

بررسی رابطه اضطراب و خشم با فشار خون مزمن

الهام فرامرزی نیا^۱، محمد علی بشارت^۳

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

^۲ دفتر مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

^۳ استاد، دکتری روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و مشاوره دانشگاه تهران

چکیده

سابقه و هدف: افزایش فشارخون یکی از شایع ترین و مهمترین تهدید کننده های سلامت بشر است. تقریباً یک چهارم تمام مرگ و میرها در افراد مسن ناشی از هیپرتانسیون یا عوارض ناشی از آن است که اغلب فاقد علامت، ولی دارای عوارضی مثل نارسایی قلب، سکتة مغزی و نارسایی کلیه است. در این پژوهش ارتباط بین اضطراب و خشم با فشار خون مزمن مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی، ۱۳۰ فرد مبتلا به فشار خون مزمن و ۱۰۰ فرد سالم به عنوان آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل از بین مراجعه کنندگان به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی انتخاب شدند و از آنها دو تست اضطراب^۴ سیستمی و خشم چند بعدی به عمل آمد. داده های بدست آمده به وسیله آزمون t مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: بین اضطراب و فشار خون مزمن در تمام شاخص های احساسی، شناختی، رفتاری و بدنی رابطه معنی داری وجود داشت. بین خشم و فشارخون مزمن در شاخص های خشم انگیزشی، موفقیت های خشم، انگیزه نگرش خصمانه و خشم درونی رابطه معنی داری وجود داشت، ولی بین شاخص خشم بیرونی و فشارخون مزمن رابطه معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که میزان اضطراب و خشم در بیماران فشارخون مزمن بطور معنی داری بیشتر از افرادی است که بیماری فشارخون ندارند. در واقع می توان نتیجه گرفت که بین اضطراب و خشم با بیماری فشار خون مزمن رابطه وجود دارد.

واژگان کلیدی: اضطراب، خشم، فشار خون مزمن.

مقدمه

اختلالات روان فیزیولوژیایی نام آن دسته از اختلالات جسمانی است که گمان می رود هیجانها در آن نقش محوری داشته باشند. تاکنون پژوهش در زمینه روان- فیزیولوژی بیشتر محدود به بیماری هایی از قبیل آسم، فشارخون (فشارخون بالا) و زخم های گوارشی، التهاب روده و درد مفاصل رماتیسمی بوده است.

پژوهندگان بیشتر در جستجوی رابطه هر بیماری خاص با نگرشها یا شیوه های ویژه مقابله شخص با رویدادهای تنشزا بوده اند. برای نمونه گفته شده بیماران گرفتار فشار خون بالا زندگی را پر از تهدید می دانند و به همین سبب احساس می کنند که همواره باید گوش به زنگ باشند (۱).

افزایش فشارخون یکی از شایع ترین و مهم ترین تهدید کننده های سلامت است و تقریباً یک چهارم تمام مرگ و میرها در افراد مسن ناشی از فشار خون بالا یا عوارض ناشی از آن است (۲). فشار خون مزمن نوعی بیماری شایع و بدون علامت است که به علت اختلالات عمومی یا کارکردی ایجاد می شود و فشار خون اولیه یا ایدیوپاتیک نامیده می شود (۳). فشار خون یکی از مشکلات مهم سیستم بهداشتی است و

آدرس نویسنده مسئول: رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، الهام فرامرزی نیا

(email: amical44@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۵/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۸/۶

جهت ارائه راهکارهای درمانی غیردارویی برای اقدامات پیشگیرانه و درمانی در مرحله اول به منظور ورود به مرحله دوم یعنی مداخله درمانی بود.

با توجه به اینکه بالا رفتن میزان این بیماری و عوارض ناشی از آن در کشورمان و مخارج اقتصادی فراوان در درمان این بیماری، تداخلات دارویی و عوارض جانبی آنها که مشکلات عیدیه ای را پیش رو قرار داده، به نظر می‌رسد دستیابی به شیوه‌های درمان غیردارویی (هم در درمان، هم در پیشگیری) حداقل می‌تواند با مورد استفاده قرار گرفتن هم‌زمان و موازی با درمان‌های دارویی این عوارض را کاهش داده و بهبود را تسریع و پایدارتر نماید. به همین جهت، بررسی‌های زمینه‌یابی به منظور طرح‌ریزی راهکارهای درمانی غیردارویی مناسب گام اول برای دستیابی به این هدف می‌باشد.

