

تأثیر معنویت درمانی بر فشارخون، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا

مریم کلهرنیا گلکار^{1*}؛ شکوه السادات بنی جمالی²؛ هادی بهرامی¹؛ حمیدرضا حاتمی³؛ حسن احدی⁴

چکیده

زمینه: فشارخون بالا مهم‌ترین عامل خطر برای ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی است. هدف از پژوهش حاضر بررسی معنویت درمانی بر فشارخون، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا می‌باشد.

روش‌ها: روش این تحقیق شبه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. 30 زن مبتلا به فشارخون بالا به صورت در دسترس از بین بیماران مبتلا به فشارخون بالا مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی - درمانی شهر کنگاور در استان کرمانشاه انتخاب شدند. این افراد به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده عبارت بود از پرسشنامه اضطراب کتل، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (فرم کوتاه) و دستگاه فشارسنج عقربه‌ای. پس از تخصیص افراد به دو گروه، افراد در گروه آزمایشی علاوه بر درمان دارویی معنویت درمانی را نیز دریافت کردند اما افراد گروه کنترل تنها درمان دارویی را دریافت نمودند.

یافته‌ها: معنویت درمانی در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات اضطراب و فشارخون سیستولیک شد. همچنین روش مذکور کیفیت زندگی را در بیماران افزایش داد. این در حالی است که معنویت درمانی تأثیر معناداری بر فشارخون دیاستولیک نداشت. نتیجه‌گیری: اعمال معنویت درمانی می‌تواند به‌منزله یک روش مداخله‌ای مفید در بهبود اضطراب، کیفیت زندگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون بالا به کار رود.

کلیدواژه‌ها: معنویت درمانی، فشارخون بالا، اضطراب، کیفیت زندگی

«دریافت: 1393/5/13 پذیرش: 1393/7/22»

1. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

2. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران

3. گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه جامع امام حسین(ع)، تهران، ایران

4. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

* عهده‌دار مکاتبات: تهران، چهاردیواری، به سمت حصارک، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تلفن: 09126082921

Email: maryamgol1986@yahoo.com

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی است (3). فشارخون بالا به فشارخون سیستولیک (Systolic) بالای 140 میلی‌متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک (Diastolic) بالاتر از 90 میلی‌متر جیوه اشاره دارد (4). این عارضه 13 درصد از مرگ و میرهای جهانی را به خود اختصاص داده و عامل مهمی در بروز بیماری‌های مزمن به‌شمار می‌رود (5). مطالعات نشان می‌دهد که فشارخون بالا باعث افزایش خطر بروز سکته مغزی (6)، بیماری ایسکمیک قلب (7) و دیگر بیماری‌های قلبی عروقی همانند نارسایی قلب

بیماری‌های مزمن علل عمده مرگ و میر در سراسر جهان است (1). در میان بیماری‌های مزمن، اختلالات قلبی عروقی (Cardio Vascular Disorders) به‌عنوان دلیل اصلی مرگ افراد توسط جوامع علمی پذیرفته شده است (2). بر طبق گزارش هفتمین کمیته مشترک ملی پیشگیری، تشخیص، ارزیابی و درمان فشارخون مشخص شده است که فشارخون بالا (High Blood Pressure) مهم‌ترین عامل خطر برای ابتلا

آن‌ها ناتوان است (15). بنابراین به نظر می‌رسد که باید از روش‌هایی به منظور افزایش توان مقابله با استرس در این افراد استفاده نمود. در سال‌های اخیر برای افزایش توان مقابله‌ای و ارتقاء سلامت روان، معنویت (Spirituality) به عنوان مؤلفه‌ای مهم وارد ادبیات نظری و پژوهشی شده است (16). شواهد نشان می‌دهد که به طور کلی معنویت نقش مهمی در کاهش اضطراب (17) و استرس (18) دارد. معنویت جنبه‌ای از آدمی است که بیانگر ارتباط و یکپارچگی او با عالم هستی می‌باشد. این ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و وی را از محدوده زمان، مکان و علایق مادی فراتر می‌برد (19). معنویت به مثابه یک راهبرد مقابله‌ای می‌باشد که به هنگام بروز هرگونه شکست و ناملازمتی، فرد می‌تواند با کمک آن تعادل خویش را حفظ نماید (20). اهمیت عامل فشارزا 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، ارزیابی‌های شناختی مهمی را در فرایند مقابله قرار می‌دهند و از این رو معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند بنابراین معنویت حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌نماید که از این راه به سازگاری روانی، کاهش اضطراب، بهبود کیفیت زندگی و در نتیجه کاهش فشارخون کمک می‌کند (19). با توجه به آنچه که گفته شد، این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی (Spiritual Therapy) بر فشارخون، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا انجام شد.

