

اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون

نویسندگان: آزاده بختیاری^{۱*}، حمیدطاهر نشاط دوست^۲، احمد عابدی^۳ و
معصومه صادقی^۴

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی
 ۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان
 ۳. استاد گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه اصفهان
 ۴. دانشیار گروه قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه اصفهان
- * Email: bakhtiari_azadeh@yahoo.com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون بود. به منظور انجام این پژوهش، ۳۰ بیمار زن مبتلا به فشار خون که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند در ۲ گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. روش پژوهش آزمایشی بود. ابزارهای مورد استفاده عبارت بود از پرسشنامه اضطراب بک و دستگاه فشار سنج جیوه ای. گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی قرار گرفتند. داده های 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 می تواند اضطراب و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون را کاهش دهد.

کلیدواژه ها: اضطراب، فشارخون، گروه درمانی، مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی.

روان شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
وختار

• دریافت مقاله: ۹۰/۳/۱۹

• پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۱۷

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
twentieth Year, No.8
Spring & Summer
2013*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیستم- دوره جدید
شماره ۸
بهار و تابستان ۱۳۹۲

مقدمه

اختلالات قلبی عروقی بیماریهایی هستند که دستگاه قلبی و گردش خون را درگیر می سازند و یکی از عوامل اصلی مرگ و میر مردان و زنان متعلق به قومیت های مختلف می باشند [۱].

بیماری فشارخون بالا که در اصطلاح پزشکی هیپرتانسیون^۱ یا پرتنشی نامیده می شود یکی از شایعترین بیماریهای قلبی عروقی است و باعث می شود تا فرد بیشتر در معرض آترواسکلروز^۲ یا تصلب شرایین (مسدود شدن رگها)، سکت قلبی، سکت مغزی و نارسایی کلیوی قرار بگیرد [۲]. بیماری فشارخون بالا مستلزم داشتن فشارخون بالا (بالای ۱۴۰ درجه سیستولی^۳ و ۹۰ درجه دیاستولی^۴) و پیوسته (معمولاً در طول چندین هفته یا ماه) است [۳]. از نظر اتیولوژی معمولاً فشارخون بالا را به دو دسته اولیه^۵ (اساسی^۶) و ثانویه^۷ تقسیم می کنند، فشارخون اولیه هنگامی گفته می شود که نتوان علت مشخصی برای آن یافت و بدون هیچ بیماری زمینه ای ایجاد می شود و فشارخون ثانویه را هنگامی به کار می برند که می توان علتی برای بالا رفتن فشارخون یافت و علت گوناگونی از جمله علل عصبی، دارویی، آندوکرینی قلب و کلیوی دارد، لذا درمان بیماری زمینه ای باعث علاج آن خواهد بود [۴].

در اکثر افراد مبتلا به هیپرتانسیون در تمام دوره بیماری، علائم و نشانه هایی که از وجود بیماری حکایت کنند اندک هستند و یا اصلاً وجود ندارند، بنابراین افراد مبتلا در میان اجتماع ناشناخته هستند و معمولاً بیماری هنگامی شناخته می شود که عوارض تاسف بار آن نظیر حوادث مغزی، قلبی و ... بروز می کند و هر روز تعداد زیادی از افراد جامعه بدون اینکه پیش از آن علائم و نشانه هایی داشته باشند به کام مرگ می روند [۲].

1. Hypertension
2. Atherosclerosis
3. Systolic
4. Diastolic
5. Primary
6. Essential
7. Secondary

واقع اگر آدیامان فشار خون خود را واری 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 [۱].

شیوع بیماری فشارخون در جوامع رو به توسعه افزایش چشمگیری دارد. نزدیک به ۲۵٪ افراد بالغ به بیماری فشارخون بالا مبتلا هستند. در کشور ایران شیوع فشارخون بالا بر اساس آمار استخراج شده از پروژه قلب سالم در بین افراد ۳۵ تا ۶۵ ساله ۲۳/۲٪ است که این میزان در مردان ۲۵/۱ و در زنان ۲۱/۵ درصد می باشد [۵]. از عوامل خطرآفرین و پیش بینی کننده فشارخون بالا می توان به ارث، ژنتیک، وزن، تغذیه، مصرف الکل، فعالیت بدنی کم و عوامل روانی اجتماعی و زیست محیطی اشاره کرد [۵]. تنشها و مسایل خانوادگی و استرسهای محیطی نیز از عوامل خطر ساز این بیماری هستند [۲]. در چهارمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV-TR) فشارخون به عنوان یکی از بیماریهای روان تنی که از عوامل روانشناختی تاثیر می پذیرد طبقه بندی شده است [۶]. میزان کلی افزایش فشارخون با حالت های هیجانی یا وضعیت های محیطی ارتباط دارد [۱]. بررسی های مختلف تاثیر عوامل گوناگون روانی از جمله اضطراب و استرس را در ایجاد و گسترش بیماریهای قلبی و عروقی از جمله فشارخون نشان داده اند [۲].

سازوکارهای فیزیولوژیکی تنظیم کننده فشارخون ممکن است تحت تاثیر فشار روانی قرار بگیرند. در این میان فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک یک عامل کلیدی به شمار می آید [۲]. به گفته بوریسکو وقتی دستگاه عصبی خودمختار مقدار زیادی هورمون استرس آزاد می کند، پیامدهای فیزیولوژیکی متعددی به همراه دارد که از جمله آنها می توان به فشارخون، زخم معده و میگرن اشاره کرد [۷]. شرایط تنش زای گوناگونی مورد واری قرار گرفته اند تا نقش آنها در سبب شناسی فشارخون بالا مشخص گردد. معلوم شده است که مصاحبه های تنش زا،

8. Silent killer

فجایع طبیعی نظیر زلزله و فشار روانی شغلی همگی باعث افزایش کوتاه مدت در فشارخون می گردند [۱].

اضطراب با فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک که می تواند موجب فشارخون و همچنین تصلب شرایین گردد ارتباط دارد. علاوه بر آن، افسردگی غالباً با افزایش هورمونهای استروئیدی همراه است و این هورمونها موجب افزایش فشارخون و آسیب دیدن شرایین می گردند [۱]. توجه به ویژگیهای شخصیتی و شیوع همزمان مشکلات روانشناختی در مبتلایان به فشارخون نیز حائز اهمیت است. نتایج برخی پژوهشها نشان داده است که افراد مبتلا به فشارخون نسبت به افراد سالم بیشتر افرادی عصبی، حساس و نگران هستند [۲].