مواد و روشها

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی، با استفاده از پرسش‌نامه‌های شخصیت اضطراب چهار سیستمی و خشم چند بعدی (۶)، زنان و مردان ۲۵ تا ۶۰ ساله مبتلا به فشار خون مزمن مورد بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه با استناد به پژوهش‌های انجام شده قبلی به طور کلی ۱۳۰ نفر بیمار با فشار خون بالا و ۱۰۰ نفر با فشار خون طبیعی بدست آمد. بیماران مبتلا به فشار خون مزمن و افراد با فشارخون طبیعی بین ۲۵ تا ۶۰ سال مراجعه کننده به مراکز درمانی وابسته به واحد علوم پزشکی تهران (بوعلی، جواهری، امیرالمومنین، قدس) با نمونه‌گیری تصادفی ساده و بر حسب مراجعات متوالی انتخاب شدند. متغیرهای مورد مطالعه در اضطراب شامل اضطراب احساسی، شناختی، رفتاری، بدنی و در خشم شامل خشم انگیزشی، موقعیت‌های خشم‌انگیز، نگرش خصمانه، خشم بیرونی، خشم درونی و تاثیر آنها بر فشار خون مزمن بود.

روش نمره‌گذاری و محاسبه پرسش‌نامه اضطراب ۴ سیستمی به این صورت است که هر سوال یک ارزش مقیاسی دارد و برای به دست آوردن نمره هر زیرمقیاس و نمره کلی آزمون باید ارزش‌های سوال‌هایی را که به آنها پاسخ بله داده شده با هم جمع کرد. ارزش و زیر هر سوال مشخص شده برای محاسبه نمره کل، ارزش‌های مربوطه به سوال‌های چهار مقیاسی با هم جمع می‌شوند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون t صورت گرفت.

اغلب فاقد علامت است ولی دارای عوارضی مثل نارسایی قلب، سکتة مغزی و نارسایی کلیه است. از این بیماری می‌توان به عنوان قاتل پنهان یاد کرد (۴).

اضطراب معمول‌ترین پاسخ به محرک تنش‌زا است. منظور از اضطراب، هیجانی است ناخوشایند که همه ما درجاتی از آن را در حالت‌هایی همچون «دلشوره»، «نگرانی»، «تنش» و «ترس» تجربه کرده‌ایم (۱). فروید از نخستین کسانی بود که به اضطراب اهمیت فراوانی داد. وی بین اضطراب عینی و اضطراب روان‌رنجور تمایز قائل شد، به این ترتیب که اولی را پاسخ واقع‌بینانه در برابر خطر برونی و همسان با ترس و دومی را اضطراب که ریشه در یک تعارض ناهشیار دارد، محسوب کرد (۱).

در نظریه یادگیری اجتماعی، به جای تعارض‌های درونی شیوه‌هایی در مدار توجه قرار می‌گیرد که طی آن اضطراب از راه یادگیری با برخی موفقیت‌ها مرتبط می‌شود (۱). در دیدگاه کنترلی گفته می‌شود هنگامی احساس اضطراب به فرد دست می‌دهد که آدمی با موقعیتی روبه رو می‌شود که کنترلی روی آن ندارد (۱).

خشم، واکنش رایج دیگری است به موقعیت تنش‌زا که می‌تواند به پرخاشگری هم بیانجامد. برحسب فرضیه ناکامی پرخاشگری، وقتی راه بر دستیابی به هدف بسته باشد، سابق پرخاشگری حاصله، انگیزه‌ای برای آسیب‌رسانی به شخص یا شی ناکام کننده می‌شود. هنگامی که راه بر حمله مستقیم به خواستگاه ناکامی بسته باشد، ممکن است پرخاشگری جابه‌جا شود، به این معنا که محل پرخاشگری به جای علت واقعی متوجه شخص یا شی بی‌تقصیر گردد (۱).

