تاثیر درمان شناختی ذهن آگاهی بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران مرد مبتلا به فشارخون

مهناز مهرابی زاده هنرمند[۱]، علی احمدیان[۱*]، یداله زرگر[۱]، حشمت اله شهبازیان[۲]، میثم خدیوی[۱]

۱) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

۲) گروه نفرولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

تاریخ دریافت: ۹۱/۶/۱۱ تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۲۲

چکیده

مقدمه: با توجه به این که بیماران مبتلا به فشارخون دارای تنش زیادی می باشند مشکلات این افراد باید به گونه‌ای حل شود که رضایت از زندگی را در این بیماران به دنبال داشته باشد که این امر می‌تواند بوسیله راهبردهای مانند آرامش آموزی و مدیتیشن میسر شود.

مواد و روش ها: طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مردان مبتلا به فشارخون مراجعه کننده به بیمارستان گلستان اهواز می باشد. نمونه پژوهش به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. بدین صورت که تعداد ۳۰ نفر با انجام مصاحبه بالینی و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و نداشتن معیارهای خروج به پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در مورد گروه آزمایش مداخله درمانی شامل ۸ جلسه درمان شناختی ذهن آگاهی اجرا گردید، در حالی که آزمودنی های گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از پایان مداخله، از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از SPSS vol.16 و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری(MANCOVA) استفاده شد.

یافته های پژوهش: فشارخون بیماران به مقدار قابل توجهی کاهش یافت که همین امر باعث شد راهبردهای شناختی منطقی تری داشته باشند. نتایج حاصل نشان داد که بین دو گروه از لحاظ فشارخون سیستولیک و دیاستولیک تفاوت معنی‌داری وجود دارد.($P<0.001$)

بحث و نتیجه‌گیری: این بیماران از مشکلاتی مانند خطاهای شناختی رنج می برند که همین امر باعث می - شود تنش زیادی را متحمل شوند، توجه و توانبخشی این اختلال می‌تواند به مشکلات این افراد کمک کند. این پژوهش برای بیمارستان ها و مراکز درمانی مرتبط با فشارخون کاربرد دارد.

واژه های کلیدی: درمان شناختی ذهن‌آگاهی، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک

* **نویسنده مسئول:** گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

Email: ali.ahmadian65@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-16]

مقدمه

افزایش فشارخون مهم ترین مساله بهداشت عمومی در کشورهای مختلف جهان است که شایع، بدون علامت و اغلب غیر قابل تشخیص بوده و در صورت عدم درمان منجر به عوارض کشنده می شود. در حقیقت اطلاق صفت قاتل خاموش(Silent Siller) به بیماری فشارخون اولیه، به دلیل عدم وجود نشانه - های قابل تشخیص و عوارض ناخوشایند بیماری های قلبی- عروقی است که این بیماری در صورت عدم درمان نامناسب از خود بر جای می گذارد،(۱). در درمان فشارخون، علاوه بر درمان هایی دارویی، از روش های غیر دارویی استفاده می شود. یکی از مهم ترین درمان های غیر دارویی تکنیک آرام سازی است. متخصصین آرام سازی بر این عقیده اند که تحریکات استرس زا در محیط زندگی بیماران ممکن است عاملی در جهت رشد نگهداری فشارخون بالا باشد،(۲). روش دیگر درمان - های غیر دارویی، درمان های شناختی هستند. درمانگران شناختی اعتقاد دارند که از طریق فرایندهای شناختی می توان عملکرد نابهنجار را بهتر درک کنیم. بر طبق این نظریه افرادی که از مشکلات هیجانی و اختلالات روانی رنج می برند، می توانند به وسیله ایجاد شیوه های جدید تفکر بر مشکلاتشان چیره شوند،(۳). در کشور ما شیوع هیپرتانسیون در کل جمعیت بیشتر از ۱۲ درصد می باشد،(۴). با افزایش سن به خصوص در گروه های سنی پرخطر شیوع آن چندین برابر می شود،(۵). از یافته های همه گیرشناسی در مورد وقوع سکته های مغزی و حوادث چنین بر می آید که طیف فشارخون دیاستولی بین ۹۰ تا ۱۰۵ و فشارخون سیستولی بین ۱۴۰ تا ۱۹۰ است،(۶). به طور کلی، فشار روانی وقتی ایجاد می شود که افراد با وقایعی روبرو می شوند که آن ها تهدید کننده سلامت روانی یا جسمی خودشان می یابند،(۷). به نظر می رسد سبک زندگی، سبک تنش و راه های مقابله با آن، از عوامل ایجاد و تسریع فشارخون است.(۸)

ذهن آگاهی(Mindfulness) حدود ۲۰۰۰ سال پیش از بودیسم گرفته شد و حتی امروزه بهترین نویسندگان این موضوع بودیسم هستند. در تعریف کبات زین در سال ۲۰۰۴ حضور ذهن: یعنی توجه به طریقی خاص، معطوف به هدف در زمان حال و بدون داوری.(۹)