عمده ترین راه درمان فشارخون دارو می باشد، لیکن با گذشت زمان بروز عوارض جانبی نامطلوب این قبیل داروها- خواب آلودگی، 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 غیردارویی برآیند [۱]. در دهه های اخیر علاوه بر مصرف دارو از مداخلات رفتاری و روانشناختی یا تغییر سبک زندگی نیز برای پیشگیری و کنترل این بیماری استفاده شده است. اثر بخشی این مداخلات در تحقیقات گوناگون تایید شده است [۵].

روشهای غیردارویی ممکن است برای درمان فشارخون خفیف ترجیح داده شود یعنی دارای اثرات ضد فشارخون کافی برای پایین آوردن فشارخون در حد ایمن در بسیاری از بیماران با فشارخون خفیف باشد به طوری که نیازی به داروهای ضد فشارخون نداشته باشند، البته این روشها در سایر افراد تحت درمان دارویی نیز استفاده می گردد.

از جمله درمانهای روانشناختی موثر در بیماری فشارخون می توان به درمانهای شناختی رفتاری، مدیریت استرس، آرمیدگی عضلانی، پسخوراند زیستی، رواندرمانی حمایتی، کنترل خشم، تغییر شناخت و تغییر سبک زندگی (کاهش وزن، محدود ساختن مصرف نمک، ورزش منظم، ترک سیگار و الکل و...) اشاره کرد که در پژوهشهای

گوناگون مورد بررسی قرار گرفته اند [۱].

در پژوهش حاضر تصمیم به اجرای ۱۰ تکنیک مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی^۱ گرفته شد که آدریان ولز در مقاله خود^۲ کاملاً آموزش داده است [۸]. این درمان به صورت گروهی و در هشت جلسه انجام شد. طبق مقاله ذکر شده این تکنیکها تاکنون تاثیر بسزایی بر اختلالات هیجانی مخصوصاً اضطراب و افسردگی داشته است که با توجه به توضیحاتی که در بالا در مورد تاثیر اضطراب و افسردگی و عوامل روانشناختی بر بیماریهای نظیر فشارخون داده شد گمان میرفت که این تکنیکها با اثر مستقیم بر روی این عوامل بتواند بطور غیرمستقیم بر شدت فشارخون آنان تاثیر گذاشته و آن را کاهش دهد.

یکی از مهمترین و اثرگذارترین مدل‌های تبیین اختلالات روانی در سالهای اخیر، مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی^۳ ولز و متیوز بوده است [۹]. در مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی، همه اختلالات روانی می توانند با فعالیت الگویی ناکارآمد از شناخت مرتبط باشند که نشانگان توجهی- شناختی^۴ (CAS) نامیده می شود. این نشانگان الگویی از فعالیت پردازش راهبردی است که به وسیله دانش فراشناختی ذخیره شده در حافظه درازمدت، راه اندازی می شود [۸]. CAS به دلیل تمرکز بر ارزیابی تهدید، ایفای نقش ناکارآمد در فراهم سازی اطلاعاتی که می توانند ارزیابی ها و باورهای اشتباه را اصلاح کنند و یافتن منابع توجهی جدید به منظور ارائه پاسخهای سازگار، ایجاد سوگیری در پردازش های خودکار سطح پایین تر نظام شناختی و در پی داشتن پیامدهای محیطی- بین فردی مشکل زا، به عنوان مانعی در راه آرام بخشی روان شناختی مورد توجه قرار گرفته است. براساس این تحلیل نظری، تعدیل شناختی در درمان نباید فقط بر چالش با اعتبار نگرانی و افکار منفی (مانند آنچه در شناخت درمانی سنتی انجام می شود) تمرکز کند، بلکه باید

1. Metacognitive Model of Detached Mindfulness
2. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques
3. Self-Regulatory Executive Function Model
4. Cognitive- Attentional Syndrome

مدت است. این باورها عوامل فراشناختی هستند و حداقل شامل بخشی از طرح‌های پردازش می‌باشند [۸]. پژوهشهایی که به طور مستقیم به موضوع این پژوهش بپردازد، در مدارک و منابع معتبر علمی در دسترس یافت نشد اما سعی شده است پژوهش‌های مرتبط با متغیرهای پژوهش ذکر شوند.

در پژوهشی بر روی یک نمونه ۳۰۰۰ نفری نشان داده شد که عوامل روانشناختی با افزایش فشارخون مرتبط است به طوری که فشارخون به میزان ۸۲٪ با اضطراب بالا افزایش یافت و افسردگی بالا با افزایش ۸۰ درصدی در وقوع فشارخون در ارتباط بود [۱۰].

در پژوهش دیگری این نتیجه به دست آمد که افراد مبتلا به فشارخون در مقایسه با افراد عادی دچار خصومت و اضطراب بیشتری می‌شوند و صفات ثابت شخصیتی از قبیل خصومت و اضطراب می‌تواند هم به عنوان پیشایندها و هم به عنوان پیامدهای فشارخون مطرح باشد [۱۱].

پژوهش دیگری نشان داد که در بیماران مبتلا به فشارخون بالا و بیماری قلبی شیوع اختلالات روانپزشکی (اختلالات اضطرابی، اختلالات عاطفی، سوءمصرف مواد) در طول عمر بیشتر است و در میان این اختلالات شیوع اختلال اضطرابی اخیر (در ۶ ماه گذشته) به طور قابل توجهی در این بیماران بیشتر می‌باشد [۱۲].

پژوهش دیگری تحت عنوان فشارخون و شخصیت نشان داد که افراد مبتلا به پرتنش، جراتمندی کمتر، اضطراب بیشتر و خشم ابرازنشده بیشتری را نشان می‌دهند [۱۳].

در آزمایشی تجربی بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجباری برای تغییر باورهای آنها از تکنیک ذهن آگاهی انفصالی استفاده شد که تاثیر مهمی بر افکار اجباری آنان داشت و این موقعیت توانست کاهش مهمی بر باورهای منفی و اضطراب آنان ایجاد کند. همچنین درمان فراشناختی بر روی این اختلال باعث رشد نگرشهای انفصالی، کنترل و اجتناب در آنان گردید که نشانه تاثیرگذاری درمان بود [۱۴].

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 [۸]. ذهن آگاهی انفصالی را حالتی خوشایند برای بیماران تحت درمان روانشناختی و نقطه مقابل و ناسازگار با CAS می‌دانند. به‌طور کلی، ذهن آگاهی انفصالی شامل حالتی است که در آن با وجود آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی، هیچگونه پاسخدهی تلاشگرانه شناختی (ارزیابی تاییدی، تحلیل مفهومی، تلاش برای کنترل 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 انعطاف پذیری 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 راه اندازها [۸].

مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی مهمترین شاخه‌ها را برای فهم شیوه عمل ذهن آگاهی انفصالی به ما نمایش می‌دهد. اثرات شفافبخش ذهن آگاهی انفصالی می‌تواند در جاهای مختلف و بر روی گستره‌ای از مکانیسم‌ها و پردازش‌ها اتفاق افتد.

سطوح این مدل شامل این موارد است (شکل ۱):

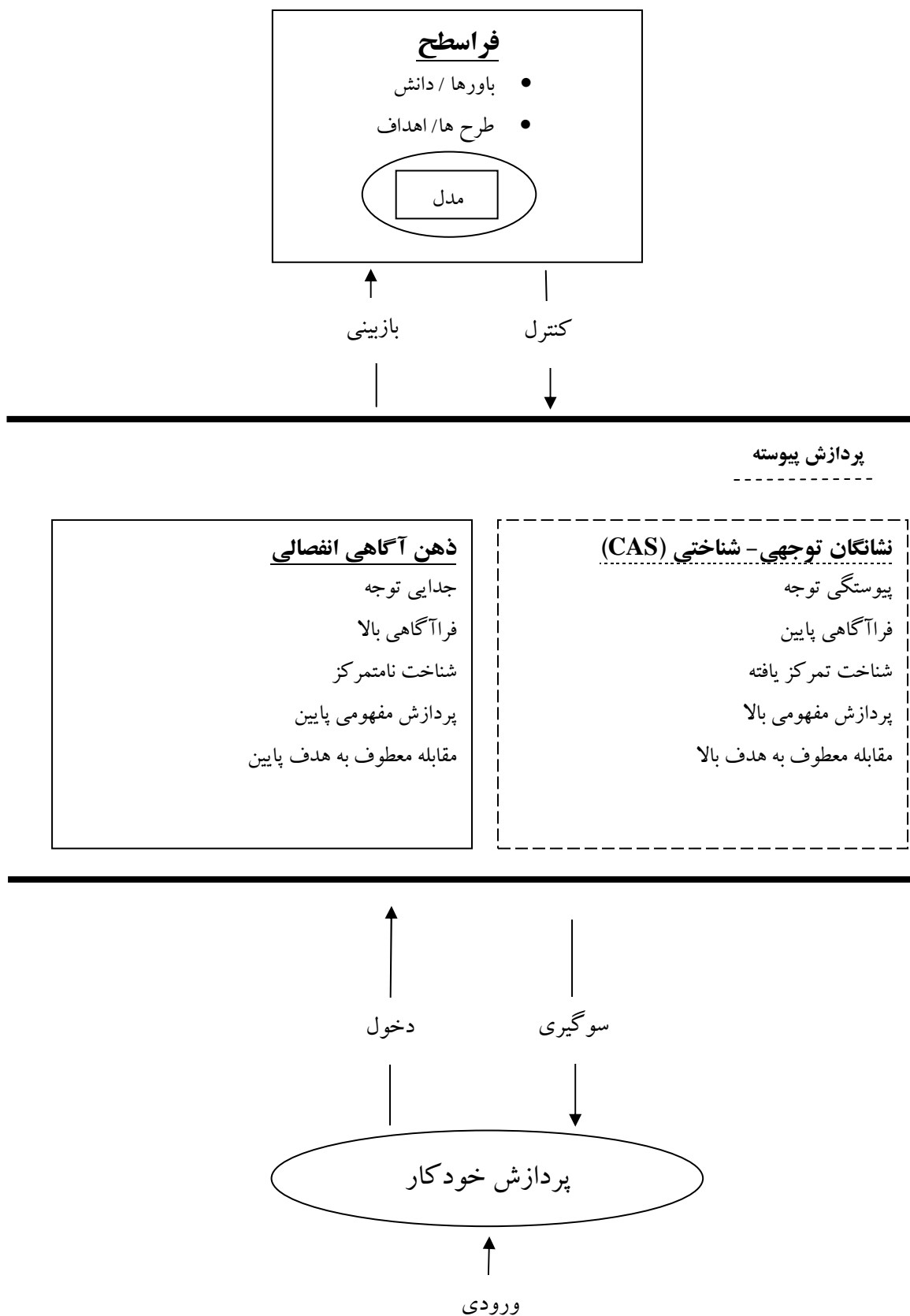
سطح اول: سطح پایین تر است که بر اساس محرک‌ها بر انگیزته می‌شود و خارج از دانش آگاهانه است، اما تولیدات آن ممکن است به آگاهی راه پیدا کنند. پردازش این سطح، خیلی وابسته به منابع شناختی نبوده و به مقدار قابل توجهی انعکاسی است.

سطح دوم: یک سطح پردازشی کنترل شده پیوسته^۲ است که شامل ارزیابی آگاهانه از وقایع، کنترل فکر و عمل می‌باشد.

سطح سوم: منبع دانش خود (باورها) در حافظه بلند

1. Detached Mindfulness

2. On-Line



شکل ۱: مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی

مقایسه جامعی را میان درمانهای روانشناختی بیماران مبتلا به فشارخون خفیف انجام شد. 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 [۲۰].

نتایج دیگری نشان داد که آموزش مدیریت اضطراب در درمان بیماری فشارخون اساسی نتایج مثبت و معناداری دارد [۲۱].

در پژوهشی اثربخشی آموزش شادمانی بر کاهش فشارخون و افزایش شادمانی بیماران مبتلا به فشارخون بالا را بررسی شد. در این طرح نیمه تجربی تعداد ۳۰ آزمودنی به روش تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. پس از پنج جلسه آموزش نتایج حاکی از آن بود که آموزش شادکامی بر کاهش فشارخون و افزایش شادمانی موثر بوده است ($p=0,01$ در فشارخون سیستولیک و $p=0,001$ در فشارخون دیاستولیک و $p=0,001$ در شادکامی) [۲۲].

در پژوهش دیگری 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 پرداخته شد. در این مطالعه تجربی تک موردی 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. بعد از هشت جلسه درمان و یک و نیم

پژوهشگران دیگری درمان فراشناختی را بر روی مبتلایان به اختلال PTSD آزمایش کردند که نشان دهنده دستیابی بیماران به ذهن آگاهی انفصالی بود. بازسازی افکار مزاحم مربوط به حادثه با ذهن آگاهی انفصالی، راهبردهای کاهش نگرانی و جلوگیری از نظارت آسیب‌زا در بازسازی شناخت و درمان آنها موثر بود [۱۵].

