



استناد به این مقاله: بختیاری، آزاده؛ عابدی، احمد (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی بر پایه الگو فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۲)، ۳۶-۲۳.

اثربخشی درمان گروهی بر پایه الگو فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون

آزاده بختیاری^۱، احمد عابدی^۲

دریافت: ۱۳۹۰/۸/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۲/۷/۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان گروهی بر پایه الگو فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون بود. روش پژوهش تجربی با گروه آزمایش و کنترل بود. به منظور انجام این پژوهش، ۳۰ بیمار زن مبتلا به فشارخون که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند و بصورت تصادفی در ۲ گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بود از پرسشنامه افسردگی بک و دستگاه فشارسنج جیوه ای. آزمودنی‌های گروه آزمایش ۸ جلسه (۶۰ دقیقه ای) تحت درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. داده‌های حاصل با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد: درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی؛ افسردگی و فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران زن مبتلا به فشارخون را کاهش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی، افسردگی، فشارخون، گروه درمانی

^۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان، bakhtiari_azadeh@yahoo.com

^۲ - استاد دانشگاه اصفهان

مقدمه

بیماری فشارخون بالا که در اصطلاح پزشکی هیپرتانسیون^۱ یا پرتنشی نامیده می‌شود، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی عروقی است و باعث می‌شود تا فرد بیشتر در معرض آترواسکلروز^۲ یا تصلب شرایین (بسته شدن رگ‌ها)، سکته قلبی^۳، سکته مغزی^۴ و نارسایی کلیوی^۵ قرار بگیرد (فاوسی، براون والد، کاسپر و هوسر^۶، ۲۰۰۵). همچنین بر کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا نیز تأثیر نامطلوبی داشته باشد (پیس-ریبریو^۷، ۲۰۰۴). این بیماری، مهم‌ترین چالش سلامت عمومی در کشورهای جهان و سومین علت مرگ انسان‌ها در سراسر جهان است (دیویسون و کرینگ، ۱۳۸۵). در اکثر افراد مبتلا به هیپرتانسیون در تمام دوره بیماری، علائم و نشانه‌هایی که از وجود بیماری حکایت کنند اندک هستند و یا اصلاً وجود ندارند و اگر افراد فشارخون خود را واریسی نکنند ممکن است سالیان دراز بدون آگاهی از اینکه فشارخون بالا دارند بسر برند، به همین خاطر این بیماری به قاتل خاموش^۸ شهرت دارد (دیویسون و کرینگ، ۱۳۸۵). سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که نزدیک به ۶۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به پرفشاری خون هستند و سالانه ۵/۷ میلیون نفر از این روی ابتلا به آن و عوارض حاصل از آن جان خود را از دست می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی^۹، ۲۰۰۶). در ایران شیوع فشارخون بالا، بر پایه آمار استخراج شده از پروژه قلب سالم، در میان افراد ۳۵ تا ۶۵ ساله ۲۳/۲٪ است که این میزان در مردان ۲۵/۱٪ و در زنان ۲۱/۵٪ درصد است (سماوات، حجت زاده، نادری آسیابر، ۱۳۸۰).

سی‌وپنج درصد بیماران مبتلا به فشارخون از اختلالات روانی رنج می‌برند (لو، گراف، آفر کرونک^{۱۰}، ۲۰۰۴)؛ بنابراین، توجه به ویژگی‌های شخصیتی و وجود همزمان مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به فشارخون که معمولاً به عنوان عوارض یا اختلالات توأم این بیماری ظاهر می‌گردند و در ایجاد و گسترش آن نقش دارند، حائز اهمیت است (کازو، استایوشی، کازویوکی، کازومی و تومویوکی^{۱۱}، ۲۰۰۸). بررسی‌های مختلف نقش عوامل گوناگون روانی از جمله اضطراب و افسردگی را در

