

Investigating the Effect of Beshiari-Based Stress Reduction Program on Depression, Ataxia and Blood Pressure in Patients with Coronary Heart Disease

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Mojtabi Rahnmazadeh¹

Hassan Ashaeri²

Tahereh Ranjbaripour^{3*}

Alireza Kakavand⁴

Farhanar Meschi⁵

How to cite this article

Mojtabi Rahnmazadeh, Hassan Ashaeri, Tahereh Ranjbaripour, Alireza Kakavand, Farhanar Meschi, Investigating the Effect of Beshiari-Based Stress Reduction Program on Depression, Ataxia and Blood Pressure in Patients with Coronary Heart Disease, *Islamic Life Style*. 2022; 6(2):390-402.

1. PhD student, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2. Full Professor, Faculty of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (Corresponding Author).

4. Associate Professor, Department of Psychology, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran.

5. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: ranjbaripourtahere@gmail.com

Article History

Received: 2022/05/02

Accepted: 2022/07/19

ABSTRACT

Purpose: Considering the change in people's life patterns around the world and according to the prediction of the World Health Organization, it seems that by 2025, coronary heart disease will not only be the main cause of human death and disability, but in the long run, with its debilitating nature, it creates some limitations in a person's life. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Beshiari-based stress reduction program on depression, ataxia, and blood pressure in cardiovascular patients.

Materials and Methods: The current study was a quasi-experimental type with a pre-test-post-test design with a control group with baseline measurements after the intervention and 3-month follow-up. The statistical population included all cardiovascular patients referred to Imam Reza (AS) hospital in Amol city between September and December of 2018. 24 patients were selected as a sample based on purpose-based sampling and randomly assigned to two experimental and control groups (12 people). The tools of this research were the researcher's demographic questionnaire (2018), Beck's depression questionnaire (1990) and the stress reduction program protocol based on commitment and commitment (Kabat Zain, 2012). Data analysis was done using analysis of variance with repeated measures.

Findings: Beshiari-based stress reduction program had a significant effect on reducing depression, alexithymia and blood pressure ($p < 0.001$).

Conclusion: Patients who participated in Beshiari-based stress reduction program sessions, their depression, ataxia, and blood pressure decreased.

Keywords: Beshiari-Based Stress Reduction Program, Alexithymia, Depression, Blood Pressure, Coronary Heart Patients

یافته‌ها: برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری بر کاهش افسردگی، الکسی تایمیا و فشار خون تاثیر معنادار داشت ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: بیمارانی که در جلسات برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری شرکت کردند میزان افسردگی، ناگویی هیجانی و فشار خونشان کاهش یافت.

واژه های کلیدی: برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری، ناگویی هیجانی، افسردگی، فشار خون، بیماران کرونر قلبی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۲۸

*نویسنده مسئول: ranjbaripourtahere@gmail.com

مقدمه

با توجه به تغییر الگوی زندگی مردم از لحاظ جسمانی و تغذیه در سرتاسر جهان طبق پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۳۰ بیماری عروق کرونر قلبی نه تنها عامل اصلی مرگ و میر خواهد بود بلکه عامل ناتوانی بشر نیز خواهند بود. بیماری عروق کرونر قلبی زودرس (CHD) ۱ حالتی پیشرونده و تدریجی است که ممکن است سال‌ها بدون علامت باشد، علائم نهایی این بیماری می‌تواند شامل ایسکمی میوکارد (تأمین ناکافی اکسیژن قلب)، آنژین صدری ۳ (درد قفسه سینه)، انفارکتوس میوکارد ۴ (مرگ عضله قلب) و بی‌نظمی های ضربان قلب ۵ باشد (هینکل، لیمان، وهیتنی، ۲۰۲۰). عوامل خطر ساز و تشدید کننده بیماری کرونر قلبی به عوامل سنتی غیر قابل تغییر (سن بالا و سابقه خانوادگی)، قابل تغییر (فشار خون بالا، سیگار، چاقی و افسردگی) و عوامل روانی-اجتماعی تقسیم شده اند. پیشگیری مقدماتی بر ایجاد و حفظ شرایطی می‌پردازد که ظهور عوامل خطر بیماری را به حداقل می‌رساند (۱). رفتارهای سلامت یا عوامل مربوط به سبک زندگی مردم از اهداف مداخله کلیدی و مهم در پیشگیری مقدماتی محسوب می‌شوند. بیماری‌های قلبی و عروقی در ایران شایع و از علل مهم مرگ و میر می‌باشد (۲).

یکی از عواملی که به عنوان پیش‌بینی کننده بیماری‌های قلبی-عروقی و فشار خون مطرح شده است و مطالعات زیادی در مورد آن انجام گرفته، افسردگی می‌باشد (۳). افسردگی، خشم و خصومت ممکن است در ایجاد و استمرار فشار خون نقش اساسی داشته باشد. ناگویی هیجانی، آسیب‌پذیری فرد آسیب‌پذیر نسبت به بیماری‌های جسمانی را تشدید می‌کند. این نظریه که ناتوانی در روند هیجانی و شناختی، استعداد ابتلا به بیماری را تشدید می‌کند، با اساس طب روان‌تنی مطابقت دارد. ناگویی هیجانی، با شاخص‌های سلامت به طور کلی و مشکلات جسمانی مانند مسایل مرتبط با فشار خون اساسی، ابعاد مربوط به درد و ناراحتی جسمانی ارتباط دارد.

بررسی تاثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری بر افسردگی، ناگویی خلقی و فشار خون بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلبی

مجتبی رهنمازاده^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

حسن عشائری^۲

استاد تمام، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

طاهره رنجبری پور^{۳*}

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول).

علیرضا کاوند^۴

دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.