مواد و روش‌ها

نوع مطالعه شبه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل (Posttest-Pretest with Control)

(8)، می‌شود. پرفشاری خون به عنوان عامل خطر ایجاد اختلالات شناختی (9) نیز معرفی شده است. گستردگی رابطه اختلال فشارخون با سایر بیماری‌ها باعث بروز نگرانی‌هایی در افراد مبتلا به این اختلال شده و باعث می‌گردد که کیفیت زندگی (Qualification of life) آنان به شدت کاهش یابد (10). آما و همکاران (2003) گزارش کردند که فشارخون بالا، از همه رویدادهای مهم زندگی اثر می‌پذیرد و این رویدادها قادرند کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهند (11). در دهه‌های اخیر بسیاری از محققین، ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع‌تری برای مداخلات روان‌شناختی به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون را تأیید کردند (12). از موارد دیگری که در بیماران مبتلا به فشارخون بالا حایز اهمیت می‌باشد اضطراب و استرس (Anxiety & Stress) در این افراد است (13). مطالعات نشان می‌دهد اضطراب و استرس در افراد با فشارخون بالا زیاد است. اضطراب یک هیجان انطباقی و نگرانی ناخوشایند و اغلب مبهم است که غالباً با علایم دستگاه خودکار مثل تنگی نفس، طپش قلب، تعریق، سردرد، ناراحتی مختصر معده و بی‌قراری همراه می‌گردد (14). با توجه به شیوع گسترده بیماری فشارخون بالا و عوارض ناشی از آن لازم است تا به دنبال روش‌هایی برای کاهش عوارض روان‌شناختی و اثر آن بر پایین آمدن کیفیت زندگی باشیم. این مسأله باید به هنگام مداخلات مدنظر قرار گیرد، چرا که اضطراب بالا می‌تواند نتایج درمانی را کاهش دهد. همچنین تمرکز درمان بر کیفیت زندگی نیز می‌تواند شرایط بهبود افراد مبتلا به این اختلال را هموارتر سازد. بنابراین به نظر می‌رسد برای کاهش فشارخون لازم است به دنبال مداخلاتی باشیم که بتواند باعث کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی گردد. نگاهی به عوامل اصلی به وجودآورنده اضطراب، فشارخون و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی نشان می‌دهد که یکی از وجوه مشترک آن‌ها وجود استرس‌هایی است که فرد در برابر مقابله با

مقیاس کنترل با شاخص‌های دیگر مثل اضطراب و لاش همبستگی بالایی در حدود 0/72 دارد. در تحقیق معرف‌زاده و همکاران (1389)، نیز ضرایب پایایی (Reliability) پرسشنامه اضطراب کنترل با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف برای کل مقیاس محاسبه گردید که به ترتیب 0/79 و 0/75 به دست آمد و میانگر ضرایب پایایی قابل قبول پرسشنامه بود (21).

- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه با همکاری سازمان جهانی بهداشت و حدود 15 مرکز بین‌المللی تهیه شده است و در واقع یک معیار سنجش بین‌المللی است. فرم کوتاه این پرسشنامه نیز توسط سازمان جهانی بهداشت (1999) به منظور سنجش کیفیت زندگی طراحی شده است که دارای 26 سؤال است. این پرسشنامه 4 حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، رابطه اجتماعی و سلامت محیط را با 24 سؤال می‌سنجد هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای 7، 6، 3 و 8 سؤال می‌باشد دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در هر حیطه امتیازی معادل 20-4 به دست می‌آید که 4 نشانه بدترین و 20 نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است (22). نجات و همکاران ضریب آلفای پرسشنامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی 0/70، سلامت روانی 0/73، روابط اجتماعی 0/55 و ارتباطات محیطی 0/84 به دست آورده‌اند و ضریب پایانی روش بازآزمایی را پس از دو هفته 0/70 گزارش کرده‌اند (23).