آموزش تکنیک توجه برگردانی از خود به سوی محیط بیرونی برای کاهش اضطراب و باورهای غلط در بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی موثر بود [۱۶].

تکنیک توجه برگردانی بر روی اختلالاتی چون پانیک، خودبیمارانگاری، افسردگی اساسی عودکننده و فوبی اجتماعی بسیار موثر بوده است [۸].

نتایج درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که یازده بیمار (۶ زن و ۵ مرد) با میانگین سنی ۴۹ سال (۳۶-۷۲) که در کلاسهای خاص این نوع درمان شرکت می‌کردند درمان را کامل کرده و کاهش مهمی در اضطراب و نشانه‌های افسردگی آنها مشاهده گردید [۱۷].

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 مسن پرداخته شد طبق 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 ($p=0,0002$) و ۶,۴ میلیمتر برای فشارخون دیاستولیک بود ($p=0,0001$). 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 [۱۸].

در مطالعه کنترل شده‌ای نشان داده شد که درمانهای رفتاری استاندارد و گام به گام فشارخون بالا مانند تکنیکهای مدیریت استرس و تن آرامی می‌توانند میزان نیاز به داروهای ضد فشارخون را در بیماران مبتلا به فشارخون کاهش دهند [۱۹].

گرفتند. نتایج این پژوهش حاکی از تاثیر این روش در بهبود علائم کلی و سواس و بهبود در علائم شستشو، واریسی، تردید و سواسی و نشخوار ذهنی در مرحله پس آزمون در گروه آزمایشی بود [۲۷].

در پژوهشی هم اثربخشی درمان رفتاری-فراشناختی را بر میزان باورهای هراس بیماران زن مبتلا به اختلال هراس بررسی کردند. در این پژوهش ۲۴ بیمار به طور تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. پس از هشت جلسه درمان بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس، میانگین نمرات باورهای هراس در گروه آزمایش به طور معنی داری نسبت به گروه گواه کاهش یافت ($p < 0,05$) [۲۸].

باتوجه به تمهیدات یادشده، مسأله اساسی تحقیق حاضر اینست که آیا درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهنی آگاهی انفصالی می تواند اضطراب و فشار خون زنان مبتلا به فشار خون را کاهش دهد.

روش

• طرح تحقیق

طرح پژوهشی این پژوهش که از نوع تجربی بود به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود که هر دو گروه سه نوبت مورد اندازه گیری قرار گرفتند (در هر نوبت اندازه گیری فشارخون، از هر بیمار ۳ بار اندازه گیری انجام گرفت و میانگین آنها در روشهای آماری مورد استفاده قرار گرفت).

• آزمودنی

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 اضطراب گرفتند. از این میان، بیمارانی که دارای ضوابط ورود (مونث، ۳۰ تا ۵۵ سال، دیپلم به بالا، دارای فشار خون اولیه خفیف (۹۰-۱۱۰) و متوسط (۱۴۰-۱۶۰) و اضطراب خفیف (نمره ۸-۱۵ از پرسشنامه اضطراب بک)، رژیم دارویی مشابه) و فاقد معیارهای خروج (بیماری جسمی و

ماه پیگیری نتایج نشان داد که تکنیکهای هوشیاری فراگیر انفصالی در مقایسه با تکنیکهای توجه برگردانی دارای اثربخشی بیشتری بوده است (۶۲٪ در مقابل ۳۹٪) [۲۳].

دیگر پژوهشگران 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 [۲۴].

در پژوهشی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کیفیت زندگی افراد افسرده غیربیمار بررسی گردید. در این پژوهش ۱۵۰ دانشجوی 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 شاهد هیچ گونه آموزش درمانی دریافت نکرد. یافته های این پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می دهد [۲۵].

در پژوهشی نیز به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی می پردازد. در این پژوهش ۳۶ بیمار افسرده (۱۲ مرد و ۲۴ زن) به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. پس از هشت جلسه درمان گروهی نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از اثربخشی روش درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود به طوری که در نمرات بدست آمده از پرسشنامه های افسردگی، نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش محسوسی دیده شد ($p < 0,01$) [۲۶].

در پژوهش دیگری تاثیر آموزش روی ذهن آگاهی را بر میزان اختلال و سواس- اجباری بررسی کرد. در این پژوهش ۱۸ بیمار مبتلا به اختلال و سواس- اجبار به روش تصادفی ساده انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه به صورت فردی به مدت شش جلسه تحت درمان قرار

۶- تکلیف ببر ۷- کودک متمرکز ۸- تصویرسازی ابرها
۹- حلقه کلامی ۱۰- تمثیل ایستگاه قطار.

الف) هدایت فراشناختی^۱

این تکنیک شامل طرح یکسری سوالات است که فرد در هنگام قرار گرفتن در معرض موقعیت‌ها از خود می‌پرسد. این تکنیک در نظر دارد فرا آگاهی، قطع تمرکز و رهایی توجه را تقویت نماید و می‌تواند در موقعیت‌های طبیعی و در موقعیت‌های تحریک آمیز و اضطراب آور مورد استفاده قرار گیرد. در واقع فرد از خود سوالاتی می‌پرسد که آیا افکارش فقط در مورد آن چیزی است که در اطرافش اتفاق می‌افتد و یا در معرض هجوم طوفانی از افکار درونی است.

ب) تداعی آزاد^۲

تسهیل مشاهده منفعل و جاری شدن اتفاقات درونی که در مقابل تحریکات درونی اتفاق می‌افتد. تسهیل فراآگاهی، قطع تمرکز، جدایی توجه و پردازش مفهومی پایین. یکسری کلمات را برای بیماران ادا کرده و از آنها می‌خواهیم به ذهن خود اجازه دهند آزادانه در مقابل کلمات پاسخ دهد و کنترل و تحلیلی بر افکار یا پاسخ ذهن خود نداشته باشند. فقط باید به طور منفعل به تأثیری که می‌پذیرند نگاه کنند.

پ) تجویز ذهن سرگردان^۳

این تکنیک در نظر دارد ذهن آگاهی انفصالی را مخصوصاً در مواردی که تلاش مفردی برای کنترل ذهن صورت می‌گیرد تسهیل کند. تلاش‌های مفرد برای کنترل ذهن در اجتناب‌های هیجانی-شناختی و اختلالاتی که در آنها ترس از افکار مزاحم وجود دارد دیده می‌شود. این تلاشها مشکل ساز است زیرا می‌تواند مانع پردازش‌های کنترل شناختی خودکار شوند که در موقعیت‌های واقعی لازم است.