فرحناز مسچی^۵

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

چکیده

هدف: با توجه به تغییر الگوی زندگی مردم در سرتاسر جهان و طبق پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی به نظر می‌رسد تا سال ۲۰۲۵ بیماری عروق کرونر قلبی نه تنها عامل اصلی مرگ و میر و ناتوانی بشر خواهند بود و در دراز مدت با ماهیت ناتوان کننده خود، پاره ای از محدودیتها را در زندگی فرد به وجود می‌آورد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری بر افسردگی، ناگویی خلقی و فشار خون بیماران قلبی - عروقی بود. **مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل با سنجش در خط پایه پس از مداخله و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران قلبی-عروقی مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان آمل در ماههای شهریور تا آذر سال ۱۳۹۸ بود. تعداد ۲۴ بیمار براساس نمونه گیری مبتنی برهدف به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۲ نفر) گماشته شدند. ابزارهای این پژوهش پرسشنامه دموگرافیک محقق ساخته (۱۳۹۸)، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۰) و پروتکل برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری و تعهد (کابات زین، ۲۰۱۲) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر انجام شد.

4 . Myocardial infarction

5 . arrhythmia

1. coronary heart disease

2. ischemic myocardium

3. angina pectoris

هشیاری لحظه حاضر را بجای هدایت خودکار ایجاد کنند و شیوه-های جدید پاسخ دادن به موقعیت‌ها را یاد بگیرند (۱۰). در مطالعه از نوع همبستگی و آزمایشی با هدف بررسی تأثیر واسطه‌گری عزت نفس بر ارتباط ذهن آگاهی و افسردگی و افسردگی بر روی نمونه‌ای از ۴۱۷ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد نشان دادند که ذهن آگاهی با عزت نفس، افسردگی و افسردگی همراه است و ذهن آگاهی تأثیر غیرمستقیم خود را بر افسردگی و افسردگی از طریق عزت نفس اعمال می‌کند. (۱۱) در یک مطالعه از نوع کارآزمایی تک مرحله‌ای با یک سال پیگیری بر روی ۵۳ شرکت کننده در آمریکا با هدف کاهش فشار خون مبتنی بر ذهن آگاهی دریافتند، تنظیم احساسات (مشکلات در نمره تنظیم هیجان) و خودآگاهی (ارزیابی چندبعدی آگاهی بینایی) و چندین عامل فشار خون بالا در شرکت کنندگان که در ابتدای مطالعه از رهنمودهای انجمن قلب آمریکا پیروی نمی‌کردند، بهبود یافته است، از جمله فعالیت بدنی (رویکردهای رژیم برای متوقف کردن رژیم پرفشار خون و مصرف الکل) نیز بهبود یافت.

فرهادی، موحدی و موحیدر پژوهشی از نوع آزمایشی بر روی ۴۰ مرد مبتلا به بیماری کرونر قلب مراجعه کننده به بیمارستان شهید مدنی شهرستان تبریز با هدف اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش افسردگی بیماران کرونر قلبی با پیگیری دو ماهه دریافتند، افسردگی مبتلایان بعد و دوماه بعد از مداخله کاهش قابل توجهی در مقایسه با قبل از مداخله داشته است (۱۲). رهنما، سجادیان و رثوفی در پژوهش نیمه آزمایشی بر روی ۳۰ بیمار کرونر قلبی مراجعه کننده به کلینیک‌های قلب شهر اصفهان با هدف اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی به این نتیجه دست یافتند که، بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پریشانی روانشناختی (افسردگی، افسردگی و استرس) و متابعت درمانی تفاوت معنادار وجود دارد (۱۳). برادران، زارع، علی پور و فرزاد با هدف مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی بر کاهش افسردگی، افسردگی، فشار روانشناختی و افزایش امید بیماران مبتلا به فشار خون اساسی که از مطالعات آزمایشی بود و بر روی ۳۹ بیمار مبتلا به فشارخون در بیمارستان ولی عصر شهر رشت انجام شد دریافتند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل میانگین افسردگی، افسردگی و فشار روانشناختی به طور معناداری پایین تر و امید بالاتری داشتند. همچنین درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به مصاحبه انگیزشی تأثیر بیشتری در کاهش مولفه‌های افسردگی و فشار روانشناختی و افزایش بیشتری در امید داشت (۱۴).

پژوهشگران با بررسی پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج از کشور دریافتند که پژوهشی که به بررسی تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری بر افسردگی، ناگویی هیجانی و فشار خون بیماران قلبی-عروقی پرداخته باشد مغفول مانده است بنابراین این هدف از انجام این پژوهش پاسخ گویی به این سوال بود، آیا برنامه

ناگویی هیجانی یکی از عوامل خطر برای تجربه واکنش‌های روان شناختی مانند اضطراب و افسردگی است و اضطراب و افسردگی می‌تواند باعث بروز، تشدید و حفظ علائم بیماری قلبی-عروقی شود مطابق با نتایج پژوهش‌های پیشین، فراوانی اختلال‌های خلقی در بیماران مبتلا به بیماری قلبی-عروقی، ۳۴/۳۴ درصد گزارش شده است. با توجه به شیوع بالای افسردگی در مبتلایان به بیماری قلبی-عروقی، تداخل افسردگی با درمان و بهبود درد و سرخوردگی روزافزون، برای این بیماران از درمان‌های تک‌بعدی (محوری) زبستی، درمان افسردگی و سایر اختلال‌های روانی باید یکی از اولویت‌های درمانی در نظر گرفته شود (۴).