کبات زین کارآیی رویکردش را در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و درد مزمن ارزیابی کرد. شواهد نشان داد که اکثریت شرکت کنندگان کاهش نشانگان روان شناختی و جسمانی را تجربه کرده بودند و نیز تغییرات عمیق مثبتی در نگرش، رفتار و ادراک آن ها نسبت به خود، دیگران و جهان اطرافشان به وجود آمده بود،(۹). از اهمیت و ضرورت های این پژوهش می - توان به این مورد اشاره کرد که برانگیختگی دراز مدت دستگاه سمپاتیک می تواند به شریان ها و دستگاه های عضوی آسیب برساند. فشار روانی هم چنین می تواند بر توانایی دستگاه ایمنی در مبارزه با بیماری ها اثر مستقیم داشته باشد. فشارخون بالا شایع ترین بیماری مزمن در ایالات متحده آمریکاست. بیش از ۸۵ میلیون آمریکایی با فشارخون بالا تشخیص داده شده اند. این بیماری علاوه بر هزینه های هنگفتی که از جهت درمان به خود اختصاص می دهد، در صورت عدم کنترل از عوامل مهم سکته مغزی، نارسایی مزمن کلیه و سکته های قلبی می باشد. در افراد مبتلا به فشارخون بالا، خطر بروز بیماری های قلبی عروقی دو برابر، نارسایی قلبی چهار برابر و سکته مغزی هفت برابر افزایش می - یابد. این بیماری ها سبب از بین رفتن نیروی کار و هزینه های اقتصادی فراوان می گردند،(۱۰). با جمع بندی نکات ذکر شده، توجه به نکات زیر ضروری می نماید: بیماری فشارخون سهم عمده ای در مرگ و میر و ناتوانی دارند و بخش قابل ملاحظه ای از بودجه محدود حوزه سلامت را به خود اختصاص می دهند.

بنا بر این استفاده از برنامه های مداخله ای شناختی ذهن آگاهی(و به تبع از آن کاهش فشارخون) که گستره وسیعی از مداخلات روان شناختی، فعالیت های بدنی و تکنیک های روان شناختی را شامل می شود، احتمالاً می تواند جهت کاهش، تعدیل و کنترل پیامدهای روان شناختی بیماران مفید واقع شود. از این پژوهش می توان در مراکز توانبخشی قلبی-عروقی و فشارخون استفاده کرد، که مطمئناً موجب تغییر شگرفی در بهبود این بیماران و صرفه جویی و کاهش هزینه ها می شود. بنا بر این با توجه به اثربخشی مداخله درمان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-16]

شناختی ذهن آگاهی بر متغیرهای گوناگون، هدف از انجام این پژوهش تعیین تاثیر درمان شناختی ذهن-آگاهی، بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران مرد مبتلا به فشارخون بیمارستان گلستان اهواز می باشد. لازم به توضیح است که اثربخشی این نوع مداخلات بر فشارخون در مردان مبتلا به فشارخون مورد بررسی قرار نگرفته است. بنا بر این پژوهش حاضر به دنبال مشخص شدن این نکته است که آیا درمان شناختی ذهن آگاهی، بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک مردان مبتلا به فشارخون بالا تأثیر دارد

مواد و روش ها

طرح پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. در پژوهش حاضر درمان شناختی ذهن آگاهی، متغیر مستقل و متغیرهای فشارخون سیستولیک و دیاستولیک، متغیرهای وابسته پژوهش حاضر هستند. جامعه آماری این پژوهش شامل مردان مبتلا به فشارخون مراجعه کننده به بیمارستان گلستان اهواز می باشد. نمونه پژوهش به روش در دسترس انتخاب شد. هر بیمار مراجعه کننده به بیمارستان، در صورت ابتلا به بیماری فشارخون اولیه که بر اساس تشخیص پزشک مشخص می شد، و به شرط داشتن معیارهای ورود مثل: فشارخون بالای ۱۴۰(فشارخون سیستولیک) و بالای ۹۰ (فشارخون دیاستولیک)، جنسیت مذکر، دامنه ۳۰ تا ۶۰ سال، سطح تحصیلات دیپلم به بالا و داشتن فشار-خون اولیه و نداشتن بیماری های دیگر مثل بیماری - های کلیوی و نفرولوژی، طول دوره بیماری یکسان و نداشتن معیارهای خروج از مطالعه مثل: استفاده از درمان روان شناختی دیگر در طول مطالعه و هم چنین غیبت بیش از دو جلسه به پژوهشگر ارجاع داده می - شد. پس از گرفتن فشارخون، ۳۰ نفر انتخاب شدند و مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. این ۳۰ نفر به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. لازم به ذکر است که این مداخله توسط دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی که دارای تجربه بالینی و مشاوره به مدت ۲ سال می باشد در زمستان و بهار ۱۳۹۱ انجام گرفت. ذکر این نکته نیز لازم است که دانشجو توسط استاد راهنما و اساتید مشاور طی جلسات متعدد آموزش های لازم را جهت آمادگی برای آموزش ذهن آگاهی دریافت کرد. در حین برگزاری جلسات استاد راهنما بر اجرای جلسات نظارت داشت.