برای بیماران توضیح می‌دهیم که وقتی نام کسی

روانی قابل توجهی که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارد مثل دیابت نداشته‌باشد، بیش از دو جلسه غیبت نکند) بودند، از روی لیست بیماران ۳۰ نفر به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) به عنوان نمونه مقدماتی انتخاب و به‌طور تصادفی (قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. هر کدام از گروهها به تفکیک شامل ۱۵ نفر بود. کفایت حجم نمونه با روش مقدماتی آماری بررسی شد.

ابزارهای تحقیق

در ادامه پس از گرفتن رضایت نامه کتبی، ارزیابی‌های پیش‌آزمون اجرا شد.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شد:

۱- دستگاه فشارسنج جیوه ای

۲- پرسشنامه اضطراب بک (BAI): BAI برای سنجش

میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت چهارگزینه برای انتخاب وجود دارد. هر علامت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب انگیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند [۲۹].

در تحقیقی روایی و پایایی پرسشنامه سنجش اضطراب بک را در جمعیت بیمار و غیر بیمار ایرانی بررسی کردند. نتایج نشان داد آزمون مورد نظر دارای روایی ($r=0.72, p<0.001$)، پایایی ($r=0.83, p<0.001$) و ثبات درونی ($\text{Alpha}=0.92$) مناسبی است [۲۹].

شیوه انجام تحقیق

پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش در حین پژوهش و گروه کنترل نیز به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، تحت درمان گروهی قرار گرفتند. درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی در این پژوهش، طی ۸ جلسه هفتگی یک ساعته اجرا شد. این برنامه شامل ۱۰ تکنیک به شرح زیر است: ۱- کنترل توجه ۲- هدایت فراشناختی ۳- آزمایش ضد منع بازداری ۴- تداعی آزاد ۵- تجویز ذهن سرگردان

1. Metacognitive Guidance
2. Free Association Task
3. Prescriptive Mind- Wandering

چ) تمثیل ایستگاه قطار^۴

مانند تصویر سازی ابرهاست. بیماران افکار را مانند مسافرائی سوار بر قطار در نظر می گیرند که همراه با قطار از جلوی آنها عبور کرده و دور می شوند.

ح) تمثیل کودک متمرده^۵

بیماران برای تمرین ذهن آگاهی انفصالی افکار منفی را مانند کودکی در نظر می گیرند که در فروشگاه رفتارهای بدی دارد.

اگر به او توجه کنید اوضاع بدتر می شود. پس باید از دور مشاهده‌گری منفعل باشیم بدون آنکه کاری انجام دهیم. در مقابل افکار هم باید همین گونه بود.

خ) حلقه کلامی^۶

از بیماران می خواهیم به افکار مزاحم ضبط شده خود گوش دهند و ذهن آگاهی انفصالی را به کار گیرند و هر فکر را فقط مجموعه ای از صداها پندارند که واقعی نیست و چیزی جز مجموعه ای از صدا در دنیای خارج وجود ندارد. پس این را در ذهن نگهدارند که افکار غیر واقعی هستند.

د) تکنیک آموزش توجه^۷

شامل ۱۵ دقیقه است. ۸ دقیقه برای توجه انتخابی، ۵ دقیقه برای انتقال توجه و ۲ دقیقه برای تقسیم توجه. به بیماران می گوئیم وقتی توجه ما روی افکار منفی و حوادث قفل می شود کنترل آن خیلی سخت می شود. در این تکنیک می خواهیم روی بعضی صداها متمرکز شویم. اگر در میان تمرین افکار مزاحم وارد ذهن شوند طبیعی است و فقط آنها را صداهای اضافی در نظر گرفته و دوباره تمرکز کنید.

این جلسات در محل ساختمان مرکز درمانی تحقیقاتی صدیقه طاهره (س) اصفهان برگزار شد و بلافاصله پس از جلسه پایانی، اعضای دو گروه تحت ارزیابی‌های پس‌آزمون قرار گرفتند. همچنین، ۲ ماه پس از آخرین جلسه آموزش هم ارزیابی‌های پیگیری انجام گرفت.

یادمان نمی آید و در اصطلاح نوک زبانمان است هر چه تلاش کنیم که نام را به خاطر آوریم امکان ندارد ولی وقتی ذهن را آزاد می گذاریم خود به خود یادمان می آید. از آنها می خواهیم ۳ دقیقه با چشمان بسته ذهن خود را باز بگذارند و سپس از آنها می پرسیم در ذهنشان چه اتفاقی افتاده است.

ت) آزمایش ضد منع بازداری^۱

خیلی از بیماران تمایل زیاد به خلاص کردن خود از شر افکار و خالی کردن ذهن خود دارند و راهکارهایی برای رسیدن به هدف اتخاذ می کنند و می خواهند افکار را از ذهن بیرون کنند و به آن فکر نکنند.

برای آنها توضیح می دهیم که بین ذهن آگاهی انفصالی با تلاش برای فکر نکردن تفاوت است. تلاش برای فکر نکردن بی فایده است. از آنها می خواهیم سعی کنند ۳ دقیقه به خرگوش آبی فکر نکنند و ببینند آیا می توانند یا نه.

ث) تکلیف ببر^۲

در این تکلیف بیماران به سمت مشاهده جنبه های غیر ارادی شبیه سازی سازی تجربه ذهن آگاهی انفصالی هدایت می شوند. در ابتدا با تصاویر طبیعی و سپس با افکار مزاحم می توان تمرین را انجام داد. تصویر طبیعی مورد استفاده ما ببر است.

از بیماران می خواهیم تصویر ببری را در ذهن تصور کنند و تلاشی برای تاثیر گذاری و تغییر رفتار ببر داشته باشند. اگر ببر حرکت کرد و یا ... اشکالی ندارد ولی آنها نباید آن را حرکت دهند و باید بتوانند کاملاً منفعل باشند.

ج) تصویر سازی ابرها^۳

در این تکلیف از بیماران می خواهیم افکار را مانند ابرهایی در آسمان تصور کنند. نیازی به حرکت دادن ابرها نیست و اصلاً این کار امکان پذیر نیست. باید اجازه دهند افکار مانند ابر حرکت کرده و عبور کنند و بروند.