تحقیقات نشان می‌دهند که فشار خون به هنگام افسردگی و عصبانیت بیشتر افزایش پیدا می‌کند تا در هنگام آرامش و خوشی (۵)، متخصصان قلب و عروق از بیماران قلبی و عروقی می‌خواهند زمانی که مشکلی پیش می‌آید سعی کنند آرامش خود را حفظ کنند اما در این توصیه خطری نهفته است امکان دارد افراد آموزش ندیده در راه تلاش برای ایجاد آرامش، به جای کاهش فشار خون، موجب افزایش آن شوند. به دلیل وجود رابطه بین فشار خون بالا با میزان افسردگی و استرس که افراد دچار آن می‌شوند، پژوهشگران امکان استفاده از روش‌های مهار استرس در درمان فشار خون بالا را بررسی کرده اند (۶).

فشار خون بالا از جمله بیماری‌های شایع، مزمن، عودکننده و زمینه‌ساز سایر بیماری‌ها و سومین عامل خطر در مثلث مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی در کنار بالا بودن LDL-C و سیگار عنوان شده است. فشار خون بالا یک عامل خطر مهم برای بیماری‌های عروق کرونری، سکته مغزی و بیماری‌های کلیوی بشمار می‌رود و در بیشتر مواقع پیشگیری و کنترل فشار خون یکی از موثرترین استراتژی‌ها برای کاهش فشار روانی این بیماری می‌باشد (۷). تغییرات سبک زندگی (که بطور رسمی و حرفه‌ای درمان غیر دارویی نامیده می‌شوند) را به عنوان اولین قدم در الگوریتم درمان پر فشاری خون مطرح شده است. چندین عامل خطر ساز شناخته شده همراه با بروز پر فشاری خون وجود دارند که عبارتند از: جنس، وراثت، چاقی، عوامل اجتماعی فرهنگی، و شخصیت به علاوه افسردگی، خشم و افسردگی از اولین عوامل روان شناختی هستند که در این زمینه مورد بررسی قرار گرفته اند. تجارب هیجانی نظیر شادی، افسردگی و خشم منجر به تغییر در فشار خون می‌شوند (۸). همچنین از درمان‌هایی که در دو دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته است، برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری می‌باشد که در درمان چاقی و افسردگی و افسردگی اثر بخش گزارش شده اند (۹). این درمان‌ها یک مداخله رفتاری هستند که بر مبنای توجه و تمرکز به خود استوار می‌باشد. تمرینات بصورت تمرکز بر روی افکار و احساسات و ادراک انجام می‌شود. این مهارت‌ها از طریق تمرکز بر روی تنفس با تمام فعالیت‌های زندگی حاصل می‌آید. در واقع، در برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری افراد یاد می‌گیرند پذیرش و دلسوزی را بجای قضاوت کردن تجربه شان گسترش دهند و

1. automatic pilot

دیگران دریافتند که مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو دارای سه عامل ساختاری است که با سازه ناگویی هیجانی همخوانی دارد (۱۵). مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو دارای سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات ۳ (شامل ۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات ۴ (شامل ۵ ماده) و تفکر عینی ۵ (شامل ۸ ماده) است. نمره گذاری این مقیاس براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از نمره ۱ برای «کاملاً مخالف» تا ۵ برای «کاملاً موافق» است. در این مقیاس با جمع نمرات ۲۰ ماده، یک نمره کلی به دست می‌آید. ماده‌های ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره برای این مقیاس به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ است (۱۵).

در اکثر پژوهش‌ها، نقطه برش برای نمره کل مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ۶۰ یا ۶۱ در نظر گرفته می‌شود که از یک گروه کوچک بیمار به دست آمده است. اما برای هر خرده مقیاس به صورت تک تک، نقطه برش تعیین نشده است.

بشارت اعتبار ملاکی نوع همزمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو را برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این مقیاس و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی کرد. نتایج پژوهش بشارت نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ناگویی هیجانی کل با هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی رابطه معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در توصیف احساسات، دشواری در شناسایی احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو تأیید کرد.

در این پژوهش، همسانی درونی [ضریب آلفای کرونباخ] مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو برای حجم نمونه (n=۳۶) در ناگویی هیجانی، ۰/۹۱۰ همچنین در مولفه دشواری در تشخیص احساسات ۰/۹۰۷، مولفه دشواری در توصیف احساسات ۰/۹۳۵ و تفکر عینی ۰/۸۸۵ به دست آمده است. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ مقیاس مذکور بیشتر از ۰/۷ است نشان می‌دهد مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو از اعتبار بالایی برخوردار است.

پرسشنامه افسردگی: سیاهه افسردگی بک اولین بار توسط بک، واردن، مندلسون، موک ۸ و ارباف ۹ ساخته شد و ویرایش دوم آن نیز توسط بک و دیگران مورد بازنگری قرار گرفت. این سیاهه، یک ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش شدت افسردگی در افراد ۱۳ سال به بالا است، دارای ۲۱ ماده است که برای ارزیابی علائم افسردگی (مانند غمگینی، احساس شکست، احساس گناه) مورد بررسی قرار می‌گیرد.