فروید در مقالات اولیه خود رفتار انسان را حاصل مستقیم با غیرمستقیم eros- غریزه زندگی- معرفی می‌کند که انرژی آن، یا لیبیدو، معطوف به طولانی‌تر کردن زندگی و تولید و تناسل است. در این چهار چوب، پرخاشگری به طور ساده واکنش در برابر توقیف یا ابطال تکانه‌های لیبیدویی تلقی می‌شود. از این دیدگاه، پرخاشگری نه جزء خودکار و نه غیر قابل اجتناب زندگی شمرده می‌شود. پس از آن، او وجود غریزه مهم دیگر یعنی Thanatos یا غریزه مرگ را مطرح ساخت که انرژی آن معطوف به تخریب و خاتمه دادن زندگی است. به نظر فروید، تمام رفتار انسان از تعامل پیچیده این غریزه و غریزه زندگی ناشی می‌گردد (۵).

هدف از این تحقیق، بررسی رابطه اضطراب و خشم با فشارخون مزمن به منظور دستیابی به زمینه سازهای شخصیتی و عوامل روان شناختی موثر در افزایش فشار خون

یافته‌ها

در این مطالعه، بین دو گروه دارای فشار خون بالا و افراد سالم، از نظر سن و جنس اختلاف معنی‌داری وجود نداشت و دو گروه از لحاظ جنس و سن یکسان بودند.

داده‌های به دست آمده از پرسش‌نامه اضطراب ۴ سیستمی نشان داد که بین شاخص اضطراب احساسی با فشارخون مزمن رابطه معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.001$)، به طوری که میانگین نمره شاخص اضطراب احساسی در افراد دارای فشار خون بالا ۴۶/۴ و در افراد سالم ۲۲/۲ بود. بین شاخص اضطراب شناختی با فشارخون مزمن نیز رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0.001$) و میانگین نمره شاخص اضطراب شناختی در افراد دارای فشارخون ۴۸/۸ و در افراد سالم ۲۴/۶ بود. میانگین نمره شاخص اضطراب رفتاری در افراد دارای فشارخون بالا ۴۲/۶ و در افراد سالم ۲۶/۰۹ بود ($p < 0.001$). میانگین نمره شاخص اضطراب بدنی در افراد دارای فشارخون بالا (۴۲/۴) به طور معنی‌داری بیش از افراد سالم (۱۷/۵) بود ($p < 0.001$). میانگین نمره مجموع داده‌ها در افراد دارای فشارخون بالا ۱۸۰/۴ و در افراد سالم ۹۰/۵ بود، به عبارتی بین شاخص مجموع داده‌ها با فشارخون مزمن رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0.001$) (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه نمرات اضطراب دو گروه فشارخونی و سالم

متغیر	گروه فشار خون	گروه سالم	p-value
احساسی	۴۶/۴±۲۲/۷*	۲۲/۲±۱۵/۵	<0.001
شناختی	۴۸/۸±۲۶/۹	۲۴/۶±۱۹/۶	<0.001
رفتاری	۴۲/۶±۲۰	۲۶/۰۹±۱۴/۷	<0.001
بدنی	۴۲/۴±۱۹/۱	۱۷/۵±۱۱/۲	<0.001
جمع	۱۸۰/۴±۷۵/۱	۹۰/۵±۴۷/۶	<0.001

* میانگین ± انحراف معیار

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در بررسی داده‌های مربوط به پرسش‌نامه خشم چندبعدی، بین شاخص خشم انگیزشی و فشارخون مزمن رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($p = 0.001$)، به طوری که میانگین نمره شاخص خشم انگیزشی در افراد دارای فشارخون بالا ۳۹/۹ و در افراد سالم ۳۰/۱ بود. بین شاخص موقعیت‌های خشم‌انگیز و فشارخون مزمن نیز رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0.001$) و میانگین نمره شاخص موقعیت‌های خشم‌انگیز در افراد دارای

فشارخون بالا ۳۱/۷ و در افراد سالم ۲۷/۰۳ بود. میانگین نمره شاخص نگرش خصمانه در افراد دارای فشارخون بالا (۳۷/۷) به طور معنی‌داری بیش از افراد سالم (۳۲/۷) بود ($p < 0.001$). بین شاخص خشم بیرونی و فشارخون مزمن رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($p = 0.28$) و اختلاف ناچیزی در میانگین نمرات دو گروه وجود داشت، به طوری که میزان آن در گروه فشارخون بالا ۱۲/۵ و گروه افراد سالم ۱۲/۱ بود. در حالی که بین شاخص خشم درونی و فشارخون مزمن رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0.001$) و میانگین نمره آن در افراد دارای فشارخون بالا ۲۱/۱ و در افراد سالم ۱۶/۵ بود.