4. Passenger Train Analogy
5. Recalcitrant Child Analogy
6. Verbal Loop
7. Attention Training Technique

1. Suppression Counter- Suppression Experiment
2. Tiger Task
3. Clouds Image

جدول ۱: عناوین و موضوعات کلی جلسات

جلسه	شرح جلسه
۱	آشنایی افراد گروه با یکدیگر، ایجاد انگیزه، بیان هدف تشکیل جلسات و تکمیل پرسشنامه‌های اضطراب و اندازه‌گیری فشارخون
۲	توضیح پیرامون طرح درمانی توضیح مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی آموزش و تمرین تکنیک کنترل توجه (ATT)
۳	بحث پیرامون تکالیف خانگی آموزش و تمرین تکنیکهای هدایت فراشناختی و آزمایش ضد منع بازداری
۴	بحث پیرامون تکالیف خانگی آموزش و تمرین تکنیک تداعی آزاد
۵	بحث پیرامون تکالیف خانگی آموزش و تمرین تکنیکهای تجویز ذهن سرگردان و تکلیف ببر
۶	بحث پیرامون تکالیف خانگی آموزش و تمرین تکنیکهای حلقه کلامی و کودک متمرکز
۷	بحث پیرامون تکالیف خانگی آموزش و تمرین تکنیکهای تصویرسازی ابرها و تمثیل ایستگاه قطار
۸	مرور تکنیکها تکمیل پرسشنامه‌های اضطراب و اندازه‌گیری فشارخون

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار اضطراب و فشارخون در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه کنترل		گروه آزمایش			
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۴,۶۵	۱۹,۴۶	۵,۲۳	۲۲,۳۳	پیش آزمون	اضطراب
۵,۳۸	۲۴,۰۰	۳,۷۹	۱۶,۱۳	پس آزمون	
۵,۸۹	۲۳,۴۶	۳,۹۲	۱۵,۴۶	پیگیری	
۱,۷۹	۱۵,۹۳	۱,۶۴	۱۵,۸۶	پیش آزمون	فشارخون سیستولیک
۱,۵۵	۱۶,۴۶	۱,۳۵	۱۲,۱۳	پس آزمون	
۱,۲۹	۱۶,۴۰	۰,۹۱	۱۱,۴۰	پیگیری	
۱,۱۲	۱۰,۱۳	۱,۱۸	۱۰,۴۶	پیش آزمون	فشارخون دیاستولیک
۰,۸۸	۱۱,۰۶	۰,۸۲	۸,۴۰	پس آزمون	
۰,۷۰	۱۱,۰۶	۰,۸۳	۸,۴۶	پیگیری	

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های مطالعه در نرم افزار SPSS 15 و با استفاده از 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 خانه دار و متأهل بودند.

میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب و فشار خون در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ آمده است.

در این پژوهش، نمره پیش آزمون به عنوان متغیر همگام شناخته شد و تاثیر آن بر نمرات پس آزمون و

پیگیری با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد.

در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر نمرات اضطراب و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون در مرحله پس آزمون و پیگیری ملاحظه می‌گردد. یافته‌های فوق نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین نمرات اضطراب شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس آزمون و پیگیری معنی دار می‌باشد. بنابراین درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی در بهبود اضطراب شرکت کنندگان در مرحله پس آزمون و پیگیری گروه آزمایشی تاثیر داشته است. توان آماری بالای ۰/۸ حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری قابل قبول است.

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین و درون آزمودنی‌ها با اندازه گیری‌های مکرر نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اضطراب بیماران زن مبتلا به فشارخون

میزان تاثیر	P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مقادیر منابع تغییر	
						گروه	بین آزمودنی‌ها
۰,۳۲	۰,۰۰۰	۵۴۷,۴۵	۴۲۲,۵۰	۱	۴۲۲,۵۰	گروه	بین آزمودنی‌ها
-	-	-	۶۶,۷۱	۲۸	۱۸۶۷,۹۵	خطا	
۰,۲۸	۰,۰۰۴	۹,۸۲	۳۰,۸۱	۱	۳۰,۸۱	عامل	درون آزمودنی‌ها
۰,۲۲	۰,۰۰۰	۱۴۱,۱۱	۴۴۲,۸۱	۱	۴۴۲,۸۱	عامل * گروه‌ها	
-	-	-	۳,۱۳	۲۸	۸۷,۸۶	خطا	

جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین و درون آزمودنی‌ها با اندازه گیری‌های مکرر نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری فشارخون سیستمولیک بیماران زن مبتلا به فشارخون

میزان تاثیر	P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مقادیر منابع تغییر	
						گروه	بین آزمودنی‌ها
۰,۴۳	۰,۰۰۰	۴۳,۳۵	۲۲۰,۹۰	۱	۲۲۰,۹۰	گروه	بین آزمودنی‌ها
-	-	-	۵,۰۹	۲۸	۱۴۲,۶۶	خطا	
۰,۳۳	۰,۰۰۰	۶۷,۹۲	۶۰,۰۰	۱	۶۰,۰۰	عامل	درون آزمودنی‌ها
۰,۳۱	۰,۰۰۰	۱۰۳,۳۲	۹۱,۲۶	۱	۹۱,۲۶	عامل * گروه‌ها	
-	-	-	۰,۸۸	۲۸	۲۴,۷۳	خطا	

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل واریانس بین و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری‌های مکرر نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری فشارخون دیاستولیک بیماران زن مبتلا به فشارخون

میزان تاثیر	P	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	مقادیر	
						منابع تغییر	
۰,۳۵	۰,۰۰۰	۳۴,۴۷	۶۰,۸۴	۱	۶۰,۸۴	گروه	بین آزمودنی‌ها
-	-	-	۱,۷۶	۲۸	۴۹,۴۲	خطا	
۰,۲۵	۰,۰۱۰	۷,۷۴	۴,۲۶	۱	۴,۲۶	عامل	درون آزمودنی‌ها
۰,۲۲	۰,۰۰۰	۵۸,۴۱	۳۲,۲۶	۱	۳۲,۲۶	عامل * گروه‌ها	
-	-	-	۰,۵۵	۲۸	۱۵,۴۶	خطا	

فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی را بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به فشارخون مورد بررسی قرار دهد، انجام نگرفته است، اما نتایج پژوهش‌هایی نشان داد که استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی انفصالی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری برای تغییر باورهای آنها، می‌تواند کاهش مهمی بر باورهای منفی و اضطراب آنها ایجاد کند [۱۴]. همچنین این یافته پژوهشی تا حدی با نتایج دیگری مبنی بر موثر بودن آموزش تکنیک توجه برگردانی از خود به سوی محیط بیرونی (که یکی از تکنیک‌های این این پژوهش هم بوده است)، بر کاهش اضطراب و باورهای غلط بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی همخوان است [۱۶].