روش های مداخله

برنامه درمان شناختی ذهن آگاهی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای می باشد، که به صورت هفته ایی یک جلسه برگذار می شود. ذهن آگاهی نوعی هدایت توجه است که ریشه در تمرینات مراقبه بودایی دارد. هدف کلی این مداخلات ترویج آگاهی ذهنی به منظور بهبود بهزیستی، کاهش علایم و زندگی سرشار از احساس حیات، معنا و رضایت است. مفاهیم ذهن آگاهی و پذیرش ارتباط نزدیکی به هم دارند. ذهن آگاهی را می توان متمرکز کردن توجه به تجربیات لحظه حاضر به شیوه ای پذیرا یا فارغ از قضاوت توصیف کرد،(۲۰). اجرای این برنامه و جلسات آموزشی از کتاب زندگی مصیبت بار(Living Full Catastrophe)،(۹)، که پروتکل درمان شناختی ذهن آگاهی(Mindfulness Therapy Cognitive) می باشد مورد استفاده قرار می گیرد. مداخلات شامل موارد زیر است:

جلسه اول

اجرای پیش آزمون، برقراری ارتباط، لزوم استفاده از ذهن آگاهی و آشنایی با نحوه تن - آرامی(Relaxation) و انواع تکنیک های ذهن آگاهی و روان شناختی(مانند: تمرین خودکار تنفس و برخی از تکنیک های شناختی و رفتاری مثل تمرین وارسی بدنی، آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه). کلاس با تمرین تمرکز بر تنفس کوتاه ۵ الی ۱۰ دقیقه ای به پایان رسید و بعد از آن تکالیف خانگی(تمرین تمرکز بر تنفس کوتاه، تمرین وارسی بدن و ثبت گزارش تکلیف منزلی) و سی دی های صوتی مربوطه، و نحوه اجرا و انجام آن بین افراد گروه توزیع شد. باید به این نکته اشاره شود که در هر جلسه تکالیف خانگی ارائه شد و جلسه بعد هم مورد بازبینی قرار گرفت.

جلسه دوم

جلسه دوم شامل آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شان ها، گردن، لب، چشم ها، آرواره ها، پیشانی قسمت پائین و پیشانی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-16]

قسمت بالا بود. هم چنین رویارویی با منابع تنیدگی، تمرکز، وارسی بدن، ذهن آگاهی در زندگی روزمره.(تمرکز بیشتر بر بدن، نجواهای ذهنی را آشکارتر کرده و منجر به کنترل بیش تر نسبت به وقایع روزانه می شود)

جلسه سوم

این جلسه شامل آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست ها و بازوها، پاها و ران ها، شکم و سینه، گردن و شانه ها، آرواره ها و پیشانی و لب ها و چشم ها و انجام تکنیک های یوگا و حضور ذهن از تنفس بود.

جلسه چهارم

انجام تکنیک‌های مراقبه(Meditation)، شامل مراقبه نشستن، قدم زدن، مراقبه در تمام طول روز و در نهایت تکالیف خانگی جلسه قبل مورد بازبینی و ارزیابی قرار گرفت، هم چنین تکالیف خانگی جلسه آینده(تمرین مراقبه نشستن، تمرین فضای حضور تنفس، ثبت گزارش تکالیف منزلی، و ذهن آگاهی تنفس قبل خواب به مدت ۲۰ دقیقه) تعیین گردید.

جلسه پنجم

این جلسه شامل آموزش تکنیک وارسی بدن شامل آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن ها و جستجوی حس های فیزیکی(شنوایی، چشایی و...) و تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن(خوردن با آرامش و توجه به مزه و منظره غذا) بود.

جلسه ششم

تکنیک هایی که در این جلسه به کار برده شد شامل آموزش ذهن آگاهی افکار(Mindful of Thoughts) شامل توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن بدون قضاوت در مورد آن‌ها بود.

جلسه هفتم

در این جلسه ذهن آگاهی کامل(Full Mindfulness) شامل تکرار جلسات ۴، ۵ و ۶ هر کدام به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه انجام شد. نهایت تکالیف خانگی جلسه گذشته مورد بازبینی قرار گرفت، هم چنین تکالیف جلسه آینده(ثبت گزارش تکالیف منزلی، تمرین فضای تنفس، تمرین وارسی بدن و تمرین مراقبه) تعیین گردید.

جلسه هشتم

افراد گروه به همراه درمانگر تمرین وارسی بدن را انجام دادند، هم چنین به بازنگری تکالیف خانگی و کل برنامه پرداختند، تا به شرکت کنندگان فرصتی داده شود که تجارب خود را از سراسر برنامه بیاد آورند و در آخر از آن ها پس آزمون گرفته شد.