کاپچی ۱۰، اوسلو ۱۱، تورکجه‌پار ۱۲ و کارااوغلان ۱۳ در نمونه غیربالینی و بالینی ضرایب همسانی درونی را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۰

کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری بر افسردگی، ناگویی هیجانی و فشار خون بیماران قلبی-عروقی تاثیر دارد؟
مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلبی مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان آمل در ماههای شهریور تا آذر سال ۱۳۹۸ انتخاب تشکیل دادند. نمونه پژوهش حاضر براساس نمونه گیری مبتنی برهدف شامل ۲۴ نفر (n=12) برای هر گروه، $a = 0/5$ = حجم اثر، (هر گروه ۱۲ نفر؛ گروه آزمایش و گروه کنترل) است. در این پژوهش مداخلات به صورت گروه درمانی انجام گرفت که اندازه مناسب برای این گروه‌ها جهت حداکثر استفاده ۱۵-۶ نفر می‌باشد. ملاک‌های ورود به پژوهش در این مطالعه عبارت بودند از: تشخیص بیماری کرونری قلبی زودرس و فشار خون بالا توسط پزشک متخصص قلب و عروق بر اساس معیارهای سازمان بهداشت جهانی در بیماران تأیید گردد. داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، داشتن سن بین ۴۰ تا ۵۰ سال، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، عدم سوء مصرف مواد، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی، تمایل به همکاری و ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود. به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی این پژوهش، پژوهش حاضر کد اخلاق با شماره IR.IAU.K.REC.1398.095 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج دریافت کرد. و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از آنان اخذ شد و محرمانه بودن کلیه اطلاعات شرکت کنندگان کتباً اعلام به آزمودنی‌ها شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

ابزار: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: با دلیل تأثیر گذار بودن عوامل زمینه‌ای و خصوصیات زیست شناختی برحالات خلقی مددجویان و کیفیت زندگی، پرسشنامه محقق ساخته مشخصات فردی تهیه شد. این پرسشنامه سوالاتی مشتعل بر سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، درمان‌های انجام شده تا به حال برای کاهش فشار خون و وزن، مصرف الکل و سیگار توسط بیمار، سابقه بیماری روانی بود.

پرسشنامه ناگویی هیجانی: در سال ۱۹۷۰ نخستین فرم اولیه مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ۲۰ ماده‌ای است که توسط تیلور، راین ۲ و باگی در سال ۱۹۸۵ ساخته و در سال ۱۹۹۴ توسط باگی، تیلور و پارکر تجدیدنظر و به فرم ۲۰ ماده‌ای تبدیل شد. باگی و

8. Mock, J.
9. Erbaugh, J.
10. Kapci, E. G.
11. Uslu, R.
12. Turkcapar, H.
13. Karaoglan, A.

1. Analysis of variance with repeated measures
2. Ryan, D.
3. Difficulty Identifying Feeling (DIF)
4. Difficulty Describing Feeling (DDF)
5. Externally Oriented Thinking (EOT)
6. Ward, C. H.
7. Mendelson, M.

درمان به صورت گروهی طی ۸ جلسه یکبار در هفته به مدت دو ساعت برای شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. افراد گروه کنترل هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. به دلیل اصل اخلاقی عدالت در پژوهش و همچنین با توجه به اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری و تعهد بر کاهش افسردگی، ناگویی هیجانی و فشار خون شرکت کنندگان گروه آزمایش، بعد از انجام پژوهش و مرحله پیگیری، جلسات برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری و تعهد برای شرکت کنندگان گروه کنترل نیز اجرا شد.

و ضریب بازآزمایی را در نمونه غیربالینی ۰/۹۴، همچنین ضریب روایی سیاهه افسردگی بک را ۰/۸۶ گزارش کردند (۱۶). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران به این شرح بود: ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۴. در این پژوهش، همسانی درونی [ضریب آلفای کرونباخ] سیاهه افسردگی بک برای حجم نمونه (n=۳۴) ۰/۹۳۰ به دست آمد. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ سیاهه مذکور بیشتر از ۰/۷ است، می‌توان گفت از اعتبار بالایی برخوردار است.

جدول ۱. ساختار پروتکل برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری و تعهد (کابات - زین، ۲۰۱۵)

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکالیف
جلسه اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون	بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد، معرفی درماندگی خلاق، توضیح مفاهیم مربوط به کاهش فشار خون، بررسی نوع خوردن در افراد (طبیعی و یا هیجانی غذا خوردن، آموزش خوردن ذهن آگاه) و معرفی سیستم‌های ناکارآمد گذشته و خودکارآمدی پایین (آشنایی با تلاش‌های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف)	به کارگیری تمرینات و کاربرگ‌های لازم جهت کنترل و کاهش فشار خون، همچنین آموزش روانی درباره ماهیت بیماری قلبی، عوامل زمینه ساز، آشکارکننده، سنجش فشار خون
جلسه دوم	تنظیم قرارداد بین بیمار و درمانگر جهت کاهش فشار خون، آشنایی با مفاهیم درمانی (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) در شش مرحله: در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد.	به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت، (۲) بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد، (۳) به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند، (۴) تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، (۵) کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و (۶) ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی	آموزش تکنیک‌های رفتاری مربوط به غذا خوردن متناسب، سنجش فشار خون.
جلسه سوم	نقد و بررسی تکلیف قبل	: پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود، کنترل به عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه حل) (آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است).	: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به ناامیدی خلاق. بررسی رژیم غذایی مناسب برای هر فرد با

توجه به شاخص توده بدنی.
سنجش فشار خون

<p>بررسی تکالیف خانگی، تکالیف: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست، تاثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف سازی ارزش‌ها.</p>	<p>ارزیابی عملکرد</p>	<p>جلسه بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون</p>	<p>جلسه چهارم</p>
<p>سنجش فشار خون.</p>	<p>ارزیابی عملکرد</p>	<p>تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده‌گری، سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها.</p>	<p>جلسه پنجم</p>
<p>سنجش فشار خون</p>	<p>آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و اینکه این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند</p>	<p>نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهم به افراد که چگونه ارزشها و تفهم آن "تمایل/ پذیرش" را ارزشمند جلوه می‌دهد، ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن، تمرینات مربوط به خودکارآمدی در کاهش خوردن، ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون کنترل قند و خودکارآمدی.</p>	<p>جلسه ششم</p>
<p>شناسایی ارزش‌ها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگ‌تر). کاهش فشار خون، سنجش فشار خون</p>	<p>فرد باید پیوسته ارزش‌هایش را به عنوان منشأ تعهد درک کند و آن‌ها را در عملی کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد. انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها /تصمیم‌ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش‌ها در یک هفته مرور شود.</p>	<p>هدف جلسه کمک به افراد گروه که خود کارآمدی خود را مطابق با ارزش‌های فرد نیست، بشناسد</p>	<p>جلسه هفتم</p>

دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعالسازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیت‌های خاص ادامه داد که اهداف و ارزش‌های بزرگتر توسط درمانجو مشخص شده است. ارزیابی عمل متعهدانه؛ آموزش درمانجو که خود یک درمانگر باشد متعهدانه؛ آموزش درمانجو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمانجو مهارت-های آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن به کار برسد. آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه براساس الگوریتم ACT و پیام اصلی ACT. ارائه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس آزمون

کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش

جلسه هشتم

ثبت اهداف مراجع به عنوان مثال ۱ ماه تا ۶ ماه بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان پایان درمان و پیشگیری از عود: ادامه جلسات می‌تواند ماهانه با رضایت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی. سنجش فشار خون

یافته‌ها در این پژوهش اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر به‌بیماری بر مؤلفه‌های افسردگی، ناگویی خلقی و فشار خون بر ۲۴ بیمار بیماران قلبی - عروقی (۱۲ نفر در گروه کنترل، ۱۲ نفر در گروه

آزمون) مورد بررسی قرار گرفت. جدول (۲) فراوانی و درصد فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی این بیماران را به تفکیک دو گروه ارائه می‌دهد.

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه کنترل و آزمون

مؤلفه	سطوح متغیر	گروه آزمون		گروه کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	متأهل	۱۲	۱۰۰	۱۲	۱۰۰
	مجرد	-	-	-	-
تحصیلات	راهنمایی	۱۱	۹۱/۷	۱۱	۹۱/۷
	متوسطه	-	-	-	-
درآمد	دانشگاهی	۴	۳/۸	۴	۳/۸
	متوسط	۱۲	۱۰۰	۱۲	۱۰۰

بررسی فراوانی وضعیت تاهل، تحصیلات و درآمد در دو گروه، حاکی از یکسان بودن متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه (آزمون و کنترل) بود.

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری ناگویی هیجانی، افسردگی و فشار خون به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

متغیر وابسته	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	SD	میانگین	SD
ناگویی هیجانی	پیش آزمون	۵۷/۷۴	۱/۵۴	۵۷/۶۶
	پس آزمون	۳۰/۸۰	۲/۵۲	۵۵/۴۰
	پیگیری	۴۰/۱۴	۴/۱۵	۶۰/۹۱
افسردگی	پیش آزمون	۵۷/۷۷	۰/۱۷	۵۶/۹۲
	پس آزمون	۳۵/۸۷	۰/۳۶	۵۶/۷۰
	پیگیری	۴۵/۴۰	۰/۴۱	۵۶/۸۲
فشار خون (سیستولی)	پیش آزمون	۱۳۷/۰۵	۲/۹	۱۳۶/۲۳
	پس آزمون	۱۱۹/۳۷	۲/۰۱	۱۳۷/۶۵
	پیگیری	۱۲۰/۸	۱/۹۴	۱۳۶/۴۲

و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است که می تواند حاکی از اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری باشد. قبل از بررسی فرضیه های پژوهش ابتدا داده های پژوهش به تفکیک گروه ها (کنترل-آزمایش) و موقعیت (پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری) از لحاظ نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد (جدول ۴).

نتایج جدول (۳) نشان داد که در گروه کنترل بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته تفاوت محسوسی مشاهده نمی شود همچنین بین پیش آزمون گروه کنترل و آزمون نیز تفاوت قابل ملاحظه ای دیده نمی شود که این مطلب همگن بودن گروه کنترل و آزمایش را تایید می کند. سایر یافته ها در جدول (۳) نشان می دهد در گروه آزمایش میانگین متغیرهای «ناگویی هیجانی»، «افسردگی» و «فشار خون» در حالت پس آزمون

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو-ویلکس به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

گروه کنترل		گروه آزمایش		موقعیت	متغیر وابسته
Sig.	آماره	Sig.	آماره		
۰/۷۸۷	۰/۹۶	۰/۹۷۷	۰/۹۸	پیش آزمون	ناگویی هیجانی
۰/۴۲۷	۰/۹۳	۰/۹۱۹	۰/۹۷	پس آزمون	
۰/۵۳۳	۰/۹۴	۰/۹۱۶	۰/۹۷	پیگیری	
۰/۶۸۶	۰/۹۵	۰/۳۶۶	۰/۹۳	پیش آزمون	افسردگی
۰/۳۴۴	۰/۹۳	۰/۰۷۷	۰/۸۸	پس آزمون	
۰/۴۴۷	۰/۹۴	۰/۰۳۴	۰/۸۵	پیگیری	
۰/۰۹۵	۰/۸۸	۰/۶۸۳	۰/۹۵	پیش آزمون	فشار خون (سیستولی)
۰/۰۵۱	۰/۸۱	۰/۱۸	۰/۹	پس آزمون	
۰/۰۶۳	۰/۸۶	۰/۳	۰/۹۲	پیگیری	

مؤلفه های مورد بررسی برقرار نمی باشد ($P < ۰/۰۰۱$)، $F = ۳۸/۴۹۹$ ، $BoxM = ۳۸/۴۹۹$ ، که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه دو گروه می توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. سپس مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی برای همه ی متغیرهای مورد بررسی اجرا شد و نتایج این آزمون نشان داد که برای متغیرهای افسردگی، ناگویی هیجانی و فشار خون برقرار است ($P > ۰/۰۵$). سپس مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد و نتایج این تحلیل نشان داد که این مفروضه برای مؤلفه های ناگویی هیجانی، افسردگی و فشار خون برقرار است ($P > ۰/۰۵$). نتایج این تحلیل در جدول (۵) ارائه شده است.

