



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
FREIBURG

Philipps
Universität
Marburg

THE INDIAN JOURNAL
OF PSYCHOLOGY
AND PSYCHIATRY
INDIAN PSYCHOLOGICAL
SOCIETY
University of
Chennai
Department of Psychological
Studies & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

مقایسه اثربخشی درمان مذهبی و آموزش ایمن سازی در مقابل استرس در کاهش اضطراب و فشارخون بیماران مذهبی و غیر مذهبی مبتلا به فشارخون بالا

مریم کلهرنیا گلکار^۱ - حمید رضا حاتمی^۲ - نرگس فتحی احمدسرائی^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مذهبی و آموزش ایمن سازی در مقابل استرس در کاهش اضطراب و فشارخون بیماران مذهبی و غیر مذهبی مبتلا به فشارخون می باشد روش تحقیق آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل همه بیماران مبتلا به فشارخون در شهر کرج است که از میان مراکز بهداشت و درمان، به شیوه ی نمونه گیری داوطلبانه یک مرکز، انتخاب و سپس بصورت تصادفی تعداد ۴۰ بیمار به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند، سپس به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل، قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش با توجه به نمره پرسشنامه دینداری به دو گروه تقسیم شده و تحت آموزش قرار گرفتند. بیماران مذهبی علاوه بر آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، تحت درمان مذهبی هم بودند. ابزار سنجش پرسشنامه دینداری، مقیاس اضطراب کتل و دستگاه فشارسنج بود. داده ها از طریق تحلیل واریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ بررسی شدند. نتایج بیانگر اثربخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس در کاهش اضطراب و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون بالا و افزایش این اثربخشی بواسطه اعمال درمان مذهبی در بیماران مذهبی بود ($P < 0/05$). **واژه‌های کلیدی:** درمان مذهبی، ایمن سازی در مقابل استرس، اضطراب فشارخون بالا

and Stress Inoculation Training on Therapy The Comparison of Effectiveness of Religious of Level of Anxiety and Blood Pressure of High Blood Pressure Patients Reduction

Abstract

The aim of the present research was to assess the effectiveness of Religious therapy and stress inoculation on reduction of level of anxiety and blood pressure of high blood pressure patients. The method is experimental, and its plan is pretest- posttest with control group design. In This study Statistical population included all of patients with high blood pressure that live in karaj city, The research sample included 40 cases and were selected randomly and placed in two groups: experimental and control. Then experimental group division two groups according to

^۱. نویسنده مسئول دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات: maryamgol1986@yahoo.com

^۲. استادیار دانشگاه امام حسین

^۳. دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات اصفهان

religiousness questionnaire and received stress inoculation training. Religious patients are affected by Religious therapy also. Assessment instruments consist of religiousness questionnaire, Cattell's anxiety questionnaire and manometer. The results of this study showed that Effectiveness of stress inoculation on reduction of anxiety and blood pressure of high blood pressure patients, also increase of this effectiveness by Religious therapy in Religious patients.

Key words: Religious Therapy, Stress Inoculation Training, Anxiety, High Blood Pressure