^۱. hypertension

^۲. Atherosclerosis

^۳. Myocardial infarction

^۴. Stroke

^۵. Renal failure

^۶. Fauci, Braunwald, Kasper & Hauser

^۷. Pais-Ribeiro

^۸. Silent killer

^۹. WHO

^{۱۰}. Lowe, grafe, Ufer & Kroenke

^{۱۱}. Kazuo, Satoshi, Joji, Kazuyuki, Kazuomi & Tomoyuki

ایجاد و گسترش بیماری‌های قلبی و عروقی فشارخون نشان داده‌اند (دیویدف، استوارت، ریچی، چادیو^۱، ۲۰۱۲، پوینتر، لوینگستون، یانسی، مککللند، بوکسکی^۲، ۲۰۰۸، ولز، لدینگ برنام^۳، ۱۹۸۹). اضطراب با فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک که می‌تواند موجب فشارخون و همچنین تصلب شرایین گردد ارتباط دارد (دیویسون و کرینگ، ۱۳۸۵). افزون به این، افسردگی غالباً با افزایش هورمون‌های آستروئیدی همراه است و این هورمون‌ها موجب افزایش فشارخون و آسیب دیدن شرایین می‌گردند (دیویسون و کرینگ، ۱۳۸۵).

عمده‌ترین راه درمان فشارخون دارو است، ولی بروز عوارض جانبی نامطلوب این قبیل داروها مانند خواب‌آلودگی، سرگیجه و مشکلات نعوظی از یکسو و رشد رویکردهای رفتاری از سوی دیگر باعث گردید تا بسیاری از پژوهشگران برای درمان پرتنشی اساسی در جستجوی درمانهای غیر دارویی برآیند (همان منبع). از دسته درمانهای روان‌شناختی کارآمد در بیماری فشارخون می‌توان به درمانهای شناختی رفتاری، مدیریت استرس، آرمیدگی عضلانی، پس‌خوراند زیستی، روان‌درمانی حمایتی، مهار خشم، تغییر شناخت و تغییر سبک زندگی (کاهش وزن، محدود ساختن مصرف نمک، ورزش منظم، ترک سیگار و الکل ...) اشاره کرد که در پژوهش‌های گوناگون مورد بررسی قرار گرفته‌اند (دیویسون و کرینگ، ۱۳۸۵).

در سال‌های اخیر، یکی از مهم‌ترین و اثرگذارترین مدل‌های تبیین اختلالات روانی، مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی^۴ ولز و متیوز بوده است (ولز و متیوز، ۱۹۹۴). در مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی، همه اختلالات روانی می‌توانند با فعالیت الگوی ناکارآمد شناختی نشانگان توجهی-شناختی^۵ (CAS) مرتبط باشند. این نشانگان الگویی از فعالیت پردازش راهبردی است که به وسیله دانش فراشناختی ذخیره شده در حافظه درازمدت، راه‌اندازی می‌شود (ولز، ۲۰۰۶). CAS به دلیل تمرکز بر ارزیابی تهدید، ایفای نقش ناکارآمد در فراهم‌سازی اطلاعاتی (که می‌تواند ارزیابی‌ها و باورهای اشتباه را اصلاح کنند) و یافتن منابع توجهی جدید (به منظور ارائه پاسخ‌های سازگار)، ایجاد سوگیری در پردازش‌های خودکار سطح پایین‌تر نظام شناختی و در پی داشتن پیامدهای محیطی-بین فردی مشکل‌زا، به عنوان مانعی در راه آرام بخشی روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس این تحلیل نظری، تعدیل شناختی در درمان