جدول ۲- مقایسه نمرات خشم دو گروه فشارخونی و سالم

متغیر	گروه فشار خون	گروه سالم	p-value
خشم انگیزشی	۳۹/۹±۱۱/۱*	۳۰/۱±۸/۶	<0.001
موقعیت‌های خشم‌انگیز	۳۱/۷±۸/۸	۲۷/۰۳±۸/۲	<0.001
نگرش خصمانه	۳۷/۷±۹/۹	۳۲/۷±۸/۲	<0.001
خشم بیرونی	۱۲/۵±۳/۰۲	۱۲/۱±۲/۴۵	0.28
خشم درونی	۲۱/۱±۵/۳۲	۱۶/۵±۴/۱۶	<0.001

* میانگین ± انحراف معیار

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که در بررسی اضطراب بدنی با فشار خون مزمن رابطه معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین بین شاخص‌های خشم انگیزشی، موقعیت‌های خشم‌انگیز، نگرش خصمانه و خشم درونی با فشار خون مزمن رابطه معنی‌داری مشاهده شد، اما در رابطه شاخص خشم بیرونی با فشار خون مزمن رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. این نتایج به این معناست که بر طبق فرضیات مطرح شده ویژگی‌ها و شرایط فرد اضطرابی و خشمگین در ابتلای این افراد به فشارخون مزمن دخیل هستند و از سوی دیگر افرادی که با این بیماری روبه رو هستند، به لحاظ نوع و شدت انواع شاخص‌های اضطراب و خشم در شرایط نامطلوب‌تری از افراد سالم به سر می‌برند. قابل توجه اینکه، بین شاخص خشم بیرونی با فشار خون مزمن ارتباط معنی‌داری ملاحظه نشد. این می‌تواند به این معنا باشد که افرادی که به هر شکل توانایی تخلیه هیجانی (به صورت منطقی یا غیرمنطقی) یا حل و فصل آن را داشته باشند، در معرض خطر کمتری نسبت به

سایر افراد قرار دارند که حتی این مسئله می تواند در مورد سایر هیجانات نیز مصداق داشته باشد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین اضطراب و خشم با فشار خون مزمن رابطه معنی‌داری وجود دارد که این یافته‌ها تا حدودی با پژوهش‌های قبلی گلدستون و شاپیرو (۷) و لیکسین و انگ (۸) استیون هرپس، مارتین اف دادیس و ویندی درین (۹)، آتش زاده (۱۰)، اسپیلبرگر (۱۱)، نیکولز (۱۲)، جالکانن و کره‌انن به نقل از اسپیلبرگر (۱۳)، نورجاه و قره‌گزی (۱۴)، استیل و همکاران (۱۵)، اسپیلبرگر و همکاران (۱۳)، فریدکسن به نقل از توماس (۱۶) و جولا و همکاران (۱۷) هم‌خوانی دارد.

در تحقیقی که توسط گلدستون و شاپیرو (۲۰۰۷) صورت گرفت، مشخص شد که فرزندان خانواده‌هایی با والدین پرتنش که متخاصم و تدافعی و مضطرب بودند یا خشمشان را ابراز نمی کردند، فشار خون بالاتری داشتند که بیشترین حد را طی روزهای کاری داشتند.

در بررسی دیگری که توسط تی مین وی و لیکسین وانگ (۲۰۰۶) بر روی ۴۳۲ زن مبتلا به فشار خون بالا در یک اجتماع محلی اجرا شد، نشانه‌های اضطراب در شرایط بالینی در ۱۰۳ بیمار که نمره خام SAS بیشتر از ۴۰ داشتند، تشخیص داده شد. در تمام افراد، معدل نمره SAS در زنان بیشتر از مردان بود. در نهایت مشخص شد که تقریباً ۱۲ درصد بیماران دارای فشارخون بالا، گرفتار نشانه‌های اضطراب هستند.