مقدمه

چندین هزار سال است که اعتقاد پزشکان این است که روان (فکر و احساسات) می تواند بر جسم تأثیر بگذارد و متقابلاً تغییرات جسم و بدن هم می تواند حالات روانی متفاوتی را برانگیزد. بسیاری از دانشمندان معتقدند که برخی از بیماری های جسمی مانند اختلالات قلبی - عروقی می تواند ناشی از تجربه استرس باشد (بهادران و پورناصح، ۱۳۸۶). در حقیقت محرکهای آزارنده علاوه بر آنکه واکنشهای هیجانی منفی ایجاد می کنند، می توانند سلامت جسمانی افراد را به خطر اندازند (کارلسون^۱، ترجمه پژوهام، ۱۳۸۷). از نخستین علت اساسی همه بیماری ها، افسردگی، احساس تنهایی و جدا شدن انسان از قدرت الهی است. اگر انسان برای مقابله با آفات احساس تنهایی به خداوند عالم، قادر و خیرخواه پناه ببرد و در هر زمان و مکان، در جمع یا خلوت، از درون با معبود خود راز و نیاز کند، از افسردگی و آثار آن نجات می یابد. و این کارکرد تنها در سایه اعتقاد به خدا و دین داری تحقق می یابد (کوینگ^۲، ترجمه نجفی، ۱۳۸۶). بیماری فشارخون بالا بعنوان یک اختلال فراگیر، یکی از بیماری های جسمی است که تعامل عوامل روانی اجتماعی با عوامل فیزیولوژیک در پدید آیی، تشدید و درمان آن نقش بسیار اساسی را ایفا می کند (کوینگ و همکاران، ترجمه شمسی پور، ۱۳۸۷). نام دیگر فشار خون بالا، هایپرتانسیون است (پارک و تانک^۳، ۲۰۰۹). برخی منابع، دست نوشته های ساشهاراتا^۴ را در قرن ششم بعنوان اولین توجه به علائم شبه هایپرتانسیون ذکر کرده اند. برخی دیگر می پندارند که اولین توضیحات مربوط به هایپرتانسیون در ۲۶۰۰ سال قبل از میلاد مسیح بوده است. (گریش و شریدهار^۵، ۲۰۰۷). این بیماری که از بیماری های روان تنی به شمار می رود، عبارتست از بالا رفتن فشارخون به میزان ۱۶۰ میلی متر جیوه سیستولیک و یا ۹۵ میلی متر جیوه دیاستولیک، یا بیشتر از آن؛ که ممکنست اولیه (بدون علت شناخته شده) یا ثانویه به یک بیماری شناخته شده طبی باشد (کاپلان و سادوک^۵، ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷) همچنین از شایع ترین اختلالات قلبی - عروقی است که در جوامع روبه توسعه افزایش چشمگیری دارد. طی پژوهشی در شهر اصفهان مشخص شد که حدود

¹ - Carlson

² - Park & Tank

³ - Sasharta

⁴ - Grish & Shridhare

⁵ - Kaplan & Sadook

۲۸ درصد از افراد بالای ۱۸ سال مبتلا به فشارخون بالا هستند و یا داروی ضد فشارخون مصرف می کنند (انصاری و همکاران، ۱۳۸۷). این بیماری می تواند معلول وجود مشکلات روانی (خصوصاً در نوع اولیه) باشد و یا این که تحت عوامل و فشارزاهای روانی تشدید شود (اولمن ۱، ۱۹۹۳). این بیماری با سبب شناسی پیچیده ای همراه است. از ریسک فاکتور های هایپر تانسیون می توان به ژنتیک، تغذیه، مصرف سیگار و الکل (هاریسون ۲، ترجمه رحیم زاده، ۱۳۸۰) دیابت شیرین، استعمال دخانیات، چاقی تنه ای (افشار و همکاران، ۱۳۸۵) و اکنش قلبی عروقی به فشار روانی (لیندن و موزلی ۳، ۲۰۰۱)، عوامل روانی اجتماعی (بارنس و همکاران ۴، ۲۰۰۳) ورزش نکردن (پارک و تانک، ۲۰۰۹)، سن بالای ۳۵ سال (بریگجون ۵، ۲۰۰۹) و آلودگی صوتی (آگنتا و همکاران ۶، ۲۰۰۷) اشاره کرد. تا کنون درمان های دارویی و غیر دارویی مختلفی برای مقابله با هایپر تانسیون مورد استفاده قرار گرفته است (هاریسون، ترجمه رحیم زاده، ۱۳۸۰). برای بیشتر افراد، هدف درمان فشارخون بالا، رساندن میزان فشارخون به زیر ۱۴۰/۹۰ است. دو شیوه معمول که برای کنترل فشار خون بالا استفاده می شود دارودرمانی و تغییر (اصلاح) سبک زندگی است. (پارک و تانک، ۲۰۰۹) ۵ گروه دارویی اصلی که برای درمان فشار خون بالا به کار می روند عبارتند از: دیورتیک های تیازیدی مثل هیدروکلروتیازید، آنتاگونیست های کلسیم هایم مثل دیلتیازم، مهارکننده های ACE مثل کاپتوپریل، بلوک کننده های گیرنده آنتیوتانسین مثل لوزارتان و بتابلوکراهایی چون آنتولول (سموات و نجمی، ۱۳۸۷). در رابطه با تغییرات سبک زندگی می توان به پیروی از رژیم غذایی حاوی کلسیم، پتاسیم و منیزم در سبزیجات و لبنیات (پارک و تانک، ۲۰۰۹)، کاهش وزن، فعالیت فیزیکی بیشتر، قطع سیگار، کم کردن نوشیدن الکل، مصرف نمک کمتر و مدیریت استرس (کاپلان، ۲۰۱۰) اشاره کرد. اکنون روشن شده است که رویکردهای روان شناختی در درمان فشارخون بالا همراه با استفاده از مقادیر کم دارو ارزش بسیار زیادی دارند (سارافینو ۷ و ترجمه میرزایی و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین مطالعات روانشناختی سنت های روحانی شرق، مانند ذکر و دعا و نظایر آنها، نه تنها پیشتاز بسیاری از شیوه های روان درمانی بوده، بلکه امروزه از مؤثرترین شیوه ها می باشد (الیاده ۸، ترجمه خرمشاهی، ۱۳۷۵). دینداری باعث کاهش ترس ها و اضطراب ها می شود و آرامش خاطر را را جایگزین آنها می کند (آذربایجانی، ۱۳۸۷). به طور کلی تنش روانشناختی، فعالیت سیستم عصبی خودکار را افزایش می دهد که باعث بروز مشکلات قلبی و زخم معده می شود. و منجر می شود که غده آدرنال، اپی نفرین و نور اپی نفرین ۹ ترشح کند، که باعث بسته بسته شدن رگهای خونی می شوند و در ایجاد بیماری فشار خون بالا و بیماری های عروق و بی نظمی در ریتم قلبی، سهم دارند. در نتیجه