- دستگاه فشارسنج: دستگاه فشارسنج مورد استفاده از نوع عقربه‌ای ریشتر با مدل کمی - ست با سریال 511-03/9246 بود.

پروتکل معنویت درمانی حاضر که توسط رضوانی (1388) تهیه شده است، به مدت 8 جلسه 75 دقیقه‌ای اجرا شد (24). شیوه جمع‌آوری اطلاعات بدین شکل

می‌باشد. جامعه این تحقیق شامل کلیه بیماران زن مبتلا به فشارخون بالا مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان کنگاور بود. به منظور تعیین نمونه، ابتدا در یک مطالعه مقدماتی از 200 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 کنترل و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت نسخه کوتاه) پاسخ دهند. پس از گردآوری اطلاعات، مشخص شد که 100 نفر از افراد واجد ملاک‌های ورود هستند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل جنسیت مؤنث، دامنه سنی 40-60 سال، سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، دارا بودن فشارخون اولیه سیستولیک و یا دیاستولیک بالا، کسب نمره بالاتر از 4 در مقیاس اضطراب کنترل و کسب نمره پایین‌تر از 40 در مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (فرم کوتاه) بود. از این 100 نفر، 30 نفر به صورت داوطلبانه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (معنویت درمانی) و گروه کنترل قرار گرفتند.

ابزارها:

- پرسشنامه اضطراب کنترل: این پرسشنامه شامل 40 سؤال با پاسخ‌های سه‌گزینه‌ای است، که در سال 1975 توسط کنترل ساخته شد. در این پرسشنامه 20 سؤال اضطراب پنهان و 20 سؤال اضطراب آشکار، مجموع کل سؤالات اضطراب کلی را نشان می‌دهد. در نمره‌گذاری به هر سؤال نمره 0، 1 یا 2 داده می‌شود. پس از آن که نمره خام به دست آمده به نمره تراز شده تبدیل می‌شود و موضع فرد نسبت به اضطراب مشخص می‌گردد. نمره تراز شده‌ای که بین 6-4 باشد نشان‌دهنده اضطراب متوسط، نمره 3-0 نشان‌دهنده شخصیتی آرام، راحت و تنش زدوده، نمره 7 یا 8 نشان‌دهنده روان آزرده مضطرب و نمره 9 یا 10 معرف فردی است که به منظور اصلاح موقعیت خود و یا به منظور مشورت یا روان درمانگری به کمک نیاز دارد. اضطراب کلی

اطلاعات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به 30 نفر (15 نفر گروه آزمایش و 15 نفر گروه کنترل) با استفاده از کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج سنجش اضطراب، کیفیت زندگی، فشارخون سیستولیک و فشارخون دیاستولیک دو گروه آزمایش و کنترل در این بخش ارایه می‌گردد. ارزیابی‌های به‌عمل‌آمده برای هر گروه در دو مرحله، قبل از اعمال متغیر مستقل (معنویت درمانی) و بعد از اعمال متغیر مستقل انجام شده است. بر اساس یافته‌ها میانگین اضطراب در پس‌آزمون گروه آزمایش کم‌تر از پیش‌آزمون می‌باشد. همچنین کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه آزمایش افزایش یافته است. فشارخون سیستولیک نیز در پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش را نشان می‌دهد (جدول 1).

بود که پس از تهیه ابزارهای پژوهش و هماهنگی با پزشک مربوطه، بیماران مبتلا به فشارخون بالا به‌صورت در دسترس از بین بیمارانی که دارای پرونده پزشکی بوده و مراجعه منظم و مکرر به مرکز بهداشت شهرستان کنگاور داشتند انتخاب شدند. این بیماران افرادی بودند که بیماری آن‌ها از قبل تشخیص داده شده بود و از چندین سال قبل داروی ضدفشارخون مصرف می‌کردند. بیماران به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. تعداد افراد در هر یک از گروه‌ها 15 نفر بود. افراد در گروه آزمایشی علاوه بر درمان دارویی، معنویت درمانی را نیز دریافت می‌کردند اما افراد گروه کنترل تنها درمان دارویی را دریافت می‌کردند. قبل از شروع جلسه اول و پس از پایان جلسه هشتم در گروه‌ها، پرسشنامه‌های اضطراب و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به افراد داده شد همزمان میزان فشارخون (سیستولیک و دیاستولیک) آنان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط پزشک درمانگاه ثبت شد. در نهایت

