Infancy: The Special Turku Coronary Risk Factor Intervention Project. *Hypertension*. 2009;(53):918-24.

- 55- Amigo I, Buceta JM, Becona E, Bueno AM. Cognitive behavioral treatment for essential hypertension: A controlled study. *Stress Med.* 1991;(7):103-8 .
- 56- Grimm RH, Grandits GA, Cutler JA, Stewart AL, McDonald RH, Svendsen K, et al. Relationships of quality of life measure to long term life style and drug treatment in the treatment of mild hypertension study. *Arch Intern Med.* 1997;(157):638-48 .
- 57- Tribe R, Davis H. Impact of transcendental meditation cardiovascular function. *J Psychosom res.* 2001;(51):597-615.
- 58- Mccraty T, Atkinson M, Tomasino D. Impact of work place stress reduction program on blood pressure and emotional health in hypertensive employees. *J Altern Complement Med.* 2003;(9):355-69.
- 59- Barnes VA, Treiber FA, Johnson MH. Impact of transcendental meditation on ambulatory blood pressure in African American adolescents. *Am J Hypertens.* 2004;17(4):360-9.
- 60- Alexander CN, Schneider RH, Johnson DW, Straggers F, Rainforth M, Salerno JW, et al .A randomized control trial of stress reduction for hypertension . *Inst Nat Med Prevent.* 2005;(2):103-11.
- 61- Rainforth M, Salerno JW, Anderson JW. Stress education programs in patients with elevated blood pressure. *Nat Inst Health – Nat heart – Lung blood press Inst.* (2007);9(6):520-8.
- 62- Schneider R, Reinforth MV, Inidich S, Gaylordking C, Salerno JW, Anderson JW. (2008). Hypertension. *Inst Nat Med Prevent.* 2008;(6):95-117.
- 63- Brown DR. Assessment of Spirituality in Counseling: The between Spirituality and Mental Health [Dissertation]. Auburn, US: Auburn University; 2008. p. 2-4.
- 64- Koeing HG, Oargament KI, Nielsen J. Religious Coping in the Nursing Home: A Bio Psycho Social Model. *Int Journal Psychiatry Med.* 1998;27(4):365-76.
- 65- Aubrey A. Treating stress and skin disease in tandem. San Diego: National publication; 2009. p. 14.
- 66- SHojaeeian R, Zamani Monfred A. The relation of prayer with mental health and career function in technical workers of armaments industries. *Though Behave.* 2002;(3):12-33.[Persian].
- 67- Elison CG, Burdette AM, Hill TD. Blessed Assurance: Religion and Spirituality and Tranquility among US Adults. *Soc Sci Res.* 2009;38(3):656-67.
- 68- Floride CG. The Influence of Spirituality/Religious on the Quality of Life of Long-Term Cancer Survivors [Dissertation]. Miami, US: University of Miami; 2008. p. 2.
- 39- Saatchi M, Kamkari p, Asgarian M. *Psychological Tests.* Tehran: Virayesh; 2010. p. 3. [Persian].
- 40- Peron M, Peron R. *Clinical Psychology.* Tehran: Besat; 2010. p. 2-11. [Persian].
- 41- Sharifi-DarAmaadi P, Agha-rashti M. Efficacy of education of coping styles on decrease of anxiety of parents of children with behavioral disorder. *J Res Fam.* 2004;1(2):149-69. [Persian].
- 42- Abbasi M. Relation of anxiety and parent with negative Perfectionism of Test Anxiety of students [Dissertation]. Tehran, Iran: University of Tehran; 2001. p. 3-5. [Persian].
- 43- Pasha GH. Effectiveness of Education of coping styles on decrease of anxiety, depression and personal items in students. *J Res Apply Psychol.* 2004;(25):1-2. [Persian].
- 44- Moarefzade S, Soodani M, Sharif Abadi A. The study of the effect of teaching of contrastive training skills oriented of Quran on reducing anxiety among high school girl student in Ahwaz. *Educ Psychol.* 2010;1(3):19-32. [Persian].
- 45- Rakhshandehroo S, Ghafari M. Qualification of Life. *Educ Health.* 2010;4(12):6-24. [Persian]].
- 46- Haghayegh SA. Efficacy cognitive behavioral group therapy on quality of life of health of patients with IBS syndrome [Dissertation]. Isfahan, Iran: Isfahan University; 2008. p. 72-3.[Persian].
- 47- Nejat SN, Montazeri A, Holakouee K, Kazam M, Majdzadeh SR. Standardization of World Health Organization Qualification of life: Translation and psycho metry of Iranian version. *Health Res Ins J.* 2007;4(4):1-12. [Persian].
- 48- Noori N, Janbozorgi M. Coping strategies with stress and Anxiety. Tehran: Arjmand; 2003.
- 49- Richards SP, Bergin AE. Casebook for A spiritual strategy in counseling and psychotherapy. Washington DC: American Psychological Association; 2004.
- 50- Rezvani R. Efficacy of spiritual therapy and meta cognitive therapy on anxiety of girl students of Isfahan's university [Dissertation]. Isfahan, Iran: Isfahan University; 2009. p. 92-9.[Persian].
- 51- Irvine Mj, Stone J. Relaxation and stress management of essential hypertension . *Natl cent bio technol inf.* 1986;30(4):437-50.
- 52- Stuart E, Caudili M, Leserman J, Dorrington C, friedman R, Benson H. No pharmacologic treatment of hypertension: A multiple risk factor approach. *J Cardiovasc Nurs.* 1987;(1):1-4.
- 53- Glasgow MS, Engle BT, Lugoff BC. A controlled study of a standardized behavioral stepped treatment for hypertension. *Psychosom Med.* 1989;(51):10-26.
- 54- Costa FV, Berghi C, Boschi S, Mussi A, Ambrosini E. Alarm reaction and serum K⁺ in hypertensive patients. *Am J Hypertens.* 1990;(3):638-40.