^۱ -Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu

^۲ -Pointer, Livingston, Yansy, McClellan & Bukoski

^۳ - Wells, Golding & Burnam

^۴ -Self-Regulatory Executive Function Model

^۵ -Cognitive-Attentional Syndrome

نباید تنها بر چالش بااعتبار نگرانی و افکار منفی (مانند آنچه در شناخت درمانی سنتی انجام می‌شود) تمرکز کند، بلکه باید مستقیماً بر تعدیل CAS و تغییر در سبک شناخت نیز متمرکز شود. یکی از بااهمیت‌ترین راهکارها برای انجام این مهم، ایجاد و گسترش حالتی از ذهن آگاهی انفصالی^۱ (DM) است. (ولز، ۲۰۰۶). ذهن آگاهی انفصالی را حالتی خوشایند برای بیماران تحت درمان روان‌شناختی و نقطه مقابل و ناسازگار با CAS می‌دانند. به طور کلی، ذهن آگاهی انفصالی دربرگیرنده حالتی است که در آن باوجود آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی، هیچ‌گونه پاسخ‌دهی تلاشگرانه شناختی (ارزیابی تاییدی، تحلیل مفهومی، تلاش برای مهار یا سرکوب) و یا رفتاری صورت نمی‌گیرد.

هدف از آموزش و تمرین این گروه از تکنیکهای شناختی را می‌توان تسهیل موارد زیر دانست: رشد شیوه فراشناختی، افزایش کنترل انعطاف‌پذیری در انتخاب راهبردهای شناختی رفتاری، رشد طرح‌های جدید برای تنظیم فعالیت عملکرد اجرایی خودتنظیمی، افزایش پردازش‌های عدم تاییدی و معطوف به اصلاح باورهای ناکارآمد و ممانعت از فعالیت CAS در پاسخ به راه‌اندازها (ولز، ۲۰۰۶). فیروزآبادی، قنبری و طباطبایی (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی تکنیکهای هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر پرداختند. در این مطالعه تجربی تک‌موردی ۶ آزمودنی مرد وابسته به مواد مخدر بر اساس روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شده و به ترتیب تکنیکهای هوشیاری فراگیر انفصالی یا تکنیکهای توجه برگردانی را دریافت نمودند. نتایج نشان داد پس از هشت جلسه درمان و یک و نیم ماه پیگیری، تکنیکهای هوشیاری فراگیر انفصالی در مقایسه با تکنیکهای توجه برگردانی دارای اثربخشی بیشتری بوده است (۶۲٪ در مقابل ۳۹٪) همچنین وکیلی و فتی (۲۰۰۶) در پژوهشی اثربخشی مدل فراشناختی را در درمان اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش که بر روی پسر ۱۸ ساله مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد تاثیر این مدل تایید گردید. کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) نیز در پژوهشی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کیفیت زندگی افراد افسرده غیر بیمار بررسی کردند. در این پژوهش ۱۵۰ دانشجو به طور تصادفی و از بین این افراد به حکم قرعه ۳۰ دانشجویی که نمراتشان در آزمون افسردگی بک ۱۵ و بالاتر بود انتخاب و سپس به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایشی طی هشت جلسه هفتگی ۱،۵ تا ۲ ساعته تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت. گروه گواه هیچ‌گونه

^۱-Detached Mindfulness

آموزش درمانی دریافت نکرد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می‌دهد.

با توجه به ارتباط عوامل روان‌شناختی با بیماری فشارخون، پژوهش‌های بسیاری نیز اثربخشی مداخلات روان‌شناختی گوناگون را بر وضعیت روانی و نیز مهار و کاهش میزان فشارخون این بیماران نشان داده‌اند که به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

اشنایدر^۱ و همکاران (۱۹۹۵) در یک موقعیت آزمایشی به بررسی اثربخشی سه شیوه درمانی مدیتیشن، تن آرامی عضلانی تدریجی و آموزش سبک زندگی بر شدت فشارخون ۱۱۱ آفریقایی آمریکایی سالخورده پرداختند. بر پایه نتایج این پژوهش مدیتیشن در مقایسه با آموزش سبک زندگی باعث کاهش بیشتر فشارخون شد که این مقدار بیش از ۱۰٫۷ میلی‌متر برای فشارخون سیستولیک ($p=۰٫۰۰۰۲$) و ۶٫۴ میلی‌متر برای فشارخون دیاستولیک بود ($p=۰٫۰۰۰۱$). مداخله تن آرامی عضلانی تدریجی نیز موثر بود اما در مقایسه با مدیتیشن اثرات کمتر و در مقایسه با آموزش سبک زندگی اثرات بیشتری بر شدت فشارخون داشت و اثرات مدیتیشن نیز برتر از تن آرامی عضلانی تدریجی بود.