نتایج آزمون شاپیرو و ویلک در جدول (۴) نشان می دهد که مفروضه نرمال بودن داده ها در ابعاد ناگویی هیجانی، افسردگی و فشار خون در موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از توزیع نرمال برخوردار است ($P > ۰/۰۵$). نتایج جدول (۳) نشانگر همگن بودن دو گروه در مرحله پیش آزمون می باشد و همچنین یافته ها در جدول (۴) نشان داد متغیرهای وابسته از توزیع نرمال برخوردار هستند بنابراین جهت بررسی اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری بر ناگویی هیجانی، افسردگی و فشار خون از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. ابتدا پیش فرض های تحلیل واریانس اندازه گیری تکراری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای

جدول ۵. نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس خطا

Sig.	Df2	Df1	آماره لون	حالت	مؤلفه ها
۰/۱۳۸	۲۲	۱	۲/۳۶	پیش آزمون	ناگویی هیجانی
۰/۰۶۱	۲۲	۱	۳/۸۹	پس آزمون	
۰/۱۲۴	۲۲	۱	۲/۵۵	پیگیری	
۰/۳۴۵	۲۲	۱	۰/۹۳	پیش آزمون	افسردگی
۰/۳۷۴	۲۲	۱	۰/۸۲	پس آزمون	
۰/۲۰۹	۲۲	۱	۱/۶۷	پیگیری	
۰/۰۹۶	۲۲	۱	۳/۰۱	پیش آزمون	فشار خون (سیستولی)
۰/۰۸۵	۲۲	۱	۳/۲۵	پس آزمون	
۰/۱۰۷	۲۲	۱	۲/۸۲	پیگیری	

نتایج نشان می‌دهد که مداخله مدل برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری بر ابعاد مورد بررسی اثر بخش می‌باشد.

نتایج آزمون‌های چند متغیری در جدول (۶) نشان داد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری در عامل زمان (۰/۸۱۳) = مجذور اتا، $P < ۰/۰۰۱$ ، $F = ۴۵/۶۱$ و اثر تعاملی زمان و گروه (۰/۷۸) = مجذور اتا، $P < ۰/۰۰۱$ ، $F = ۳۷/۳۲$ معنی دار می‌باشد. این

جدول ۶. نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری

منبع تغییرات واریانس	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی خطا	Sig	مجذور اتا
زمان	اثربخشی	۰/۸۱	۴۵/۶۱	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
	لامبدای ویلکز	۰/۱۹	۴۵/۶۱	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
	اثر هاتلینگ	۴/۳۴	۴۵/۶۱	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
زمان × گروه	بزرگترین ریشه روی	۴/۳۴	۴۵/۶۱	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
	اثربخشی	۰/۷۸	۳۷/۳۲	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	لامبدای ویلکز	۰/۲۲	۳۷/۳۲	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	اثر هاتلینگ	۳/۵۵	۳۷/۳۲	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	بزرگترین ریشه روی	۳/۵۵	۳۷/۳۲	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸

جدول ۷. نتایج آزمون جهت مقایسه اثر درون گروهی و بین گروهی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذور	F	Sig	مجذور اتا
ناگویی هیجانی	گروه	۴۱۰۱/۰۳	۱	۴۱۰۱/۰۳	۷۸۱۶/۸	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷
	زمان	۲۵۵۹/۰۷	۲	۱۲۷۹/۵۳	۴۳/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲
	زمان × گروه	۲۱۱۸/۶۸	۲	۱۰۵۹/۳۴	۳۵/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۹
افسردگی	گروه	۵۴۱۶/۲۱	۱	۵۴۱۶/۲۱	۸۳۲۷/۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲۳
	زمان	۱۴۷۶/۱۷	۲	۷۳۸/۰۸	۷۴۵۱/۹	۰/۰۰۱	۰/۸۵۳
	زمان × گروه	۱۴۱۹/۹۷	۲	۷۰۹/۹۸	۷۱۶۸/۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳۶
فشار خون	گروه	۱۲۴۰/۳۹	۱	۱۲۴۰/۳۹	۳۰۸۳/۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱
	زمان	۱۰۴۱/۶۶	۲	۵۲۰/۸۳	۲۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵
	زمان × گروه	۱۲۸۰/۰۳	۲	۶۴۰/۰۱	۳۱/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۶

ارائه شده است. این نتایج نشانگر اثربخشی مداخله برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری بر ابعاد مورد بررسی است و مقایسه میانگین‌ها حاکی از کاهش میزان ناگویی هیجانی، افسردگی و فشار خون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. پس از اینکه اثرات زمان، گروه و تعاملی معنادار شد در ادامه به کمک آزمون تعقیبی بنفرونی سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو به دو به تفکیک هر متغیر مقایسه و تحلیل گردید که نتایج حاصل در جدول ۸ گزارش شده است.