ابزارهای گردآوری داده ها در این پژوهش

دستگاه اندازه گیری فشارخون

این دستگاه ها انواع مختلفی از جمله نوع جیوه ای، عقربه ای، اتوماتیک و جیوه ای پایه دار دارند. فشارسنج های جیوه ای ساده ترین و دقیق ترین وسیله برای اندازه گیری فشارخون هستند. در این فشارسنج ها جیوه در داخل لوله شیشه ای باریکی به تناسب فشاری که به آن وارد می آید حرکت می کند. این لوله بر روی صفحه مدرجی نصب شده است و میزان فشارخون با خواندن ارتفاع جیوه تعیین می شود که از اجزایی مثل کاف و کیسه هوا تشکیل شده‌اند.

کاف یا بازوبند

کاف یک پوشش دو لایه از جنس پارچه و دراز است که خاصیت ارتجاعی نداشته و به دور بازو پیچیده می شود. بازوبند باید به اندازه کافی بلند باشد تا به طور کامل دور بازوی فرد را بگیرد.

کیسه هوا

کیسه هوا از جنس لاستیکی است که در درون بازوبند قرار می گیرد و قابل باد شدن است.(۱۱)

با توجه به این که این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی می باشد، بعد از تصویب طرح پژوهش در شورای پژوهشی دانشگاه شهید چمران اهواز، مجوز انجام پژوهش به دلیل مداخله ای بودن آن در شورای پژوهشی تصویب و دانشجوی مربوطه بر اساس معرفی نامه ای به بیمارستان گلستان اهواز معرفی شد. سپس به منظور انتخاب نمونه، با حضور در کلینیک و همه بخش های بیمارستان گلستان شهر اهواز و پس از هماهنگی با پزشک فوق تخصص نفرولوژی و بیمارهای کلیوی، از

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-16]

اوایل بهمن ماه تا اواخر اسفند ماه، هر بیمار مراجعه کننده به بیمارستان، در صورت ابتلا به بیماری فشار-خون اولیه بر اساس تشخیص پزشک، و به شرط داشتن معیارهای ورود به مطالعه و نداشتن معیارهای خروج از مطالعه(که شرح آن ها در بالا ذکر شد)، به پژوهشگر ارجاع داده شد. پژوهشگر نیز پس از مراجعه هر بیمار واجد شرایط، توضیح مختصری در مورد موضوع پژوهش و گرفتن فشارخون به وی می داد. با توجه به آن که در روش تحقیق آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر توصیه شده است،(۲۱)، از این بیماران، ۳۰ نفر مبتلا به فشارخون اولیه انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. سپس، مداخله به مدت ۲ ماه، در بیمارستان گلستان اهواز، دانشکده پرستاری، روی گروه آزمایش، به صورت گروهی اجرا شد و گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. در پایان، پس از اعمال مداخله روی گروه آزمایش از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. در آخر به دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی برای گروه کنترل یک جلسه درمان گذاشته شد. سپس داده ها با نرم افزار SPSS vol.16 و با آزمون آماری کواریانس چندمتغیری، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش

در نمونه مورد بررسی تمام آزمودنی ها مرد و متاهل بودند. میانگین سنی گروه آزمایش ۴۶/۸۰ و میانگین سنی گروه کنترل ۴۷/۸۷ بود. جدول شماره ۱ توزیع فراوانی آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل بر حسب مقطع تحصیلی را نشان می دهد.

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل بر حسب مقطع تحصیلی

مقطع تحصیلی	گروه			
	آزمایش		کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دیپلم	۴	۲۶/۷۰	۳	۲۰/۰۰
فوق دیپلم	۲	۱۳/۳۰	۲	۱۳/۳۰
لیسانس	۵	۳۳/۳۰	۶	۴۰/۰۰
فوق لیسانس	۴	۲۶/۷۰	۴	۲۶/۷۰
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

جدول شماره ۱ میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره های فشارخون، تنیدگی و شادکامی را در گروه های آزمایش و کنترل، به تفکیک در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد. که همان طور که مشاهده می شود در گروه آزمایشی بیشتر فراوانی مربوط به مقطع دیپلم بود(۲۶/۷۰) و در گروه کنترل بیشترین فراوانی مربوط به مقطع لیسانس بود.(۴۰/۰۰)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-16]

جدول شماره ۲. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره های فشارخون سیستولیک و دیاستولیک گروه های آزمایش و کنترل

		شاخص های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
			پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
فشارخون	سیستولیک	میانگین	۱۵۴/۸۲	۱۴۸/۱۱	۱۵۵/۵۸	۱۵۷/۵۴
		انحراف معیار	۸/۵۰	۵/۶۲	۷/۵۸	۷/۹۹
		حداقل	۱۴۰/۲۵	۱۲۹/۴۵	۱۴۴/۱۰	۱۴۶/۲۵
		حداکثر	۱۷۰/۷۵	۱۴۴/۴۵	۱۶۸/۷۰	۱۷۳/۷۵
	دیاستولیک	میانگین	۹۰/۵۸	۸۶/۱۴	۹۰/۳۴	۹۲/۳۱
		انحراف معیار	۵/۲۵	۵/۶۵	۵/۲۳	۴/۵۱
		حداقل	۸۰/۰۰	۶۶/۳۵	۸۰/۰۰	۸۲/۵۰
		حداکثر	۹۹/۶۶	۸۹/۲۰	۹۸/۳۰	۹۸/۲۰