در بررسی که توسط استیون هرپس، مارتین اف داویس و ویندی دریدین (۲۰۰۶) صورت گرفت، ۹۰ بیمار از یک مرکز پزشکی در یک شرایط پرتنش در زندگی واقعی قرار داده شدند، در حالی که اعتقادات منطقی، غیرمنطقی و بی تفاوت داشتند. افرادی که اعتقادات منطقی داشتند، بیشترین افزایش را در توجه از خود نشان دادند؛ در حالی که افرادی که دارای اعتقادات غیر منطقی بودند، افزایش بسیاری را در اضطراب گزارش کردند؛ به خصوص فشار خون سیستولیک در افراد با اعتقادات منطقی کاهش پیدا کرد، در صورتی که در افراد با اعتقادات غیر منطقی افزایش یافت. فشار خون دیاستولیک در هر دو گروه افزایش یافت. این نتایج نه تنها هسته فرضیه REBT را تایید می‌کند، بلکه راهی را برای متمایز کردن اعتقادات و احساسات توسط مقیاس‌ها و همین‌طور تغییرات روانشناسی پیشنهاد می‌کند. آتش زاده شوریده (۱۳۷۵) در تحقیق خود نتیجه گرفت، آرام سازی موجب کاهش فشار خون سیستولی، دیاستولی، نبض و درجه حرارت مرکزی

می‌شود. از طرفی یافته‌های پژوهش نشان داد که قطع جلسات آرام سازی بر فشارخون سیستولی و دیاستولی تاثیر نداشته و بیانگر آن بود که ادامه تمرینات آرام سازی در منزل باعث ثابت ماندن فشار خون سیستولی و دیاستولی در سطح پایین در گروه آزمایش می‌شود (۱۰). پژوهش اسپیلبرگر (۲۰۰۰) نشان داد که نمرات بالا در مقیاس بروز خشم درونی به مقدار زیادی پیش‌بینی کننده فشار خون بالا می‌باشد و نمرات بالای کنترل بیرونی خشم، مردان دارای فشارخون بالا و مبتلا به بیماری قلبی را از گروه شاهد جدا می‌کند. هم‌چنین خلق و خوی خشمگینانه موجب افزایش خطر ابتلا به فشار خون بالا می‌شود (۱۱). در پژوهش نیکولز (۱۹۹۷)، فشار خون سیستولی و دیاستولی، فشار متوسط سرخرگی و ضربان قلب در بیماران با فشار خون بالا و سالم طی اعمال دندانپزشکی در یک دقیقه اندازه‌گیری شد. از نظر آماری اختلاف مشخصی در متوسط فشار سیستولی و دیاستولی و ضربان قلب در ۵ دقیقه اول و ۵ دقیقه نهایی به دست آمد (۱۲). در پژوهش جالکانن و کره‌انن (۱۹۹۳) به نقل از اسپیل برگر (۱۹۹۹) همبستگی معنی‌داری بین نمرات بروز خشم درونی و افزایش فشار خون وجود داشت، اما این همبستگی تنها زمانی مشاهده شد که محیط کارشان خصمانه و پرتنش بود (۱۳). در تحقیق نورجاه و قره‌گزی (۱۳۸۱) مشخص شد که فشار خون سیستولی و دیاستولی نخستین و آخرین امتحان نسبت به شرایط عادی تغییر کرده و افزایش می‌یابد (۱۴). یافته‌های مطالعه استیل و همکاران (۱۹۹۷) نشان داد که در زنان ۴۰ ساله یا کمتر به طور معنی‌داری میزان بروز خشم بیرونی ارتباط معنی‌داری با فشار خون دیاستولیک دارد. زنان جوان آمریکا و ساموای غربی که کمترین میزان رهایی خشم را داشتند، فشار خون دیاستولیک بالایی را نشان دادند (۱۵). اسپیلبرگر و همکاران (۱۹۹۹) گزارش کردند که نمرات بروز خشم بیرونی شرکت کنندگان کمی بیشتر و هم‌چنین نمرات بروز خشم درونی آنها تا اندازه‌ای کمتر از جمعیت عادی در دبیرستان بود. فشار خون سیستولیک در این مطالعه ارتباط منفی با بروز خشم درونی داشت (۱۳). در مطالعه فریدکسن (۱۹۹۵) به نقل از توماس (۱۹۹۷) مشخص شد گروه‌های متخاصم بالاترین میزان فشار خون را داشتند و افرادی که خشم خود را بروز دادند، فشار خون دیاستولیک آنها بیشتر از ۸۰ ثانیه ادامه داشت و در مقابل افراد با خصومت کم بعد از ۴۲ ثانیه فشار خون‌شان به حالت عادی برگشت. در این مطالعه آفریقای‌ها در پاسخ به خشم، فشار خون طولانی‌تری را نشان دادند (۱۶). در مطالعه