¹ - Ulman

² - Harison

³ - Linden & Moosley

⁴ - Barnes & etal

⁵ - Brigjon

⁶ - Agenta & etal

⁷ - Sarafino

⁸ - Elyade

⁹ - Norephinephrin

این افراد بیشتر در معرض مرگ قرار می‌گیرند (کونیگ^۱، ترجمه نجفی، ۱۳۸۶). به طور کلی دین در رویارویی با استرس‌های زندگی، آثار سوء بحران‌های شدید را کاهش می‌دهد. افراد متدین برای مقابله با استرس به خوبی از راهکارهای دینی بهره‌مند می‌شوند. زیرا واکنش آنها به استرس تحت تأثیر عواملی چون حمایت اجتماعی، سخت‌کوشی فردی، اتصال به قدرت بی‌پایان و مانند آن قرار می‌گیرد، که موجب کاهش استرس در فرد می‌شود. پس مهمترین تأثیر دین در مقابله با استرس به خاطر نقشی است که در فرآیند ارزشیابی استرس دارد (دادفر، ۱۳۸۷). استرسی که منجر به فشارخون بالا در یک فرد می‌شود می‌تواند بر فرد دیگر تأثیری نداشته باشد. از آن جا که افراد به طور شخصی به عوامل فشارزای روانی پاسخ می‌دهند، بنابراین تکنیک‌های مدیریت استرس برای هر شخص متناسب با اوست و راهکاری وجود ندارد که برای همه مفید باشد (کیل^۲، ۲۰۰۴). هسته اصلی اکثر برنامه‌های مدیریت استرس را مهارت‌های خودنگری، بازسازی شناختی، فنون آرام‌سازی و مدیریت زمان تشکیل می‌دهد (کاپلان و سادوک، ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷). استوارت و همکاران^۳ (۱۹۸۷) در مطالعه خود نشان دادند که درمانهای غیر دارویی فشارخون بالا شامل تن آرامی، رژیم غذایی و مدیریت استرس بر کاهش فشارخون، وزن و علائم روانشناختی تأثیر معناداری دارد. بوستا و همکاران^۴ (۱۹۹۰) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس منجر به کاهش اضطراب و فشارخون در گروه آزمایش شد. انصاری، مولوی و نشاط دوست (۱۳۸۸) در پژوهشی که در بین بیماران مبتلا به فشارخون بالا انجام شد نشان دادند که آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر کاهش فشارخون و به طور کلی علائم جسمی بیماران، اثربخشی معناداری دارد. همچنین در بسیاری از موارد، دعا، باعث بهبودی سریع حال بیماران شده، برای معالجه امراض روحی بسیار مؤثر می‌باشد و صحت جسمی و روانی را در پی خواهد داشت (جیمز^۵، ترجمه قائمی، ۱۳۸۴). به نوشته ویلیام پارکر و الن سنت جانز قطعی به نظر می‌رسد که نیایش درمانی نه تنها مؤثرترین عامل معالجه است، بلکه نیایشی که از روی فهم صورت گیرد، می‌تواند مهمترین ابزار در بازسازی شخصیت انسان باشد (ام وولف^۶، ترجمه دهقانی، ۱۳۸۶، ص ۲۵۸) استراوبریچ و همکاران^۷ (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای ارتباط بین مذهب و تداوم دریافت مراقبت‌های پزشکی مناسب را نشان می‌دهند. بانادونا^۸ معتقد است که در مذاهب عمده دنیا، دعا باعث ایجاد آرامش در افراد می‌شود و افراد را به سمت خوب بودن هدایت مینماید (بانادونا، ۲۰۰۳). کویل نیز بر اهمیت اعتقادات معنوی در پذیرش و سازگاری با تغییر تأکید می‌کند. همچنین اعتقادات مذهبی مثبت در بیماران مزمن که اغلب در مواجهه با استرس‌زاهای فیزیکی و روانی هستند، توسط افراد برای سازگاری عمل کرده و منجر به رفع استرس می‌شوند یا از طریق شکل دهی فرآیند سازگاری بیماران با بیماری، باعث کاهش استرس و