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر اضطراب را می‌توان این گونه تبیین کرد که بیماران مبتلا به فشارخون آسیب‌پذیری زیادی نسبت به نگرانی و اضطراب داشته و آمادگی زیادی برای سوءتعبیر علائم فیزیولوژیکی اضطراب دارند. در واقع آنها نسبت به علائم فیزیولوژیکی اضطراب بیش توجه بوده و آنها را به عنوان علائم و نشانه‌های افزایش ناگهانی فشارخون تعبیر می‌کنند. همچنین آنها نسبت به عملکرد جسمی خود حساسیت بیشتری دارند و این امکان وجود دارد که فشارخون خود مسئول دیگر تغییرات ادراکی فردی باشد [۳۰]. بنابراین با توجه به استفاده از تکنیک‌هایی مانند تکنیک آموزش توجه، هدایت فراشناختی و تداعی آزاد بیمار یاد می‌گیرد که توجه و

علاوه بر این، تفاوت مشاهده شده بین دو گروه آزمایش و شاهد از نظر فشار خون سیستولیک و دیاستولیک در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنادار می‌باشد. بنابراین درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی در کاهش فشار خون سیستولیک و دیاستولیک شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر داشته است. توان آماری بالای ۰/۸ حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری قابل قبول است.

بحث و نتیجه گیری

بررسی منابع مطالعاتی در دسترس نشان داد که تاکنون پژوهش منتشر شده‌ای در زمینه اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر فشار خون بیماران مبتلا به فشار خون وجود ندارد، لذا نوآوری و ابتکار پژوهش حاضر در استفاده از درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی برای بیماران مبتلا به فشار خون بوده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی باعث کاهش اضطراب و فشار خون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی به طور معناداری میزان اضطراب بیماران مبتلا به فشارخون را کاهش داده است. قبلاً پژوهشی که میزان اثربخشی درمان مبتنی بر مدل

اثربخشی درمان مبتنی بر مدل فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران مبتلا به فشارخون را می‌توان با استفاده از نقش استرس و اضطراب به عنوان یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار بر شدت علائم فشارخون تبیین نمود. استرس و اضطراب تقریباً همیشه با تنش جسمانی همراه است و افراد معمولاً ابتدا واکنش‌های فیزیولوژیک ناشی از آنها را تجربه می‌کنند. در پاسخ به اضطراب محور هیپوتالاموس-هیپوفیز و آدرنال (HPA) و محور سمپاتیک فعال می‌شوند. در این فرایند هورمون‌هایی از جمله کورتیزول ترشح می‌شوند که نقش مهمی در آسیب شناسی و تشدید بیماری فشارخون بازی می‌کنند. به طور کلی، برانگیختگی فیزیولوژیکی مفراطی که در موقعیت‌های استرس زا ایجاد می‌شوند، باعث افزایش تولید هورمون‌هایی از قبیل اپی نفرین و نوراپی نفرین می‌شود و به همان نسبت ضربان قلب و فشارخون را بالا می‌برد. این پاسخگویی فیزیولوژیکی مفراطی نهایتاً احتمال وقوع بیماری فشارخون را افزایش می‌دهد [۳۲]. چون واکنش‌های فیزیولوژیک ناشی از اضطراب می‌توانند در طیف وسیعی از علائم جسمانی نشان دهند، استفاده از تکنیک‌های مختلف در این درمان، از طریق کاهش اضطراب و تنش جسمانی و علائم فیزیولوژیکی همراه با آن و همچنین کاهش تولید کورتیزول و هورمون‌های اپی نفرین و نوراپی نفرین، توانسته میزان فشارخون را در بیماران، به میزان زیادی کاهش دهد.

اضطراب با فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک که می‌تواند موجب فشارخون و همچنین تصلب شرایین گردد ارتباط دارد. بنابراین کاهش اضطراب سبب جلوگیری از فعال شدن دستگاه عصبی سمپاتیک شده و همچنین می‌تواند باعث کاهش فشارخون و جلوگیری از تصلب شرایین گردد. در نتیجه درمان اضطراب می‌تواند باعث بهبود فشارخون نیز بشود. ولز معتقد است این شیوه درمانی از طریق رفع نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده است هموار

تمرکز بیش از حدی نسبت به علائم اضطراب خود نشان ندهد و در نتیجه اضطراب او کاهش می‌یابد. تکنیک آموزش توجه (ATT) برای این هدف طرح شد که برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی قابل استفاده باشد [۳۱]. هدف از ایجاد ATT، اصلاح پردازش مداوم مربوط به خود است که به صورت اختلال‌های هیجانی مشخص می‌شود [۳۱]. ATT شیوه پردازش شناختی را تقویت می‌کند. اطلاعات مزاحم در مورد وضعیت بدن یا افکاری که به طور خود انگیخته‌ای در جریان ATT ایجاد می‌شوند مانند صدایی با آنها برخورد می‌شود که نباید به آن توجه کرد، تمرکز بیرونی ممکن است به بیماران اجازه دهد بدون آنکه در مشکلات شخصی خودشان غرق شوند از شیوه فاصله گرفتن از مسئله استفاده کنند. مخصوصاً این رویکرد ممکن است فاصله گرفتن از غنی‌سازی ذهنی را آموزش دهد [۹]. در این صورت افراد می‌توانند به وقایع درونی و شناختارهای خاص به یک طریق غیر تهدید آمیز و نامربوط به خود نظر بیندازند [۳۱].

از طرفی تکنیک‌ها باعث تغییر در نگرش‌ها و شناخت‌های بیماران شده است به طوری که آنها بیمار بودن خود را پذیرفته و به طرز منطقی با پیامدهای روانی آن مواجه شده‌اند. آنها با استفاده از تکنیک‌هایی مانند تجویز ذهن سرگردان می‌آموزند که لازم نیست تلاش خیلی زیادی برای کنترل افکار مزاحم و به طور کلی ذهن خود انجام دهند. همچنین تکنیک‌هایی مانند تکلیف ببر، تصویرسازی ابرها، تمثیل ایستگاه قطار و تمثیل کودک متمدن می‌آموزند که با وجود آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی، هیچگونه پاسخدهی تلاشگرانه شناختی یا رفتاری نشان ندهند که این خود باعث کاهش اضطراب در این افراد گردید.

که استفاده مکرر بیماران از تکنیک‌های مختلف بعد از اتمام جلسات درمان، باعث کاهش معنادار نمرات اضطراب بیماران گروه آزمایش شده است. به طور کلی می‌توان گفت که پایایی نسبی نتایج درمان طی دوره پیگیری، به کاربرد فعالانه تکنیک‌های درمانی ارائه شده توسط بیماران مرتبط است.