جدول 1- مقایسه متغیرهای اضطراب، کیفیت زندگی، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش

گروه آزمایش		گروه کنترل		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
3/1	5/06	1/30	6	1,50	6/13	1,30	6	اضطراب
8/2	38/06	2/40	36/7	2/74	36/6	2/44	53/36	کیفیت زندگی
7/98	127/3	7/71	141/6	8/90	136	8/42	135/6	فشار خون سیستولیک
7/28	82/3	9/63	85	3/87	84	7/83	84	فشار خون دیاستولیک

جدول 2- تأثیر معنویت درمانی بر پس‌آزمون اضطراب، کیفیت زندگی، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در دو گروه آزمایش و کنترل

Pvalue	df	فرضیه df	F	ارزش	اثر
0/000	21	4	12/21	0/69	اثر پیلایی
0/000	21	4	12/21	0/31	لامبدای ویلکز
0/000	21	4	12/21	2/32	اثر هتلینگ
0/000	21	4	12/21	2/32	بزرگترین ریشه خطا

جدول 3- تأثیر معنویت درمانی بر اضطراب، کیفیت زندگی، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در دو گروه آزمایش و کنترل پس از تعدیل نمرات

پیش‌آزمون						
متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Pvalue	اندازه تأثیر
اضطراب	6/95	1	6/95	18/97	0/000	0/44
کیفیت زندگی	7/36	1	7/36	16/41	0/000	0/40
فشارخون سیستولیک	1009/95	1	1009/95	18/33	0/000	0/43
فشارخون دیاستولیک	16/31	1	16/31	0/89	0/35	0/036

که معنویت درمانی در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات اضطراب، فشارخون سیستولیک و کیفیت زندگی شده است، اما تأثیر معناداری بر فشارخون دیاستولیک نداشته است. با توجه به میزان تأثیر نیز می‌توان گفت که مداخله موردنظر بیشترین تأثیر را بر اضطراب و فشارخون سیستولیک داشته است. نتایج به‌دست‌آمده با مطالعات شجاعیان و زمانی‌فرد (1381)، بارآ و همکاران (2006)، الیسون و همکاران (2007)، فلوراید (2008)، ویلسون و استیل (2009)، گیواگنل و همکاران (2010)، توپرن و مایر (2010)، باررا و همکاران (2012) و فراست (2013) همخوان است. این مطالعات حاکی از تأثیر جنبه‌های معنوی و مذهبی بر کاهش استرس، اضطراب و فشارخون می‌باشد. مطالعات و پژوهش‌های موجود از اهمیت معنویت در کاهش استرس و افزایش جنبه‌های سلامتی حمایت می‌کنند. به‌عنوان مثال اسمیت (2005) نشان داده است که معنویت لازمه سازگاری با محیط زندگی و از جمله شرایط کاری است و افرادی که معنویت بیشتری دارند، تحمل بالاتری در مقابل استرس و فشارهای زندگی داشته و بهتر می‌توانند سازگار شوند. اسمیت (2005) در مطالعه خود مقابله با استرس را از مهم‌ترین مهارت‌هایی می‌داند که در نتیجه معنویت ایجاد می‌شود. به اعتقاد وی افراد معنوی از ایمان و اعتقاد مذهبی برای حل مسایل و فشارهایشان استفاده می‌کنند. به‌طورکلی به‌نظر می‌رسد ارزش‌های معنوی می‌تواند به شکلی متعالی به کار گرفته شده و

به‌منظور بررسی اثر معنویت درمانی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. این تحلیل تفاوت میانگین نمرات اضطراب، کیفیت زندگی، فشارخون سیستولیک و فشارخون دیاستولیک در پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل بعد از کنترل نمره‌های پیش‌آزمون اولیه را به لحاظ آماری نشان می‌دهد. پس از اطمینان از برقرار بودن تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس در ادامه تحلیل کوواریانس بر روی متغیرها انجام گرفت (جدول 2).