در جدول شماره ۲ مشخصات هر دو با هم مقایسه گردید، که همان طور که در زیر بیان می شود گروه آزمایش و کنترل تفاوت چندانی با هم ندارند. میانگین و انحراف معیار نمره های پیش آزمون و پس آزمون فشارخون سیستولیک گروه آزمایش به ترتیب ۱۵۴/۸۲، ۸/۵۰ و ۱۴۸/۱۱، ۵/۶۲ و برای گروه کنترل به ترتیب ۱۵۵/۵۸، ۷/۵۸ و ۱۵۷/۵۴، ۷/۹۹ می باشد. میانگین و انحراف معیار نمره های پیش آزمون و پس آزمون فشارخون دیاستولیک گروه آزمایش به ترتیب ۹۰/۵۸، ۵/۲۵ و ۸۶/۱۴، ۵/۶۵ و برای گروه کنترل به ترتیب ۹۰/۳۴، ۵/۲۳/ و ۹۲/۳۱، ۴/۵۱ می باشد.

در پژوهش حاضر جهت آزمون فرضیه ها و تعیین معنی داری تفاوت بین نمره های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته فشارخون سیستولیک و دیاستولیک از روش تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری(MANCOVA) استفاده شد. این امر به دلیل وجود سه متغیر وابسته بود که لزوم استفاده از روش های چندمتغیری را ایجاب می‌کند.

جدول شماره ۳ . نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره های پس‌آزمون فشارخون سیستولیک و دیاستولیک، گروه های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	توان آماری	سطح معنی‌داری
اثر پیلای	۰/۸۸۲	۹۳/۳۴۵	۲	۲۵	۱	**P<0.001**
لامبدای ویلکز	۰/۱۱۸	۹۳/۳۴۵	۲	۲۵	۱	**P<0.001**
اثر هتلینگ	۷/۴۶۸	۹۳/۳۴۵	۲	۲۵	۱	**P<0.001**
بزرگترین ریشه‌ی روی	۷/۴۶۸	۹۳/۳۴۵	۲	۲۵	۱	**P<0.001**

مندرجات جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح P<0.001 تفاوت معنی داری وجود دارد. بنا بر این می توان گفت که درمان شناختی ذهن آگاهی بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران مرد مبتلا به فشارخون بیمارستان گلستان اهواز تاثیر داشته است. بر این اساس می توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته(فشارخون سیستولیک و دیاستولیک) بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی تفاوت ها، تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است. این جدول نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا را نشان می‌دهد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-16]

جدول شماره ٤. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره های پس آزمون فشارخون سیستولیک و دیاستولیک گروه های آزمایش و کنترل

نام آزمون		مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	توان آماری	سطح معنی‌داری
فشارخون	سیستولیک	۳۲۹۶/۵۰۲	۱	۳۲۹۶/۵۰۲	۱۱۷/۸۴۹	۱	P<0.001
	دیاستولیک	۲۰۰۰/۲۴۱	۱	۳۲۹۶/۵۰۲	۱۰۹/۴۵۵	۱	P<0.001

نتایج مندرج در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل در فشارخون سیستولیک($P<0.001, F=117.849$)، فشارخون دیاستولیک($P<0.001, F=109.455$) معنی دار می - باشند. بنا بر این می توان گفت درمان شناختی ذهن - آگاهی بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران مرد مبتلا به فشارخون بیمارستان گلستان اهواز تأثیر داشته است.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده هدف این پژوهش ترویج آگاهی ذهنی به منظور بهبود بهزیستی، کاهش علایم و زندگی سرشار از احساس حیات، معنا و رضایت است. تمرین ذهن آگاهی هم چون فرایند مواجهه عمل می کند که طی آن مشاهده مداوم و بدون واکنشِ تجارب درونی ناخواسته، منجر به کاهش ترس و اجتناب در طی فرایند حساسیت زدایی می شود. مداخله درمانی شامل تعریف و توضیح تنیدگی و نقش آن در افزایش فشارخون، ایجاد انگیزه در اعضاء جهت ادامه جلسات، انجام تکنیک های ذهن آگاهی و روان شناختی آموزش آرام سازی عضلانی جهت مقابله با استرس بیماران مبتلا به فشارخون اولیه و تشکیل بحث گروهی حمایتی، جهت حمایت اعضاء گروه در جلسات گروهی، استفاده از تکنیک های شناختی می شود. بحث و نتیجه‌گیری در خصوص فرضیه های پژوهش در زیر بیان شده اند.