گلاسگو، انگل و لوگاف^۲ (۱۹۸۹) در مطالعه کنترل شده‌ای نشان دادند که درمان‌های رفتاری استاندارد و گام‌به‌گام فشارخون بالا مانند تکنیک‌های مدیریت استرس و تن آرامی می‌توانند میزان نیاز به داروهای ضد فشارخون را در بیماران مبتلا به فشارخون کاهش دهند.

چسنی^۳ (۱۹۸۷) مقایسه فراگیری را میان درمان‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به فشارخون خفیف انجام داده است. در این بررسی تعداد ۱۵۸ بیمار مبتلا به فشارخون خفیف را به طور تصادفی در ۵ گروه شامل آموزش آرمیدگی، آموزش آرمیدگی همراه با بازسازی شناختی، آموزش آرمیدگی همراه با بازخورد زیستی، آموزش آرمیدگی همراه با تغییر رفتار (کاهش مصرف نمک، سیگار و کافئین) و آمیزه‌ای از آرمیدگی، بازخورد زیستی و بازسازی شناختی قرار داد و این گروه‌ها را با یک گروه گواه که فقط فشارخون آن‌ها اندازه‌گیری می‌شد مقایسه کرد. طبق نتایج میان اندازه‌های فشارخون ۵ گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه کاهش معناداری مشاهده شد و از میان گروه‌های مداخله گروه آرمیدگی همراه با درمان شناختی بیشترین کاهش را در فشارخون داشته است.

^۱ -Schneider & et al.

^۲ -Glasgow, Engle & Lugoff

^۳ -Chesney

بنابراین با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته و به دلیل بالا بودن شیوع پرفشاری خون، پژوهش حاضر باهدف اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون انجام شده است.

روش

طرح پژوهشی حاضر از نوع تجربی به روش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود که هر دو گروه سه نوبت مورداندازه‌گیری قرار گرفتند.

جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران زنی بودند که در سال ۱۳۸۹ به مرکز درمانی تحقیقاتی حضرت صدیقه طاهره (س) مراجعه کرده و تشخیص فشارخون و افسردگی گرفتند. از این میان، بیمارانی که دارای ضوابط ورود و فاقد معیارهای خروج بودند، از روی لیست بیماران ۳۰ نفر به روش تصادفی به عنوان نمونه مقدماتی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند.

ضوابط ورود: مونث، ۳۰ تا ۵۵ سال، دیپلم به بالا، دارای فشارخون اولیه خفیف (۹۰-۱۱۰) متوسط (۱۴۰-۱۶۰) و افسردگی خفیف (نمره ۷-۵ از پرسشنامه افسردگی بک)، رژیم دارویی مشابه.

معیارهای خروج: بیماری جسمی و روانی قابل توجهی که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارد بسان دیابت نداشته باشد، بیش از دو جلسه غیبت نکند. هر کدام از گروه‌ها به تفکیک شامل ۱۵ نفر بود. کفایت حجم نمونه با روش مقدماتی آماری بررسی شد. در ادامه پس از گرفتن رضایت‌نامه نوشتاری، ارزیابی‌های پیش‌آزمون انجام شد. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شد:

۱- دستگاه فشارسنج جیوه ای

این دستگاه فشارخون را بر حسب میلی‌متر جیوه اندازه‌گیری می‌کند. دستگاه فشارسنج جیوه ای رومیزی مدل nova برند riester ساخت کشور آلمان

۲- پرسشنامه افسردگی بک:

پرسش‌نامه افسردگی بک برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ بدست بک و همکاران تدوین شد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خود سنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون رویهمرفته از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مانند غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بیزاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به

نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است (منصوری، ۲۰۱۰).