سطوح معناداری آزمون فوق در جدول نشان‌دهنده این است که بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با هم تفاوت معنادار دارند. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، 4 تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا برای هر متغیر به تفکیک انجام گرفت (جدول 3).

بر اساس نتایج معنویت درمانی در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات اضطراب، فشارخون سیستولیک و افزایش کیفیت زندگی شده است، اما تأثیر معناداری بر فشارخون دیاستولیک نداشته است.

بحث

در این مطالعه تأثیر معنویت درمانی بر اضطراب، فشارخون و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش کوواریانس نشان داد

دارد. همچنین احساس بی‌معنایی، تنهایی، بی‌ارزشی و بی‌هدفی فرد را دچار اضطراب وجودی می‌کند (35). این اضطراب وجودی همان چیزی است که می‌تواند علت اصلی اختلالات خواب، تحریک‌پذیری، گیجی و سردردهای تنشی باشد. بنابراین همان‌طور که ملاحظه می‌شود کاهش معنویت با تأثیراتی که بر فرد و جهان‌بینی او دارد، می‌تواند از عوامل اصلی افزایش اضطراب، فشارخون و کاهش کیفیت زندگی به‌شمار رود. علاوه بر موارد گفته شده به‌نظر می‌رسد معنویت، رضایتی در فرد از خودش ایجاد می‌کند که این احساس رضایت، نگرش فرد و ارزیابی وی را نسبت به زندگی و محیط پیرامون خود تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع این نگرش است که فرد را در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای محیطی مقاوم می‌سازد. چرا که اشخاص دارای نگرش مثبت می‌توانند به نحو مؤثرتری استرس پیرامون خود را مدیریت کنند. حال چنان‌چه این استرس کنترل شود، فرد اضطراب کم‌تر، فشارخون کم‌تر و کیفیت زندگی بیشتری را تجربه خواهد کرد. چرا که استرس از عوامل اصلی بروز فشارخون بالا (15)، اضطراب (36) و کاهش کیفیت زندگی (37) است. زمانی که فرد، استرس زیاد، مداوم و کنترل‌نشده در محیط زندگی تجربه می‌کند، تقاضای محیط وی بیش از حد توانایی فرد می‌گردد و باعث می‌شود نتواند به اهداف خویش دست یابد و به مرور زمان دچار اضطراب و مشکلات جسمی می‌گردد. پژوهش حاضر با توجه به شرایط و ضوابط مربوط به تحقیقات علمی، واجد محدودیت‌هایی است که می‌توان در مطالعات بعدی، پژوهشگران آن را مدنظر قرار داده و در صورت امکان مرتفع سازند. با توجه به عدم ادامه پژوهش در مرحله پیگیری به‌نظر می‌رسد نمی‌توان در مورد تأثیر درازمدت درمان به نتیجه قطعی رسید. همچنین نمونه این پژوهش شامل زنان مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان کنگاور می‌باشد که تعمیم نتایج حاضر به سایر افراد را با مشکل روبه‌رو می‌سازد.