درمان شناختی ذهن آگاهی از چند جنبه باعث کاهش فشارخون در آزمودنی های گروه آزمایش شده است. بیماری فشارخون اولیه به مرور زمان به خاطر محدویت هایی روانی–جسمی و اجتماعی که می گذارد، عملکردهای مختلف فرد را(عملکرد شغلی، اجتماعی، ...) تحت الشعاع قرار می دهد و موجب تغییر در خلق، رفتار، کردار و بینش بیماران می شود. تغییر در نگرش و افکار بیماران، پایین آمدن عزت نفس و اعتماد به نفس و ترس از مرگ، همراه با محدویت های که بیماری ایجاد می کند، باعث ایجاد بیماری فشارخون و در نتیجه پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران می شود و این تغییرات نهایتاً منجر به عدم تعادل در برخی شاخص های فیزیولوژیک می شود، که مطمئناً این تاثیرات متقابل خواهد بود. متاسفانه به دلیل عدم توجه افراد به این بیماری ها و تاخیر در تشخیص به موقع، عوارض ناشی از آن ها(روان شناختی، جسمی و اجتماعی) تشدید می شود. این وضعیت مشکلاتی عمده ای(مانند؛ بی نظمی شدید و بالارفتن ضربان قلب، افزایش فشارخون و ...) را برای بیماران ایجاد می کند. لذا درمان شناختی ذهن آگاهی از طریق آموزش کنترل توجه، مدیریت زمان، انجام تمرین های مختلف(یوگا، مراقبه و حضورذهن تنفس)، تغییر نگرش و بینش بیماران نسبت به بیماری و هم چنین انجام تکالیف منزلی(تمرینات ذهن آگاهی، انجام فعالیت های معمولی زندگی به صورت ذهن آگاهی، ثبت وقایع خوشایند و ناخوشایند و شرکت در مناسبات شادی بخش)، یادگیری راهبردهای مقابله ای صحیح و موثر در مورد برخورد با حوادث تنش زای زندگی، مانند بیماری و وقایع مربوط به آن موجب کاهش فشارخون، ارتقاء

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-16]

کیفیت زندگی، ایجاد نشاط و شادابی در انجام فعالیت های روزانه شده است، که این امر به نوبه خود می - تواند علائم بیماری را به نحو چشم گیری کاهش دهد. این یافته ها با نتایج پژوهش های قبلی هم خوانی دارد که نشان داد بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری های مزمن همانند افزایش فشارخون سعی دارند از درمان های دارویی استفاده نکنند؛ کاهش وزن، نمک در غذا و انجام ورزش های هوازی به طور معمول از عواملی هستند که فشارخون سیستولیک را کاهش می - دهند.(۱۲)

درمان هایی مثل مدیتیشن، یوگا، ریلکسیشن و درمان های روان شناختی ممکن است فشارخون را به درجات مختلف پایین بیاورند. مجموعه ای از این درمان ها ممکن است بیشتر موثر باشند. نتایج پژوهش اشنایدر و همکاران در سال ۲۰۰۵ نشان می دهد که علت کاهش فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در گروه آزمایشی تمرین و تکرار بیشتر و استمرار زیادتر انجام تکنیک آرام سازی می باشد و به علاوه این که تمام زمان های انجام مداخله تحت نظر و آموزش پژوهشگر بوده است و به رفع اشکال و انجام صحیح تکنیک به فراگیران کمک می نموده و از سویی دیگر چون این تکنیک نیاز به درگیری فعال مددجو با طرح درمانی دارد و مربی آموزشی، نقش فعالی در حمایت و کمک به فراگیر دارد و از طرفی دیگر اکثر پژوهش های انجام شده در این زمینه خاطر نشان کرده اند که جهت دستیابی به نتایج مثبت بیشتر نیاز به تمرین و تکرار این تکنیک ها و نظارت و آموزش مستقیم تحت نظر مربی می –باشد،(۱۳). این نتیجه با یافته های قبلی هم خوانی دارد که نشان دادند ذهن آگاهی بر بهبود بهزیستی جسمانی و کاهش نشانه های فیزیکی موثر بوده است،(۱۹). در توجیه این یافته می توان گفت چون ذهن آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتند، کمک می کند،(۱۸)، بنا بر این آموزش آن به بیماران مبتلا به فشارخون که از مشکلات جسمانی و روانی رنج می برند، باعث می شود که آنان احساسات و نشانه‌های فیزیکی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به مشکلاتشان می شود. می توان گفت که این نتیجه در راستای آن جنبه از یافته هایی قرار دارد که نشان دادند بازداری هیجانی به عنوان یک راهبرد منفی در تنظیم هیجان منجر به بیماری های قلبی–عروقی می شود و باز ارزیابی شناختی هیجانات به عنوان یک راهبرد مثبت تنظیم هیجان، کاهش فشارخون را به دنبال دارد.(۱۷)