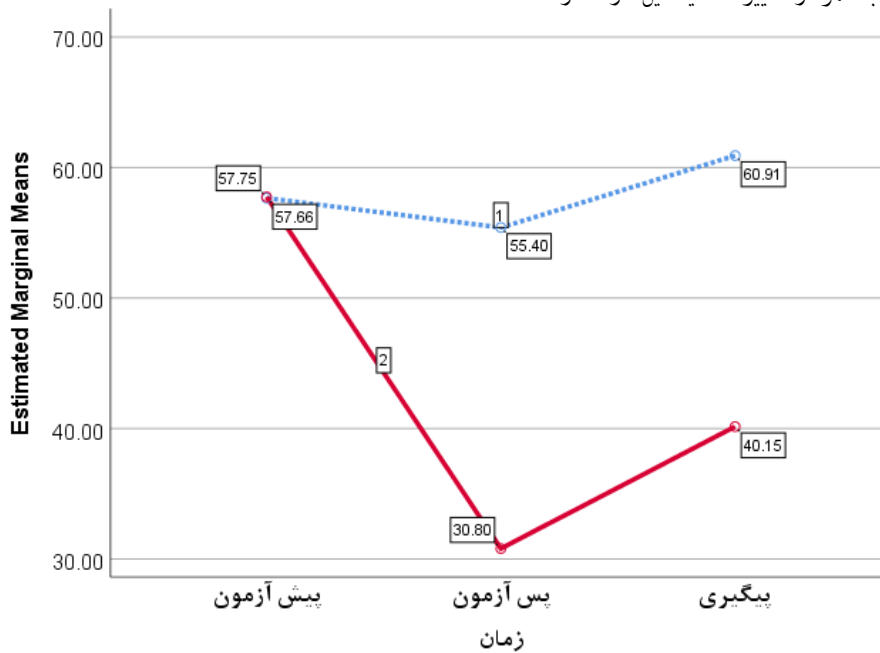
نتایج آزمون اثر بین گروهی در جدول (۷) نشان داد که در دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر ناگویی هیجانی ($P < ۰/۰۰۱$)، افسردگی ($F = ۷۸۱۶/۸$)، افسردگی ($F = ۸۳۲۷/۲$)، $P < ۰/۰۰۱$ و فشار خون ($F = ۳۰۸۳/۴$)، $P < ۰/۰۰۱$ تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. نتایج آزمون اثر درون گروهی نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای ناگویی هیجانی ($P < ۰/۰۰۱$)، افسردگی ($F = ۴۳/۱۶$)، افسردگی ($F = ۷۴۵۱/۹$)، $P < ۰/۰۰۱$ و فشار خون ($F = ۲۵/۳۵$)، $P < ۰/۰۰۱$ معنی دار است. اثر تعاملی زمان × گروه نیز معنادار است که نتایج این تحلیل به صورت کامل در جدول (۷)

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشپاری در طی زمان

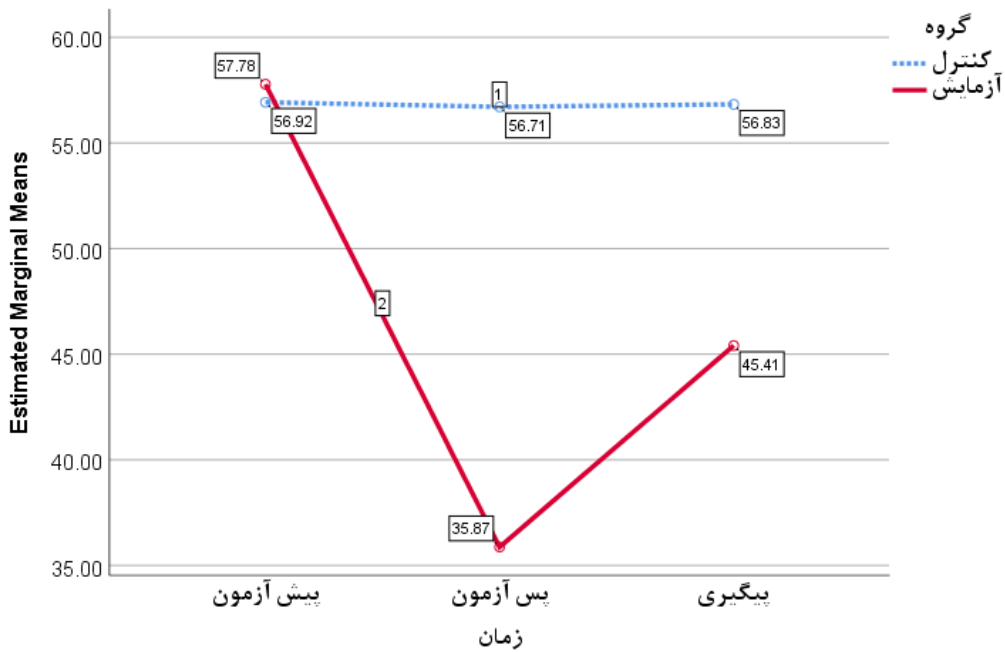
مقایسه	ناگویی هیجانی		افسردگی		فشار خون	
	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	Sig.	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	Sig.
پیش آزمون- پس آزمون	۱۴/۶۰	۱/۴۹	۰/۰۰۱	۱۱/۰۶	۰/۰۸۱	۰/۰۰۱
پس آزمون- پیگیری	۴/۴۲	۱/۶۲	۰/۰۰۱	۴/۸۲	۰/۰۹۱	۰/۰۹۳
پیش آزمون- پیگیری	۷/۱۷	۱/۵۹	۰/۰۰۱	۶/۲۳	۰/۰۹۹	۰/۰۰۱

های (۳ و ۱) توجه کنیم متوجه می شویم در موقعیت پیگیری، ناگویی هیجانی و افسردگی اندکی افزایش یافته اند بنابراین ثبات مداخله برای این دو متغیر مورد تایید قرار نمی گیرد. در مورد متغیر فشار خون بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد (۰/۰۵ > P) در نتیجه ثبات مداخله برای فشار خون بیماران مورد تایید قرار می گیرد. در نگاره های (۳ و ۲، ۱) میانگین متغیرهای ناگویی هیجانی، افسردگی و فشار خون بصورت نمودار ترسیم شده است.