اعتبار و پایایی پرسشنامه بک مکرراً مورد بررسی قرار گرفته که نتایج آن در سطح بالایی گزارش شده است. بک و همکارانش (۱۹۸۸) ضریب پایایی همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس MMPI را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان روزبه) انجام شده، روایی و پایایی این آزمون را در جمعیت سالم و بالینی نشان داده است (کاوایی و موسوی، ۱۳۸۰).

پانزده نفر آزمودنی گروه آزمایش طی هشت جلسه هفتگی (به مدت یک ساعت) در مرکز درمانی حضرت صدیقه طاهره (س) اصفهان تحت درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی قرار گرفتند. در جلسه اول (پیش از شروع درمان) و جلسه هشتم (پس از اتمام درمان)، از بیماران گروه آزمایش خواسته شد که پرسشنامه افسردگی بک را پاسخ دهند و فشارخون آن‌ها نیز اندازه‌گیری شد (پیش آزمون و پس آزمون). جلسه پیگیری به فاصله دو ماه بعد، در همان محل برگزار شد و از آنها خواسته شد مجدداً این دو پرسشنامه را تکمیل کنند و فشارخون آنها نیز مجدداً اندازه‌گیری شد (پیگیری). جهت تنظیم پروتکل درمانی از مقاله‌ای که آدریان ولز (۲۰۰۶) در این زمینه نوشته است، استفاده شد. عناوین و موضوعات کلی جلسات به شرح زیر می‌باشد: جلسه اول شامل آشنایی افراد گروه با یکدیگر، ایجاد انگیزه، بیان هدف تشکیل جلسات و تکمیل پرسشنامه‌های افسردگی و اندازه‌گیری فشارخون. جلسه دوم، توضیح پیرامون طرح درمانی و توضیح مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی و آموزش و تمرین تکنیک کنترل توجه (ATT). جلسه سوم، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش و تمرین تکنیک‌های هدایت فراشناختی و آزمایش ضد منع بازداری. جلسه چهارم آموزش و تمرین تکنیک تداعی آزاد. جلسه پنجم، آموزش و تمرین تکنیک‌های تجویز ذهن سرگردان و تکلیف بیر. جلسه ششم، آموزش و تمرین تکنیک‌های حلقه کلامی و کودک متمرّد. جلسه هفتم، آموزش و تمرین تکنیک‌های تصویرسازی ابرها و تمثیل ایستگاه قطار و جلسه هشتم شامل بازبینی تکنیک‌ها و تکمیل پرسشنامه‌های افسردگی و اندازه‌گیری فشارخون بود. در پایان داده‌های پژوهش در نرم‌افزار SPSS 15 و با به‌کارگیری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج

میانگین سنی گروه آزمایش ۴۶ و گروه کنترل ۴۴ سال بود. تحصیلات هر دو گروه در سطح دیپلم، همگی خانه‌دار و متاهل بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و فشارخون در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ آمده است

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار افسردگی و فشارخون در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه کنترل		گروه آزمایش			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۷/۸۵	۱۹/۵۳	۸/۶۹	۱۹/۶۶	پیش‌آزمون	افسردگی
۸/۳۹	۲۱/۱۳	۸/۸۱	۱۷/۰۶	پس‌آزمون	
۸/۴۰	۲۱/۴۶	۷/۷۳	۱۷/۶۶	پیگیری	
۱/۰۶	۱۰/۰۰	۰/۸۹	۱۰/۳۳	پیش‌آزمون	فشارخون سیستولیک
۰/۷۷	۱۰/۲۰	۱/۳۰	۹/۴۶	پس‌آزمون	
۱/۳۰	۱۰/۴۶	۱/۰۸	۹/۸۰	پیگیری	
۰/۹۷	۱۴/۶۶	۰/۷۳	۱۴/۶۰	پیش‌آزمون	فشارخون دیاستولیک
۱/۰۹	۱۴/۹۳	۱/۳۳	۱۳/۲۶	پس‌آزمون	
۱/۳۵	۱۵/۱۳	۱/۰۰	۱۳/۰۰	پیگیری	

در این پژوهش، نمره پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همگام شناخته شد و تاثیر آن بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد.