در پژوهش حاضر سعی شد تا با آموزش تکنیک های مختلف مثل آرامش آموزی مراقبه و مدیریت استرس کاهش فشارخون مورد هدف قرار گیرد. استفاده از تکنیک های مختلف مدیریت استرس مانند تن آرامی و مراقبه، تنش جسمانی و علایم فیزیولوژیکی و هم چنین تولید هورمون های اپی نفرین و نوراپی نفرین را کاهش داده و به موازات آن میزان فشارخون در بیماران به میزان زیادی کاهش یافته است. طبق نظر بنسون تمرین آرمیدگی به تغییرات فیزیولوژیک منجر می شود این تغییرات فیزیولوژیکی با کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک هماهنگ هستند و بنا بر این می - توانند باعث کاهش شدت فشارخون شوند،(۱۴). برای مثال از طریق تکنیک های ذهن آگاهی از جمله تمرین خودکار، تمرکز، وارسی بدن، ذهن آگاهی در زندگی روزمره، برخی از تکنیک های شناختی و رفتاری و چالش با افکار و نگرش های خودآیند منفی مرتبط با بیماری فشارخون و اصلاح آن ها که منجر به افزایش تمرکز و موفقیت های روزمره می شود، فشارخون فرد بیمار کاهش پیدا کرد. اثرات جانبی داروها نیز یکی از نگرانی های عمده در این بیماران است، بنا بر این با دادن آگاهی های صحیح در مورد ماهیت بیماری و عوارض جانبی داروها، ترس های غیرواقع بینانه بیماران کاهش یافت. مجموع تکنیک های فوق توانست بر کاهش فشارخون بیماران در مرحله پس آزمون تاثیر مطلوبی داشته باشد. یافته های پژوهش ستوده اصل و همکاران در سال ۱۳۸۹ نشان دادند که درمان شناختی رفتاری نسبت به درمان دارویی، تغییرات بیشتری را در ابعاد روان شناختی و اجتماعی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اولیه ایجاد می کند و تغییرات به دست آمده، تا ۳ ماه پس از

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-16]

مداخله نیز در تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران هم چنان پایدار است.(۱۵)

اساس این ادعا که صرف درمان های دارویی نمی تواند کافی باشد این است که، بسیاری از بیماران مبتلا به فشارخون اولیه، دارای نشانه های واضح بیماری نیستند و مصرف بلند مدت و حتی مادام العمر داروهای فشارخون، مانند پراپرانول، وراپامیل و ... نگرش بیمار را نسبت به خودش منفی می‌کند. بنا بر این درمان‌های دارویی با وجود این که در کاهش فشارخون این بیماران اثر مثبت دارند، اما قادر نیستند احساس منفی بیمار را نسبت به بیماری خود تغییر دهند و نقش بیمارگونه بیمار را از او باز ستانند،(۱۶). نجمی و همکاران در سال ۱۳۸۶، نشان دادند که اقدامات روان شناختی، نه تنها پیامدهای عاطفی منفی بیماری های مزمن را تخفیف می بخشد، بلکه باعث کاهش فشارخون اولیه نیز می شود،(۱۶). در مجموع یافته های مطالعه حاضر موید اثر مثبت مداخله شناختی بر بیماران مبتلا به فشارخون اولیه است.

از جمله محدودیت های این پژوهش، عدم کنترل متغییر جنسیت، تعداد جلسات کوتاه و عدم کنترل تاثیر انواع داروها در بیماران مبتلا به فشارخون اساسی بود. این محدودیت ها احتمالاً نتایج پژوهش را تحت تاثیر قرار داده است. بنا بر این با در نظر گرفتن این محدودیت ها، یافته های این پژوهش، نتایج مهم و معناداری در زمینه تاثیر آموزش های ذهن آگاهی بر کاهش فشارخون و به تبعه آن سلامت روان این بیماران به دست می دهد. نتایج این تحقیق، تاکید مجددی بر ضرورت پیوند شاخه‌ها مختلف علوم از جمله علم پزشکی و روان شناسی و همکاری توام روان شناسان و متخصصان داخلی و قلب و عروق، به منظور افزایش اثربخشی مداخله های روان شناختی بر بیماران مبتلا به فشارخون می باشد. بر اساس نتایج این پژوهش، پیشنهاد می شود که به اهمیت عوامل روان شناختی در بیماران مبتلا به فشارخون توجه شود، هم چنین پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده این درمان در مورد زنان مبتلا به فشارخون نیز به کار رود و نتایج آن ها را با هم مقایسه کنیم.

سپاسگزاری

بدین وسیله از زحمات صاقانه و مخلصانه کلیه کارکنان بیمارستان به خصوص سرکار خانم دکتر عصاره مسئول پژوهش دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور و هم چنین جناب آقای بهمن زارع زادگان، وحید عطایی مغانلو و دیار سعیدیان که در اجرا و انجام پژوهش ما را یاری نمودند و کلیه بیماران مبتلا به فشارخون در پژوهش حاضر تشکر می نماییم.

References

1-Davis SL. Race-related stress, quality of life and coronary heart disease (CHD) risk in middle-class African American. J Coronary Heart Dis 2010;4:55-67.