1 - Coonig

2 - Keil

3 - Stuart & etal

4 - Boosta & etal

5 - James

6 - Emvoolf

7 - Strauvebrich & etal

8 - Bandona

اضطراب در بیماران میگردند. (کویل، ۲۰۰۲، ۱) (آلفن، ۲۰۰۲، ۲) و همکاران گزارش می کنند که درگیری با مذهب باعث حفاظت افراد در بُعد روانی و سلامت جسمانی می شود. در مطالعه آنها، رفتن به کلیسا به طور معنی ندادی با کاهش میزان افسردگی در ارتباط است و این افراد از نظر سلامت عمومی در وضعیت بهتری نسبت به بیماران دیگر هستند تقویت اعتقاد و ایمان در بیماران باعث مواجهه سهل با اثرات منفی بیماریهای مزمن شده و از سوی دیگر عضویت در کلیساها می تواند ضمن ایجاد ارتباط اجتماعی، دسترسی به منابع و حل مشکلات بیماران را افزایش دهد. اعتقادات مذهبی مثبت و منفی بر سازگاری، بر میزان افسردگی و احترام به نفس بیماران موثر است؛ اعتقادات مذهبی مثبت می توانند حمایت روانی لازم را برای بیماران تامین نماید (آلفن و همکاران، ۲۰۰۳). با توجه به میزان بالای شیوع فشارخون بالا و عوارض و آسیب های آن و اثربخشی اعتقادات معنوی در کنترل استرس و بیماری و همچنین تاثیر گذاری مدیریت استرس بر کاهش بیماری فشارخون بالا، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مذهبی و آموزش ایمن سازی در مقابل استرس در کاهش اضطراب و فشارخون بیماران مذهبی و غیرمذهبی مبتلا به فشارخون بالا انجام شد. در این راستا فرضیه های زیر مطرح گردید:

۱. درمان مذهبی و آموزش ایمن سازی در مقابل استرس در کاهش اضطراب بیماران مذهبی مبتلا به فشارخون بالا اثربخشی بیشتری دارد.