۲. بنسن، هربرت. (۱۳۷۷). آرامش بیکران. ترجمه رضا جمالیان. تهران: نسل نواندیش.
۳. دیماثو، ام. رابین. (۱۳۷۸). روانشناسی سلامت. ترجمه م. کاویانی، م. عباسپور، ج. محمدی، غ. ر. تقی زاده و ع. ا. کیمیا. جلد اول. تهران: انتشارات سمت.
۴. فتاحی، ابراهیم. (۱۳۶۲). افزایش فشارخون (بررسی، تشخیص و درمان). تهران: انتشارات توبل.
۵. سماوات، طاهره. حجت زاده، علی و نادری آسیاب، زهرا. (۱۳۸۰). راهنمای تشخیص، ارزیابی و درمان فشارخون بالا برای پزشکان. تهران: انتشارات شهرآب.
۶. سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۵). خلاصه روانپزشکی. ترجمه دکتر نصرت ... پورافکاری. جلد دوم. چاپ سوم. تهران: انتشارات شهرآب.
۷. سی وارد، برایان. لوک. (۱۳۸۱). مدیریت استرس. ترجمه م. قراچه داغی. تهران: نشر پیکان.

8. 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.
9. Wells, A., & Mathews, G. (1994). Attention and emotion: A clinical perspective. Hove: Erlbaum.
10. Williams, J. W., Barrett, O, T., & Franke, E. (2000). Treatment of dysthymic and minor depression in primary care. *Journal of American Medical Association*, 27, 284, 1519- 29.
11. Sparacino, j., Ronchi, D., Brenner, M., Kuhn, J. W., & Flesch, A.L. (1982). Psychological correlates of blood Pressure: A closer examination of hostility, anxiety and engagement. *Nursing research*, 31, 143-149.

می‌سازد [۸]. 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 در مورد نگرانی‌ها و فراابورها تاکید دارد. به نظر می‌رسد اصلاح مولفه‌های فراشناختی به صورت غیرمستقیم راه را برای اصلاح باورهای ناکارآمد هموار ساخته است. تبیین دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این است که تکنیک‌های آموزش داده شده در این شیوه درمانی موجب تعدیل سبک‌های انعطاف‌ناپذیر توجه و اصلاح عوامل زیربنایی تولید کننده باورهای غلط می‌گردند و به این ترتیب بر باورها تاثیر می‌گذارند.

استمرار و پیگیری تمرینات در ۲ ماه پس از اتمام جلسات باعث ثبات کاهش فشارخون در آنها شده است. بیماری فشارخون متأثر از عوامل ارثی و زیستی، روانی و اجتماعی است. بیماران نمی‌توانند عوامل ارثی و زیستی را از بین ببرند ولی با انجام تمرینات و تکنیک‌ها می‌توانند فشارخون خود را کنترل کنند و از افزایش ناگهانی آن جلوگیری نمایند.

لازم به ذکر است چون این پژوهش بر روی زنان انجام گرفته است بهتر است پژوهشی هم بر روی مردان انجام گیرد. هم چنین شرکت کنندگان حاضر در این پژوهش همگی دارای تحصیلات دیپلم بودند که بهتر است برای مشخص نمودن میزان تاثیر تحصیلات بر نتایج تحقیقات بیشتری انجام گیرد.

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن، درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی می‌تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش اضطراب و فشارخون بیماران مبتلا به فشار خون به کار گرفته شود.

منابع

۱. دیویسون، جرالده. سی، نیل، جان. ام، کرینگ، آن. ام. (۱۳۸۵). آسیب‌شناسی روانی. ترجمه مهدی دهستانی. جلد اول. چاپ چهارم. تهران: نشر ویرایش.

۲۲. رئیس، ح. سعیدی، م. بشتام، م و ربیعی، ک. (۱۳۸۲). تاثیر یک دوره بازتوانی قلبی بر استرس‌های سایکولوژیک در یک جمعیت ایرانی. مجله پژوهش در علوم پزشکی، سال هشتم، ۳، ۹۷-۹۴.
۲۳. فیروز آبادی، عباس. علی قنبری هاشم آبادی، بهرام و طباطبایی، سید محمود. (۱۳۸۸). اثربخشی 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.
24. Vakili, Yaghoob & Fata, Ladan. (2006). The effectiveness of the metacognitive model in treating a case of post – traumatic stress disorder. *Iran J Psychiatry*, 4, 169 – 171.
۲۵. کاویانی، حسین؛ حاتمی، ندا؛ شفیع آبادی، عبدا... (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده. مجله تازه‌های علوم شناختی. ۱۰، ۴، ۴۸-۳۹.
۲۶. آذرگون، حسن. (۱۳۸۶). اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه اصفهان.
۲۷. سجادیان، ایلناز. (۱۳۸۵). تاثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواس اجبار در زنان شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان.
۲۸. افشاری، معصومه. نشاط دوست، حمیدطاهر. بهرامی، فاطمه. افشار، حمید. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان رفتاری- فراشناختی بر میزان باورهای هراس بیماران زن مبتلا به اختلال هراس. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک. ۱، ۱۳، ۱۶-۹.
12. Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation- induced- anxiety: An attentional training approach to treatment. *behavior Therapy*, 21, 273- 280.
13. Schalling, D., & Svensson, J. (1984). Blood pressure and personality. *Personality and individual Differences*, 5, 41- 51.
14. Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive- compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour research and therapy*, 43, 821- 829.
15. Wells, A., & Sembi, S. (2004a). *Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual*. *Cognitive and behavioral Practice*, 11, 365- 377.
16. Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357- 370.
17. Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, C. (2008). Mindfulness – based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorder*, 4, 716 – 721.
18. Schneiderman, R. H., Staggers, 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.
19. Glasgow, M. S., Engel, B. T., & Lugoff, B. C. (1989). A cotrolled study of a standardized behavioral stepped treatment for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 51, 10- 26.
20. Chesney, M. A. (1987). Relaxation training at the worksite: The untreated mild hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 49, 250- 273.
21. Jorgensen, R., Houston, B., & Zurawski, R. (1981). Anxiety managment training in the treatment of essential hypertension. *Behavioral Research and therapy*, 19, 467- 474.

۲۹. کاویانی، 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.
۳۱. ولز، آدرین. (۱۳۸۵). اختلالات هیجانی و فراشناخت (بدعت در درمان‌های شناختی). ترجمه فاطمه بهرامی و شیوا رضوان. اصفهان: انتشارات مانی.
32. Valk, J. M. (1975). Blood pressure changes under emotional influences, in patients with essential hypertension, and control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 2, 134-146.
30. Beevers, G., Lip, G. Y. H., & Obrien, E. (2001). *ABC of hypertension*. 4th ed. London: Penguin.