موجب ارتقای کارکرد روزانه و سلامت جسمی و روانی فرد شود. می‌توان گفت معنویت در تقابل با استرس‌های زندگی عمل نموده و از این طریق موجب افزایش سلامتی و کیفیت زندگی می‌شود (31). زوهر و مارشال (2000) 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 روبه‌رو شده، با آن‌ها مقابله کرده و راه‌حل‌های منطقی برایشان بیابد. به عبارتی معنویت زیربنای باورهای فرد است و باعث اثرگذاری بر عملکرد وی می‌شود (32). الکینز و کاوندش (2004) نیز بر این مسأله صحه گذاشته و معتقدند معنویت باعث می‌شود که انسان با نرمی و عطف بیشتری به مشکلات نگاه کند، تلاش بیشتری برای راه حل داشته باشد، سختی‌های زندگی را بهتر تحمل کند و جنب و جوش و اثربخشی بیشتری به زندگی خود تزریق کند. در همین راستا کینگ (2008) پا را فراتر نهاده و معنویت را شامل مجموعه‌ای از ظرفیت‌های ذهنی می‌داند که بر شناخت خویشتن و تفکر وجودی عمیق مبتنی است. وی به تفکر انتقادی وجودی در این افراد اشاره دارد که توانایی اندیشیدن به‌طور انتقادی به حقیقت وجود، هستی، عالم وجود، زمان و مرگ را نشان می‌دهد. وی همچنین به گسترش خودآگاهی به‌عنوان مؤلفه‌ای از معنویت اشاره داشته است. در واقع تفکر انتقادی وجودی و افزایش خودآگاهی که دو مؤلفه اساسی افراد معنوی هستند، دلیل عمده کاهش اضطراب است، زیرا همان‌طور که ملاحظه می‌شود، فرد با دریافت حقیقت وجودی و دستیابی به ارزش‌های شخصی و آگاهی خویشتن، هرچه بیشتر از نگرانی‌ها و تشویش دور می‌شود و این یک پیامد قابل قبول برای معنویت به‌شمار می‌رود (33). همچنین زمانی که فرد، کم‌تر معنوی باشد، به نوعی با بی‌هدفی و بی‌ارزشی در زندگی روبه‌رو است (34) که آن نیز به نوبه خود ناتوانی، ضعف و خستگی را به دنبال

نتیجه گیری

با توجه به آن که معنویت منجر به کنترل استرس و فشارهای روزمره می‌شود، لذا اعمال معنویت درمانی می‌تواند به منزله یک روش مداخله‌ای مفید در بهبود اضطراب، کیفیت زندگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون بالا به کار رود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند مراتب تقدیر و تشکر را از تمامی بیماران، پرسنل مرکز بهداشت و کلیه کسانی که با ما در انجام این مطالعه همکاری داشتند، ابراز نمایند.

References

1. Fedeli U, Avossa F, Guzzinati S, Bovo E, Saugo M. Trends in mortality from chronic liver disease. *Ann Epidemiol.* 2014;24(7):522-26.
2. Fumery M, Xiaocang C, Dauchet L, Gower-Rousseau C, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Thromboembolic events and cardiovascular mortality in inflammatory bowel diseases: a meta-analysis of observational studies. *J Crohns Colitis.* 2014;8(6):469-79.
3. Chang LR. [Patients' perspectives in following hypertensive guidelines on sodium intake and lifestyle modifications in panama]. Msc thesis in public Health. Tampa: College of Public Health, University of South Florida. 2013;10-12.
4. 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):220-22.
5. World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 1st ed. Geneva: WHO Press, 2009;2-4.
6. Irvin MR, Booth JN 3rd, Shimbo D, Lackland DT, Oparil S, Howard G, et al. Apparent treatment-resistant hypertension and risk for stroke, coronary heart disease and all-cause mortality. *J Am Soc Hypertense.* 2014;8(6):405-13.
7. Spinar J, Vitovec J. All antagonists (candesartan and irbesartan) in the treatment of cardiovascular diseases. *Vnitr Lek.* (2012);58(10):755-60.
8. Diez J. Arterial Hypertension in patient with heart failure. *Heart Fail Clin.* 2014;10(2):233-42.
9. Sharifi F, Hedayat M, Fakhrzadeh H, Mahmoudi MJ, Ghaderpanahi M, Mirarefin M, et al. Hypertension and Cognitive Impairment: Kahrizak Elderly Study. *Int J Gerontol.* 2011; 5(4):212-16.
10. Vanhoof J, Delcroix M, Vandeveld E, Denhaerynck K, Wuyts W, Belge c, et al. Emotional symptoms and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *J Heart Lung Transplant.* 2014;33(8): 800-6.
11. Sotoode Asl N, Neshat doost H, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. [Comparison of effectiveness of cognitive behavioral therapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertension (Persian)]. *Koomesh J.* 2010;11(4):291-303.
12. Shahab Jahalou AR, Sobhani A, Alishan NA. [comparison of two standard quality of life questionnaire for evaluation of relationship between personality characteristic and glycemic control in diabetic patients (Persian)]. *AMUJ.* 2010;13(2):28-34.
13. Tevie J, Shaya FT. Anxiety and comorbid obesity and hypertension in united states children. *Value Health.* 2014;17(3):193.
14. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock, s synopsis of psychiatry. Rezaei F. (Persian translator). 7th ed. Tehran: Publication of Arjmand. 2007;445-6.