- 69- Wilson L, Steel E. Spirituality and Quality of Life Health Failure Patients. *Heart& Lung*. 2009;(36):263-4.
- 70- Giovagnoli RF, Meneses F, Villani A, Riva J, Pais-Riberio N, Martins DS. Spirituality and Quality of Life in Epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2010;(17):579-620.
- 71- Tubren T, Meier BP. Priming God-Related Concepts Increases Anxiety and Task Persistence. *J Soc Clin Psychol*. 2010;29(2):127-142.
- 72- Tomoyuki K. Differences in the clinical characteristics of depression state in patients with coronary artery disease and hypertension. *Auton Neurosci*. 2008;(144):76-89.
- 73- Gould D. Wound management and pain control. *Nurse Stan*. 1990;(14):47-54.
- 74- Fisher P. Therapeutic strategies for targeting excessive central sympathetic activation in human hypertension. *Exp Physiol*. 2010;95(5):572-80.
- 75- Zohar D, Marshal I. SQ : Spiritual intelligence, the ultimate intelligence. NewYork: Bloomsbury; 2000. p. 15-20.

Effectiveness of Mixed Therapy of Stress Management Training and Spiritual Therapy on Level of Blood Pressure, Anxiety and Quality of Life of High Blood Pressure Patients

Kalhornia-Golkar, M. *Ph.D Student., Banijamali, Sh. Ph.D., Bahrami, H. Ph.D., Hatami, H.R. Ph.D., Ahadi, H. Ph.D.

Abstract

Introduction: High blood pressure is one of chronic diseases that has much considered because of efficacy on other disorders and increase of mortality in life of human. The purpose of this study was evaluating of efficacy of mixed therapy of stress management training with spiritual therapy on blood pressure, anxiety and quality of life in patients with high blood pressure.

Method: This study research design was quasi-experimental and the plan was pre-test post-test with control group. The study population consisted all of patients with high blood pressure of Kermanshah Health Therapeutic centers. The statistical sample included 30 cases that located by two groups of experimental and control randomly. To select cases, available sampling manner used. All of samples had high anxiety and low quality of life. To assess anxiety, quality of life and blood pressure used Cattle's Anxiety scale, World Health Organization Quality of Life and manometer respective. Experimental group received mixed of 8 educating session stress management training with spiritual therapy in addition to pharmaceutical Therapy but control group continued pharmaceutical Therapy. Anxiety, quality of life, systolic and diastolic blood pressure recorded before and after training.

Results: The data analyzed by MANCOVA and ANCOVA showed that stress management training with spiritual therapy reduced systolic blood pressure, anxiety and increased quality of life but it didn't efficacy on diastolic blood pressure of patients with high blood pressure significantly.

Conclusion: Based on research findings, stress management training with spiritual therapy as a useful method of improvement of anxiety, quality of life and blood pressure in patients with high blood pressure.

Keywords: Stress Management Training, Spiritual Therapy, Blood Pressure, Anxiety, Quality of Life

*Correspondence E-mail:
maryamgol1986@yahoo.com