۲. درمان مذهبی و آموزش ایمن سازی در مقابل استرس در کاهش فشارخون بیماران مذهبی مبتلا به فشارخون بالا اثربخشی بیشتری دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه؛ در پژوهش حاضر از روش آزمایشی استفاده شد. طرح پژوهش حاضر از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری شامل همه بیماران مبتلا به فشارخون در در شهر کرج است، که از میان مراکز بهداشت و درمان، به شیوه ی نمونه گیری داوطلبانه یک مرکز انتخاب و سپس به صورت تصادفی تعداد ۴۰ بیمار به عنوان نمونه ی پژوهش گزینش و به لحاظ عدم ابتلا به بیماری های دیگر، همتاسازی شدند. سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و افراد گروه آزمایش با توجه به نمره آزمون دینداری به دو گروه تقسیم شدند، سپس هر دو گروه تحت آموزش قرار گرفتند. روش اجرای جلسات آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بدین صورت بود که بیماران گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی (۱ ساعت و ۳۰ دقیقه) تحت آموزش گروهی ایمن سازی در مقابل استرس بر مبنای اصول شناختی رفتاری قرار گرفتند، در حالی

¹ - Coyle

² - Olfen

که گروه کنترل این آموزش را دریافت نکرد. این برنامه آموزشی با بهره گیری از منابع معتبر علمی و بر اساس مدل رفتاری شناختی مایکنبام^۱ (۱۹۸۶) تنظیم شده بود و دربردارنده مفهوم سازی ماهیت تعاملی استرس، اجرای فن تصویرپردازی ذهنی، آموزش آرمیدگی، شناخت عبارات خودبیانی مثبت و منفی، بازسازی شناختی، چالش با خودگویی های اتوماتیک و آموزش مهارت حل مسئله بود. سپس فشار خون افراد مورد بررسی قرار گرفت. بیماران مذهبی علاوه بر آموزش ایمن سازی، تحت درمان مذهبی هم قرار گرفته بودند و علاوه بر جلسات فوق، تکالیفی جهت شرکت مستمر در مراسم مذهبی، گوش دادن به نوای قرآن و دعا به شکل روزانه به آنها توصیه شد. سپس فشار خون بیماران مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس بررسی شدند.

ابزار سنجش

پرسشنامه دینداری؛ این پرسش نامه توسط سراج زاده (۱۳۸۶) و براساس مدل گلاک و ستارک^۲، با اسلام و بویژه اسلام شیعی تطبیق داده و متناسب شده است. این پرسش نامه شامل ۲۶ سؤال است و ۴ بعد دینداری را می‌سنجد که به ترتیب عبارتند از: (۱) بعد اعتقادی یا باورهای دینی، (۲) بعد عواطف دینی، (۳) بعد پیامدی یا آثار دینی، (۴) بعد مناسکی یا اعمال دینی. کلیه عبارات پرسشنامه، سؤالات نگرشی بوده و در طول یک طیف پنج قسمتی از نوع لیکرت ارزش گذاری شده‌اند. ضرایب آلفای استاندارد چهار مقیاس مربوط به چهار بعد دینداری بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ نوسان داشتند، به استثنای بعد عواطف دینی، که ضریب آلفای آن ۰/۵۶ بود. سراج زاده، به منظور بررسی مقدماتی پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی (با فاصله دو هفته) بر روی نمونه‌ای از دانش‌آموزان استفاده کرد. ضریب آلفای استاندارد شده ۰/۶۳ و ضریب همبستگی نمرات نوبت اول و دوم ۰/۸۰ بوده است. در اجرای نهایی پرسشنامه، آلفای ابعاد مختلف دینداری بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۳ بدست آمد. همچنین آلفای سنج کلی دینداری، که براساس نمره پاسخگویان در چهار بعد فرعی دینداری محاسبه شد، ۰/۸۳ بود (سراج زاده، ۱۳۸۶).

مقیاس اضطراب کتل^۳ است که پرسشنامه ای ۴۰ سوالی بوده و این مقیاس، سه ارزشی لیکرت بوده و نیز یک معیار تشخیصی است و برای ترسیم نمودار تحول بیماری به کار می‌رود. همچنین پایایی آزمون اضطراب کتل، از طریق ضریب همبستگی بین ۰/۸۶ و ۰/۹۲ در نوسان است (حسنی، ۱۳۸۸).