2-Saeedi M. [Effectiveness of the two methods, and combined cognitive restructuring and relaxation techniques on anxiety and depression in heart patients can return]. Iran J Uni Med Sci 2004;5:11-8.(Persian)

3-Sharif F. [Coping strategies with stress and its relationship to health]. National Seminar disease from stress: Shiraz University of Medical Sciences Publications; 2008.P.5.(Persian)

4-Akbarzadeh A, Hejazi ME, Pezashkian M. [Prevalence cardiovascular diseases and - risk factors for cardiac in area West of Iran-Tabriz]. J Tabriz Uni Med Sci 2009; 59:11-15.(Persian)

5-Pepine CJ. Systemic hypertension and cor-\onary artery disease. Am J Cardiol 1998;82:22-4.

6-Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jamson JL, et al, editors. Principles of internal medicine. 15th ed. London: McGraw-Hill; 2001.P.211-4.

7-Pickering TG. The effect of environmental and lifestyle factors on blood pressure and the intermediary role of the sympathetic nervous system. Nat Health J 1997;11:9-18.

8-Matthews KA, Katholi CR, McCreath H, Whooley MA. Blood pressure reactivity to psychological stress predict hypertension in the Cardia study. Am Heart Assoc 2004; 110:74-8.

9-Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the university of Massachuset Medical Center. New York: Dell Publishing; 2004.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-16]

10-Proscho K. Cost- effectiveness issues in hypertension- control. Can J Public Health 1996;85:54-6.
11-Harisontenseli R. Harrison Principles of Internal Medicine (Cardiovascular Disea--se): Translated by Norai F, Rahimzadeh P, Heshmati P. Tehran, Iran: Eshtiagh Publication; 2001.
12-Mathias CJ. Management of hypertension by reduction in sympathic activity. J Hypertension 1991;17:74-9.
13-Schnaider RH, Egan, BM, Fohnson EH, Drobny H. Anger and anxiety in hypertension. Psychosis Med 2005;102:242-8.
14-Jokar S, Asgari k, Salesi M. The effectiveness of cognitive behavioral stress management intervention on mental health in women with arthritis Rvmatyd. Kermanshah Uni Med Sci 2010;2:21-32.
15-Setodeasl N, Neshatdost HT, Kalantari M, Talebi H, Khosravi A. [Comparison of two methods of pharmacotherapy and cognitive - behavioral therapy on Quality Dimensions life in patients with essential hypertension]. J Semnan Uni Med Sci 2010;10:294-302.(Persian)
16-Najmi B, Ahadi H, Delavar A, Hashemipor M. [Effectiveness of psychological treatment on improving some aspect of medical treatment adherence in adolescents with type one diabetes]. J Behavioral Sci Res 2008;5:127-36.(Persian)
17-Flugel CK, Vincent SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. Measurement of quality oflife and participant experience with the mindfulness-based stress reducetion program. Compl Ther Clin Pract 2010;16:36-40.
18-Kieviet-Stijnen A, Visser A, Garssen B, Hudig H. Mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients' appraisal and changes in well-being. Patient Educ and Couns 2008;72:436-42.
19-Nyklíček I, Vingerhoets A. Adaptive psychosocial factors in relation to home blood pressure: A study in the general population of southern Netherlands. Int J Behavl Med 2009;16:212-8.
20-Lebow JL. Twenty-first century psychotherapies: contemporary approaches to theory and practice. New York: Dell publishing; 2008.
21-Delavar A. [Theatrical and practical basics of research in humanistic and social sciences]. 2st ed. Tehran: Roshd; 2003.
P.131-2.(Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-16]

The Effect of Mindfulness Cognitive Therapy on Systolic and Diastolic Blood Pressure in Men Patient With Hypertension

Mehrabizadeh honarmand[1], Ahmadian A[1], Zargar Y[1], Shahbazian H[2], khadivi M[1]*

(Received: 1 Sep. 2012 Accepted: 12 Jun 2013)

Abstract

Introduction:As the patients suffering high blood pressure have much tension, their problems must be solved in a way that lead to their live satisfaction and this could be possible through relaxation and meditation.

Materials & Methods: This research was a semi-experimental study in which the statistical population was male patients suffering from high blood pressure and referred to the Golestan Hospital in Ahvaz, Iran. The research sample was selected by a convenience sampling method. For this purpose, 30 patients were selected based on clinical interviewing and inclusion/ exclusion criteria. The subjects were randomly divided into experimental and control groups. The intervention consisting of 8 sessions of mindfulness cognitive therapy was performed on the experimental group, while the control group was put in the waiting list. At last, a post-test was performed for both groups. For data analysis, SPSS (version 16) software and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) were used.

Findings: The patients' blood pressure was significantly reduced and the situation caused them to have more logical cognitive strategies. The results showed that there was a significant difference between two groups in terms of systolic and diastolic blood pressure ($P<0.001$).

Discussion & Conclusion: These patients were suffering from problems such as cognitive errors and this caused them to undergo a high level of stress. Rehabilitation and paying attention to this disorder could be very helpful for the patients. The results of current research can be used in hospitals and other medical centers dealing with blood pressure.

Keywords: mindfulness cognitive therapy, blood pressure systolic and diastolic

1. Dept of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Shahid Chamran University of Ahwaz, Ahwaz, Iran
2. Dept of Nephrology, School of Medicine, Jondishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran
**(corresponding author)*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-09-16]