در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر نمرات افسردگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون در مرحله پس‌آزمون و پیگیری ملاحظه می‌گردد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر گروهی بر نمرات افسردگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون در مرحله پس آزمون و پیگیری

زیر مقیاس ها	گروه	فشارخون	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدوراتا	قران
افسردگی	پس آزمون	پیش آزمون	۱۸۷۳/۷۶۲	۱	۱۸۷۳/۷۶۲	۲۵۱/۸۱۸	۰/۰۰۰	۰/۹۰۳	۱/۰۰۰
		عضویت گروهی	۱۳۲/۱۸۷	۱	۱۳۲/۱۸۷	۱۷/۷۶۵	۰/۰۰۰	۰/۳۹۷	۰/۹۸۲
	پیگیری	پیش آزمون	۱۶۱۳/۵۳۷	۱	۱۶۱۳/۵۳۷	۲۰۴/۰۲۶	۰/۰۰۰	۰/۸۸۳	۱/۰۰۰
		عضویت گروهی	۱۱۵/۳۶۹	۱	۱۱۵/۳۶۹	۱۴/۵۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱	۰/۹۵۷
فشارخون سیستولیک	پس آزمون	پیش آزمون	۲/۷۴۸	۱	۲/۷۴۸	۲/۵۲۵	۰/۱۲۴	۰/۰۸۶	۰/۳۳۵
		عضویت گروهی	۵/۱۲۴	۱	۵/۱۲۴	۴/۷۰۸	۰/۰۳۹	۰/۱۴۸	۰/۵۵۳
	پیگیری	پیش آزمون	۲/۹۶۳	۱	۲/۹۶۳	۲/۱۵۳	۰/۱۵۴	۰/۰۷۴	۰/۲۹۳
		عضویت گروهی	۴/۳۸۷	۱	۴/۳۸۷	۳/۱۸۷	۰/۰۸۵	۰/۱۰۶	۰/۴۰۶

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر گروهی بر نمرات افسردگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون در مرحله پس آزمون و پیگیری (ادامه جدول)

فشارخون دیاستولیک	پس آزمون	پیش آزمون	۱۱/۱۳۴	۱	۱۱/۱۳۴	۹/۷۸۲	۰/۰۰۴	۰/۲۶۶	۰/۸۵۴
		عضویت گروهی	۱۹/۶۰۴	۱	۱۹/۶۰۴	۱۷/۲۲۳	۰/۰۰۰	۰/۳۸۹	۰/۹۷۹
	پیگیری	پیش آزمون	۱۳/۲۷۰	۱	۱۳/۲۷۰	۱۳/۵۳۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴	۰/۹۴۴
		عضویت گروهی	۳۲/۴۰۴	۱	۳۲/۴۰۴	۳۳/۰۶۱	۰/۰۰۰	۰/۵۵۰	۱/۰۰۰

یافته‌های بالا نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده‌شده بین نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد؛ بنابراین درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی در بهبود افسردگی شرکت‌کنندگان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی تاثیر داشته است. توان آماری بالای ۰/۸ حاکی از برازندگی حجم نمونه و دقت آماری پذیرفتنی است. افزون بر این، تفاوت مشاهده‌شده میان دو گروه آزمایش و شاهد از نظر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار است؛ بنابراین درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی در کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تاثیر داشته است. توان آماری بالای ۰/۸ بازگوینده از برازندگی اندازه نمونه و دقت آماری پذیرفتنی است.

نتیجه گیری

بررسی منابع مطالعاتی در دسترس نشان داد که تاکنون پژوهش منتشرشده‌ای در زمینه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون وجود ندارد، از این رو نوآوری پژوهش حاضر در به کارگیری از درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی برای بیماران مبتلا به فشارخون بوده است.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی باعث کاهش افسردگی و فشارخون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های ولز و کینگ، راس و کوئسولد همچنین ولز و سمبی که به ترتیب اثربخشی این درمان را بر اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و اختلال استرس پس از سانحه به عنوان اختلال‌های اضطرابی نشان داده‌اند، همخوانی دارد (ولز، ۲۰۰۰؛ ولز، ۲۰۰۱؛ ولز و کینگ، ۲۰۰۶؛ ریز و ون کوئسولد، ۲۰۰۸؛ ولز و سمبی، ۲۰۰۴).