دستگاه فشارسنج^۴؛ دستگاه مورد استفاده در پژوهش، از نوع عقربه ای ریشتر با مدل کمی - ست بود

1 - Micknbam

2 - Glac & Stark

3 - Cattle Anxiety Questionnaire

4 - Manometer

یافته ها

در این مطالعه تعداد ۴۰ نفر شرکت داشتند. میانگین سطح اضطراب و فشارخون پیش آزمون در گروه های آزمایش و کنترل به ترتیب ۳۲.۴۴ و ۳۲.۵۵ و در پس آزمون به ترتیب ۲۸.۸ و ۳۰.۰۵۰ بود.

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود، نمرات سطح اضطراب پیش آزمون گروه های آزمایش و کنترل تفاوت چندانی ندارد؛ اما اعمال درمان، تفاوت معنا دار و قابل ملاحظه ای را در پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل نشان می دهد و ما شاهد کاهش بیشتر سطح اضطراب در گروه آزمایش هستیم؛ این تفاوت ناشی از اعمال درمان مذهبی در افراد مذهبی می باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون اضطراب درد و گروه

گروه ها	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۲۰	۳۲/۴۴	۴/۹۳	۲۸/۸	۴/۱۶
کنترل	۲۰	۳۲/۵۵	۵/۰۲	۳۰/۰۵۰	۴/۲۸

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، اعمال آموزش در هر دو گروه آزمایش و کنترل سبب کاهش فشارخون بیماران شده است، همچنین انجام تکالیف مذهبی این اثربخشی را در گروه آزمایش افزایش داده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون فشارخون در دو گروه

گروه ها	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۲۰	۱۴/۹	۳/۶	۱۲/۷	۱/۳
کنترل	۲۰	۱۵/۵	۴/۰	۱۳/۴	۲/۴

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس برای اندازه گیری سطح اضطراب در دو گروه

تحلیل	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجدورات	مقدار F	سطح معناداری
مدل اصلاح شده	۲۰۴/۸	۳	۶۸/۲۷	۳/۲۰	۰/۰۲۸
گروهها (کنترل و آزمایشی)	۲۰۴/۸۳	۳	۶۸/۲۷	۳/۲۰	۰/۰۲۸
سطوح (پیش و پس آزمون)	۷۶۶۹۴/۱	۱	۷۶۶۹۴/۱	۳۵۹۷/۸	۰/۰
خطا	۱۶۲۰/۰۴۹	۷۶	۲۱/۳۱		
کل	۷۸۵۱۹	۸۰			
کل اصلاح شده	۱۸۲۴/۸۸	۷۹			

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، جلسات آموزشی ایمن سازی در مقابل استرس، در کاهش سطح اضطراب بیماران موثر است. با توجه به نمره های سطح اضطراب بیماران گروهها (کنترل و آزمایشی) $F = 3.20$ و $sig = 0.028$ است. در بین گروه های آزمایشی و کنترل $sig^{\alpha} >$ معنی دار است؛ یعنی بین نمره های سطح اضطراب در گروه های آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد. با توجه به نتایج بدست آمده می توان این گونه نتیجه گرفت که جلسات آموزشی ایمن سازی در مقابل استرس در کاهش سطح اضطراب بیماران گروه آزمایش موثر است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس برای اندازه گیری سطح فشار خون در دو گروه

سطح معناداری	مقدار F	میانگین مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	تحلیل
۰/۰۱۹	۳/۵	۳۳/۱	۳	۹۹/۴	مدل اصلاح شده
۰/۰۱۹	۳/۵	۳۳/۱	۳	۹۹/۴	گروهها (کنترل و آزمایشی)
۰/۰	۱۶۹۵/۰۵	۱۶۰۴۶/۱	۱	۱۶۰۴۶/۱	سطوح (پیش و پس آزمون)
		۹/۴۶	۷۶	۷۱۹/۴۴	خطا
			۸۰	۱۶۸۶۵	کل
			۷۹	۸۱۸/۸۸	کل اصلاح شده