جولا و همکاران (۱۹۹۹)، میانگین فشار شریانی در شرایطی مانند بیان خشم و ناتوانی در خواندن، بالا بود (۱۷). در کل یافته‌های این پژوهش، بین اضطراب و خشم با فشار خون مزمن رابطه معنی‌داری را نشان داد که با یافته‌های قبلی مطابقت دارد. در شاخص اضطراب بدنی نتیجه مطالعه تی مین وی (۲۰۰۶) و آتش‌زاده شوریده (۱۳۷۵) حاکی از آن بود که از طریق آرام‌سازی و کاهش اضطراب بدنی، فشار خون سیستولی و دیاستولی کاهش می‌یابد (۸، ۱۰).

همچنین در شاخص اضطراب شناختی نیز نتایج این پژوهش با یافته‌های گلدستون، تی مین وی و استیون هریس و همکاران، نیکولز و نورجاه و قره‌گزیلی هم‌پوشانی داشت (۹-۷، ۱۲، ۱۴). در شاخص خشم درونی یافته‌های این پژوهش با یافته‌های گلدستون و اسپیلبرگر (۲۰۰۰) مطابقت دارد (۷، ۱۱)، اما در مقیاس خشم بیرونی نتایج متفاوتی با یافته‌های اسپیلبرگر (۲۰۰۰)، استیل و همکاران (۱۹۹۷)، اسپیلبرگر و همکاران (۱۹۹۹)، و جولا و همکاران (۱۹۹۱) حاصل شد (۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷) که شاید مؤید این باشد که نشان دادن خشم به صورت بیرونی تا حدودی وضعیت تخلیه هیجانی را ایجاد کرده و نتایج مثبت در عدم افزایش فشارخون به بار می‌آورد.

در پایان با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان پیشنهادی زیر را به منزله پیامدهای پژوهش در دستور کار اقدامات آموزشی، بهداشتی و بالینی به خصوص در چهار چوب بیماری فشارخون قرار داد. راهبردهای مقابله، مجموعه مهارت‌هایی هستند که تحت تاثیر آموزش و تجربه آموخته می‌شوند و به نسبت قابل تغییر هستند. تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب با تراز تحول، مهارت‌های معمول و مسلط، نیازها و مشکلات مقابله‌ای آزمودنی و تعیین راهکارهای مطلوب و حدود تغییرات مورد نظر در مهارت‌ها به عنوان اهداف این برنامه‌ها از اقدامات اساسی محسوب می‌شوند. در مراحل مختلف تحول که موضوع شکل‌گیری مهارت‌های مقابله مطرح است، مداخله‌های حساب شده و نظام‌دار خانواده و مربیان و مراقبین و گروه درمان، نقش تعیین‌کننده‌ای در پدیدآیی استقرار و استمرار مهارت‌های مقابله برعهده دارد. آموزش و تربیت، نظارت مستمر خانواده، مربیان، مراقبین و