15. Hayase M, Shimada, M, Seki, h. Sleep quality and stress in women with pregnancy induced hypertension and gestational diabetes mellitus. [cited May 29 2014]. Available at URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
16. Shimako J. Handbook of Multicultural Mental Health. 1st ed. San Diego: Academic Press. 2013;147-66.
17. Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. Integrating religion and spirituality in to treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cogn Behav Pract*. 2012;19(2):346-58.
18. Ferasat A. Role of spirituality in heeling stress related Disorders. *Int Pharma Sci*. 2013;3(4):32-43.
19. Bolhari J, Naziri GH, Zamanian S. [Efficacy of approach of spiritual group therapy on decrease of amount of depression, anxiety and stress in women with breast cancer (Persian)]. *Woman soc*. 2012;3(1):85-116.
20. Pond MF. [Investigating climbing as a spiritual experience]. Msc thesis in recreation and sport sciences. Ohio: faculty of The Patton College of Education, Ohio University. 2013; 22-3.
21. Rakhshandehroo S, GHafari M. [Qualification of life.(Persian)]. *Educat Faculty Health*. 2010;4(11-12):6-24.
22. Haghayegh SA. [Efficacy cognitive behavioral group therapy on qualification of life of health of patients with IBS syndrome (Persian)]. Msc thesis in psychology. Isfahan: Faculty of Psychologic & educational sciences, Isfahan University. (2008);72-3.
23. 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 (Persian)]. *J Sch Health IHR*. 2007;4(4):1-12.
24. Rezvani SR. [Efficacy of metacognitive therapy on amount of anxiety of girlsstudents (Persian)]. Msc thesis in psychology. Isfahan: Faculty of Psychologic & Education Science, University of Isfahan. 2009;144-50.
25. SHojaeeian R, Zamani Monfared A. [The relation of prayer with mental health and career function in technical workers of armaments industries (Persian)]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2002;3:12-33.
26. Elison CG, Burdette AM, Hill TD. Blessed assurance: religion and tranquility among US adults. *Soc Sci Res*. 2009;38(3):656-67.
27. Floride CG. The Influence of spirituality/religious on the quality of life of long-term cancer survivors. Msc thesis in philosophy. Miami: Faculty of Philosophy, University of Miami. 2008;23-4.
28. Wilson L, Steel E. Spirituality and quality of life health in failure patients. *Heart Lung*. 2009;36:263-4.
29. Giovagnoli RF, Meneses F, Villani A, Riva J, PaisRiberio N, Martins DS. Spirituality and quality of life in epliepsy. *Epilepsy Behav*. 2010;17:579 -620.
30. Tubren T, Meier BP. Priming god-related concepts increases anxiety and task persistence. *J soci Clin Psychol*. 2010;29(2):127-42.
31. Amram JY. The Contribution of emotional and spiritual intelligences to effective business leadership. PhD thesis in Psychology. Palo Alto: Faculty of Psychology, Institute of Transpersonal Psychology. 2009; 23.
32. Zohar D, Marshal I. SQ: Spiritual intelligence (the ultimate intelligence). 2st ed. New york: Bloomsbury. 2000;5-7.
33. King DB. Rethinking clams of spiritual intelligence: a definition, model and subsequent morale. *Res Soc Work Pract*. 2008;5(47):23.

34. Vollman MW, LaMontagne, LL, Wallston, KA. Existential well-being predicts perceived control in adults with heart failure. *Appl Nurs Res.* 2009;22(3):198-203.
35. Lieberman PB, Havens LL. Existential Psychotherapy. *Encyclopedia Psychotherapy.* 2002;741-54.
36. Song Y1, Lindquist R, Windenburg D, Cairns B, Thakur A. Review of outcomes of cardiac support groups after cardiac events. *West J Nurs Res.* 2011;33(2):224-46.
37. Pereira M, Figueiredo AP, Fincham FD. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: a study with portuguese patients and their partners. *Eur J Oncol Nurs.* 2012;16(3):227-32.