برای نمونه نتایج پژوهش ولز روی ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که وضعیت بیماران بعد از اجرای این درمان به گونه معنی‌داری بهبود یافت. میزان بهبودی پس از به کارگیری این نوع درمان ۸۷/۵ درصد بود (ولز، ۲۰۰۱). ولز معتقد است؛ این شیوه درمانی از راه برداشتن نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف‌پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده است هموار می‌سازد (ولز، ۲۰۰۰).

تکنیک‌های این روش درمانی به جای چالش مستقیم با محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی مورد توجه قرار می‌گیرد، بر فعال کردن شیوه‌های فراشناختی انعطاف‌پذیر درباره نگرانی‌ها و باورها پافشاری دارد. به نظر می‌رسد اصلاح مولفه‌های فراشناختی به روش غیر مستقیم راه را برای اصلاح باورهای ناکارآمد هموار ساخته است. بازگفت دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این است که تکنیک‌های آموزش داده‌شده در این شیوه درمانی موجب تعدیل سبک‌های انعطاف‌ناپذیر توجه و اصلاح عوامل زیربنایی تولیدکننده باورهای نادرست می‌گردند و به این ترتیب بر باورها تاثیر می‌گذارند. بیماران با استفاده از تکنیک‌هایی مانند حلقه کلامی مثبت اندیشی و اندیشه کردن به کلمات و مسایل مثبت را می‌آموزند و تاثیر افکار خوب یا بد را در وضعیت روانی خود درک می‌کنند. همچنین می‌آموزند که وضعیت فعلی بیماری خویش را بپذیرند و رویدادهای استرس‌زای زندگی را فاجعه‌آمیز تلقی نکنند و در مقابل آنها هیچگونه پاسخدهی تلاشگرانه شناختی یا رفتاری نشان ندهند که این خود باعث کاهش افسردگی در این افراد می‌گردد، این آموزه‌ها با استفاده از تکنیک‌های تکلیف‌بیر، تصویرسازی ابرها، تمثیل ایستگاه قطار، تمثیل کودک متمدن و تجویز ذهن سرگردان فراهم شد.

بر انگیزختگی فیزیولوژیکی مفرطی که در موقعیت‌های استرس‌زا ایجاد می‌شود، باعث افزایش تولید هورمون‌های اپی نفرین و نوراپی نفرین می‌شود و به همان نسبت ضربان قلب و فشارخون را بالا می‌برد. این پاسخگویی فیزیولوژیکی مفرط احتمال وقوع بیماری فشارخون را افزایش می‌دهد (والک^۱، ۱۹۵۷). مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی به صورت همگام با بیماری فشارخون وجود دارد، در نتیجه تکنیک‌های مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی می‌تواند هم بر علائم روان‌شناختی و هم فشارخون اثربخش باشد. این گونه می‌توان تبیین کرد که بهبود افسردگی بیماران مبتلا به فشارخون موجب کاهش فشارخون آنها شده است.

با توجه به محدودیت‌های زمان و مکان اجرای پژوهش، طرح درمانی طی ۸ جلسه هفتگی انجام گرفت. با توجه به مشکلات وسیع بیماران، احتمالاً پروتکل‌های درمانی که تعداد جلسات بیشتری را شامل شود، سودمندتر به نظر می‌رسد. از آنجا که پژوهش حاضر بر روی زنان مبتلا به فشارخون انجام گرفته است پیشنهاد می‌شود پژوهشی بر روی مردان و دیگر گروه‌ها و بیماران نیز انجام گیرد.