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، جلسات آموزشی ایمن سازی در مقابل استرس، در کاهش سطح فشارخون موثر است، با توجه به نمره های اندازه گیری سطح فشارخون گروهها (کنترل و آزمایشی) $F = 3.5$ و $sig = 0.019$ است. در بین گروه های آزمایشی و کنترل $sig > \alpha$ معنی دار است؛ یعنی بین نمره های سطح فشارخون در گروه های آزمایشی و کنترل تفاوت وجود دارد. با توجه به نتایج بدست آمده می توان این گونه نتیجه گرفت که جلسات آموزشی ایمن سازی در مقابل استرس، در کاهش سطح فشارخون بیماران گروه آزمایش موثر است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مذهبی و آموزش ایمن سازی در مقابل استرس در کاهش اضطراب و فشارخون بیماران مذهبی و غیرمذهبی مبتلا به فشارخون بالا انجام شد.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آنست که اعمال آموزش ایمن سازی در مقابل استرس سبب کاهش اضطراب و فشارخون بیماران شده است، که با نتایج مطالعات استوارت و همکاران (۱۹۸۷)، بوستا و همکاران (۱۹۹۰) وانصاری، مولوی و نشاط دوست (۱۳۸۸) همخوانی دارد. از طرف دیگر نیز می توان گفت که اعتقادات معنوی مثبت، عامل مهمی بر حفظ سلامتی، و سازگاری با بیماری است. و ضمن افزایش احساس سلامتی بیماران در بعد روانی و در نتیجه کاهش میزان افسردگی ناشی از ابتلای به بیماری مزمن، با ایجاد احساس هدف مندی امور در نزد بیماران شده، تمایل آنان را به ایجاد تغییرات مطلوب در شیوه زندگی به دنبال بیماری و توجه به رژیم درمانی افزایش می دهد. اعتقادات مثبت باعث برخورد راحت با اثرات منفی بیماری های مزمن، رضایت از زندگی و کاهش افسردگی و اضطراب بیماران می شود. همچنین درمان مذهبی اثربخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس را در گروه مذهبی افزایش داده است. بوسینگ نیز در مطالعه خود ارتباط معنی داری بین اعتقادات مذهبی مثبت و خوب بودن به لحاظ روانشناختی در بیماران مزمن نشان میدهد. در حقیقت بین معنویت و توانایی سازگاری با بیماری در بیماران مزمن ارتباط قوی وجود دارد و وجود اعتقادات روانی و مذهبی باعث کاهش سطح درد، کاهش انزوای اجتماعی، افزایش رضایت از زندگی و کاهش افسردگی می شود همچنین بین معنویت و توان سازگاری با استرس و بیماری و کاهش افسردگی و اضطراب ارتباط وجود دارد. اعتقادات معنوی عنصر کلیدی در امیدواری هستند و اثر قوی بر بهبود رفتارهای بهداشتی ضعیف دارند همچنین دارای قدرت پیشگیری، بهبود و سازگاری با بیماری هستند و از بیماران در برابر ناامیدی محافظت می کند (بوسینگ و همکاران، ۲۰۰۵). از محدودیت های اصلی پژوهش حاضر، استفاده از آزمودنی های داوطلب است که باید در تعمیم نتایج، جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از شیوه نمونه گیری غیر داوطلبانه استفاده شود.

منابع

- آذربایجانی، م. (۱۳۸۷). روان شناسی دین از دیدگاه ویلیام جیمز. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- افشار، ر. (۱۳۸۵). هایپرتانسیون. تهران: تابش اندیشه.
- انصاری، ف، و مولوی، ح، و نشاط دوست، ح. ط. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش ایمن سازی در مقابل فشار روانی بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به فشار خون بالا. فصلنامه پژوهشهای روانشناختی، ۳ و ۴، ۹۳-۸۲
- بهادران، کا و پور ناصح، م. (۱۳۸۶). آرامش در ژرفا (۱). تهران: سمت.
- الیاده، م. (۱۳۷۵). دین پژوهی، جلد اول (ترجمه خرماشاهی، ب. ا.). تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- ام وولف، د. (۱۳۸۶). روانشناسی دین (ترجمه دهقانی، م.). تهران: رشد.
- جیمز، و. (۱۳۷۲). دین و روان (ترجمه قائنی، م.). قم: سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی.