گروه درمان استفاده از ابزارهای کمک آموزشی مدرن و فراهم سازی زمینه‌های لازم برای تجربه و به کارگیری مهارت‌های مقابله در موقعیت‌های مختلف آزمایشی و واقعی زندگی به خصوص در شرایط استرس و بیماری از مهم‌ترین راهکارهای تاثیرگذاری بر شکل‌گیری مهارت‌های مقابله محسوب می‌شود. اهمیت این برنامه‌های پیشگیرانه وقتی برجسته‌تر می‌شود که به نقش و تاثیر استفاده از مهارت‌های مقابله ناکارآمد بر پیدایش بیماری‌های استرس مدار و تهدید سلامت عمومی علاوه بر سلامت روان توجه شود. پس از شکل‌گیری مهارت‌های مقابله در شرایطی که برنامه‌های آموزشی و بهداشتی به هر دلیل با موفقیت اجرا نشده باشند، با مشکلات مهارت‌های مقابله ناکارآمد مواجه خواهیم شد. فراسوی برنامه‌های آموزشی پیش گفته، مداخله‌های بالینی در این شرایط ضرورت خود را بیشتر نمایان می‌سازند. ترسیم و تحلیل موقعیت‌های استرس‌زا و مکانیسم‌های تاثیرگذاری مهارت‌های مقابله، ایفای نقش در محیط‌های بالینی و آزمایشی تحت نظارت متخصص، تجویز برنامه‌های زمانی برای اجرای آزمایشی مهارت‌های مقابله کارآمد در موقعیت‌های مختلف زندگی، آموزش مهارت‌های موثر حل مسئله، تمرین‌های تقویت اعتمادسازی از جمله اقدامات بالینی به منظور تعدیل و بازسازی مهارت‌های مقابله کارآمد هستند.

مجموعه برنامه‌ها و اقدامات گفته شده به تناسب نیازها و شرایط وضعیت سلامت روانی می‌تواند سلامت عمومی و روند بهبودی را در بیماران، به خصوص در بیماری‌های مزمن، بهبود بخشد.

پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی در کنار پزشکان از گروه روانشناسان برای همکاری جهت درمان موثرتر بیماران فشارخونی مزمن استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از مساعدت و همراهی مسئولین و همکاران دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران بسیار سپاسگزاری می‌شود. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی است که در باشگاه پژوهشگران جوان واحد رودهن انجام گرفته است.

REFERENCES

- 1.- Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema S, Smith CD, eds. Hilgard's introduction to psychology. Barahani MR, et al, translators. Tehran: Roshd Publication; 2004. [In Persian]
- 2.Black JM, Matassarin-Jacobs E, eds. Luckmann and Sorensen's Medical-Surgical Nursing: A Psychophysiologic Approach. 4th Edition. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993.

3. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL. Harrison's principles of internal medicine. Malek Alaei M, translator. 16th edition. Tehran: Nasl Farda; 2005.
 4. Alter M, Friday G, Lai SM, O'Connell J, Sobel E. Hypertension and risk of stroke recurrence. *Stroke* 1994; 25: 1605-10.
 5. Kaplan HI, Sadock BJ. eds. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. Pour Afkari N, translator. Tehran: Shahrab Publication; 1997. [In Persian]
 6. Janda L, ed. Personality tests. Besharat MA, Habibnejad M, translators. Tehran: Abij Publication; 1999. [In Persian]
 7. Goldestein IB, Shapiro D. Ambulatory blood Pressure in women: family history of hypertension and personality. *Psychlogy, Health and Medicine* 2007; 5: 227-40.
 8. Wei TM, Wang L. Anxiety symptoms in patients with hypertension: a community- based study. *Int J psychiatry Med* 2006; 36: 315-22.
 9. Harris S, Davies MF, Dryden W. An experimental test of a Core REBT hypothesis: evidence that irrational beliefs lead to physiological as well as psychological arousal. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* 2006; 24: 113-124.
 10. Atashzadeh Shoorideh S. The effect of relaxation on blood pressure. *Journal of Zanjan Medical University* 1996; 4: 51-60. [In Persian]
 11. Spielberger CD, Vagg P. State-trait anger expression (STAXI- 2) interpretive report (STAXI- 2- IR). Psychological Assessment Resources, Inc. 2000
 12. Nichols C. Dentistry and Hypertension. *JADA* 1997; 128: 1557- 62.
 13. Spielberger CD. State-Trait Anger Expression Inventory -2. Odessa, Fl: Psychological Assessment Resource Inc. 1999
 14. Noorjah P, Gharehgozli Z. The effect of exam stress of students on blood pressure. *Journal of Alzahra University* 2002; 15: 32-41. [In Persian]
 15. Steele MS, McGarvey ST. Anger Expression, age, and blood pressure in modernizing Samoan adults. *Psychosom Med* 1997; 159: 632-37.
 16. Tomas S. Blood pressures rise due to anger lasts longer in hostile. *J Behavior Med* 1997; 23: 229-41.
- Jula A, Salminen JK, Saarijärvi S. Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension* 1999; 33: 1057-61.