نتایج این پژوهش نشان‌گر از اثربخشی مداخله گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی و فشارخون زنان مبتلا به فشارخون بود از اینرو با توجه به نقش عوامل روان‌شناختی

^۱ -Valk

در سبب‌شناسی بیماری فشارخون و با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های همسو با آن، درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی می‌تواند به‌عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش افسردگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون به کار گرفته شود.

منابع:

- دیویسون، جرالده. سی، نیل، جان. ام، کرینگ، آن. ام. (۱۳۸۵). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه مهدی دهستانی. جلد اول. چاپ چهارم. تهران: نشر ویرایش.
- سماوات، طاهره. حجت زاده، علی و نادری آسیابر، زهرا. (۱۳۸۰). *راهنمای تشخیص، ارزیابی و درمان فشارخون بالا برای پزشکان*. تهران: انتشارات شهرآب.
- فیروزآبادی، آ. قنبری، ب. آ. طباطبایی، س. م. تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱،

۴، ۳۰۱-۲۹۲.

- کاوایانی، حسین. موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۷). ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶، ۲، ۱۴۰-۱۲۶.
- کاوایانی، حسین. موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمونهای روانی. تهران، پژوهشکده علوم شناختی.
- Chesney, M. A. (1987). Relaxation in training at the worksite: the untreated mild hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 49, 250 -273.
- Davydov, D.M. Stewart, R. Ritchie, K. Chaudieu, I. (2012). Depressed mood and blood pressure: The moderating effect of situation-specific arousal levels. *International Journal of Psychophysiology*. in Press.
- Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL. (2005). *Harrison's principles of internal medicine*. Malek Alaei M, translator. 16th edition. Tehran: Nasl Farda.
- Glasgow, M.S. Engel, B. T., & Lugoff, B. C. (1989) A controlled study of a standardized behavioral stepped treatment for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 51, 10-26.
- Lowe B, Grafe K, Ufer C, Kroenke K. (2004). Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 66, 831.
- Pais-Ribeiro JL. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121-30.
- Pointer, M.A., Livingston, J.N., Yancey, S., McClelland, M.K., Bukoski, R.D. (2008). Psychosocial factors contribute to resting blood pressure in African Americans. Chambers Biomedical/Biotechnology Research Institute, North Carolina Central University, Durham, North Carolina 27707, USA, 18(3), 289-93.
- Mansouri R. (2010). Beck Depression Inventory. *Industrial psychology blo*.
- Rees CS. Van Koesveld KE. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavioral Therapy Exp Psychiatry*, 39(4), 451-8.
- Schneider, R.H., Stagger, F., Alexander, C.N., Sheppard, W., Rainforth, M., Kondwani, K., Smith, S., King, C.G. (1995). A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. *Hypertension*, 26, 820-7.
- Vakili, Yaghoob & Fata, Ladan. (2006). The effectiveness of the metacognitive model in treating a case of post-traumatic stress disorder. *Iran Journal of Psychiatry*, 4, 169 - 171.
- Valk J.M. (1957). Blood-pressure changes under emotional influences, in patients with essential hypertension, and control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*; 2, 134-46.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition in innovative cognitive therapy*. UK: Wiley.
- Wells A. (2001). *Emotional disorder and metacognition: innovative cognitive therapy*. UK: Wiley publication.
- Wells A. (2006). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotional & Cognitive-Behavioral Therapy*, 23(4), 337-355.
- Wells A, King P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *Journal of Behavioral Therapy Exp Psychiatry*, 37(3), 206-12.
- Wells, A., & Mathews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove:

Erlbum.

- Wells A, Sembi S.(2004). Metacognitive therapy for PTSD. preliminary investigation of a new brief treatment. . *Journal of Behavioral Therapy Exp Psychiatry*, 35, 307-18.
- Wells,K B,Golding J M,Burnam MA. (1989). Affective ,substance use and anxiety disordes in pesrsons with arthritis,diabetes,heart disease,high blood pressure,or chronic lung conditions.*General Hospital Psychiatry*. 11, 320-7.
- WHO.(2006.) *Cause of death*. Center for Global. Into Regional Studies (CGIRS) at the University of California Santa C. 120-140.