حسینی ، ا. (۱۳۸۸) بررسی عملکرد حافظه افراد اقدام کننده به خودکشی و دارای اضطراب مرگ؛ شرح حال و قضاوت .پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم .

دادفر، م. (۱۳۸۷). بررسی نقش دین در بهداشت روانی و فرآیندهای روانی درمانی .مجله نقد و نظر، ۳۵ و ۳۶ . ۸۴-۱۲۱ .

سادوک، ب.ج و سادوک، و. ا(۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک (ترجمه رضاعی، ف). تهران: ارجمند سارافینو، پ. ا. (۱۳۸۷). روانشناسی سلامت (ترجمه میرزایی، ا و همکاران). تهران : رشد .

سراج زاده، س.ح. (۱۳۸۶). مقایسه تجربی سنج‌های دینداری: دلالت‌های روش شناسانه کاربرد سه سنج در یک جمعیت. جامعه شناسی ایران، ۸(۴)، ۷۰-۳۷

سموات ، ط و نجمی ، م. (۱۳۸۶). راهنمای بالینی ارزیابی ، تشخیص و درمان فشار خون بالا . تهران : اندیشمند .

کارلسون ، ن. ا. (۱۳۸۷). مبانی روانشناسی فیزیولوژیک (ترجمه پڑهان، م). تهران : ارکان دانش.

کرینگ ، آن. ام و دیویسون ، ج. سی و نیل ، ج. ام و جانسون ، ش. ال (۱۳۸۷) . آسیب شناسی روانی . (ترجمه شمسی پور، ح). تهران : ارجمند.

کونینگ، ه. جی. (۱۳۸۶) آیا دین برای سلامتی شما سودمند است؟ آثار دین بر بهداشت جسم و روان (ترجمه نجفی، ب). تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

هاریسون، تنسلی رادولف (۱۳۸۰). اصول طب داخلی هاریسون (ترجمه فلاح رحیم زاده و همکاران). تهران : نشر اشتیاق .

Agneta ، H ., Erikson , C ., Rosenlund , M ., pershagen , G ., Ostens , C . & Bluhm , G . (2007). Cardiovascular disease. Philadelphia : William & Wikins.

Barnas , V . A. & Nidich , S . I . (2003). A randomized controlled trial of stress reduction in African Americans treated for hypertension for over one year Medicine and. AMJ hypertension , 18 (1) , 80-89.

Bonadonna, R. (2003). Meditation's impact on chronic illness. Holistic NursPract, 17(6), 309-319.

Brygjon , R. J . (2009). Hypertension / High blood pressure . Health center .

Bussing A, Ostermann T, Matthiessen PF. (2005) Role of religion and spirituality in medical patients:

Confirmatory results with the

SpREUK questionnaire. Health Qual Life Outcomes.

Coyle J (2002). Spirituality and health: Towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *J Adv Nurs*, 37(6):589-597.

Girish, G & Shridhar, D. (2007). History of medicine. India: Government of India .

Kaplan, N. M. & Victor, S. (2010). *Kaplan's clinical hypertension*. Philadelphia: William & Wilkins .

Keil, R. M. K. (2004). Coping and stress: *Journal of advanced Nursing* . 45 (6) . (659- 665) .

Linden, W., Moseley, J. V. (2001). The efficacy of behavioral treatment for hypertension: national library of Medicine .

Olphen J, Schulz A, Israel B, Chatters L, Klem L, Parker E (2003). Religious involvement, social support and health among African-American women on the east side of Detroit . *J Gen Intern Med*, 18(7), 549-57.

Park, Robin . & Tank, Cynthia . (2009) . High blood pressure . American heart Association .

Strawbridge WJ, Shema SJ, Chohen RD, Kaplan GA. (2001) Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health and social relationships. *Ann Behav Med*, 23(1), 68-74.

Stuart, E., Caudili, M., Leserman, J., Dorrington, C., Friedman, R. & Benson, H (1987). No pharmacologic treatment of hypertension: A multiple risk factor approach. *Journal of cardiovascular Nursing*, 1, 1-4 .

Ulman, K. H. (1993). *Group psychotherapy with medically patients*. Philadelphia: William & Wilkins .