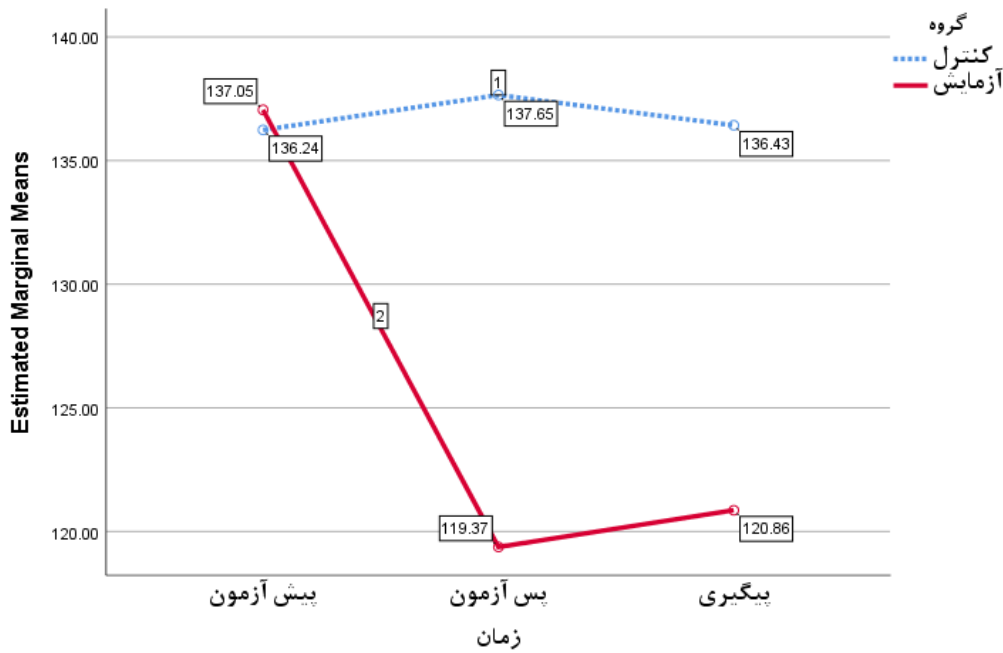
یافته ها در جدول (۸) نشان می دهد بین پیش آزمون-پس آزمون در سه متغیر ناگویی هیجانی، افسردگی و فشار خون تفاوت معنادار وجود دارد (P < ۰/۰۰۱) به عبارت دیگر اثر مداخله مورد تایید قرار می گیرد. همچنین بین پیش آزمون-پیگیری نیز در هر سه متغیر تفاوت معنادار وجود دارد (P < ۰/۰۰۱) به عبارت دیگر اثر زمان مورد تایید قرار می گیرد. بین پس آزمون و پیگیری در دو متغیر ناگویی هیجانی و افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد (P < ۰/۰۰۱) چنانچه به نمودار تغییرات میانگین در نگاره



نگاره ۱. مقایسه میانگین ناگویی هیجانی در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل



نگاره ۲. مقایسه میانگین افسردگی در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل



نگاره ۳. مقایسه میانگین فشار خون در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری بر افسردگی، ناگویی هیجانی و فشار خون بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی بود. نتایج این پژوهش با نتایج (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۴) همسو می باشد. در تبیین یافته پژوهش حاضر می توان گفت، افسردگی ۱ بخش جدایی ناپذیر از زندگی عصر حاضر می باشد که همیشه وجود داشته و متعلق به عنصر و یا فرهنگ ویژه ای نیست. افسردگی، جسم فرد، درک از خود و ارتباط با دیگران را تحت تأثیر قرار می دهد. افسردگی به صورت حسی وسیع

و عمیق درک می گردد که ماهیت مهمی داشته و با احساس عدم اطمینان، عدم اعتماد و ناامیدی همراه است. ادراکاتی مانند محدودیت، بیگانگی و ناامنی نیز وجود دارند و فرد احساس می کند که هسته شخصیتی اش مورد تهدید قرار گرفته است (۱۷). افراد مضطرب افرادی هستند که در رفتار خود انعطاف ناپذیرند، احساس مسئولیت نمی کنند و هویت شکست دارند و همچنین از رویارویی با واقعیت های زندگی، ناراحت، مضطرب و اندوهگین می شوند. افسردگی ممکن است توانایی فرد را جهت تمرکز، افزایش و یا کاهش دهد. افسردگی نوعی دلواپسی یا بی ثباتی است و زمانی رخ

1. Anxiety

مراحل اولیه تشخیص و درمان ارجاع آن‌ها به روانشناس نیز می‌تواند جهت پیشگیری و کاهش مشکلات روانی این گروه موثر باشد (۲۰).

تقدیر و تشکر

این مقاله بر گرفته از رسالهٔ دانشجویی در مقطع دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج می‌باشد و دارای تاییدیه کمیته اخلاق پزشکی با شماره IR.IAU.K.REC.1398.095 می‌باشد نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و از تمامی کارکنان بیمارستان امام رضا (ع) استان آمل و بیمارانی که در به ثمر رسیدن این تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Orang, Z; Mazloum, Z and Hijazi, N. (2016). Malnutrition and anthropometric indicators in the elderly with cardiovascular diseases. *Scientific Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 21 (6), 54-46.
2. Qazawi, N; Rahimi, E, Esfandiari, Z and Shakarian, A. (2017). An analytical study of saturated fatty acids as an important indicator in the occurrence of cardiovascular diseases in traditional Iranian sweets. *Scientific Research Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd*, 26 (9), 783-770.
3. Mucci, N., Giorgi, G., De Pasquale Ceratti, S., et al. (2016). Anxiety, stress-related factors, and blood pressure in young adults. *Frontiers in psychology*, 7, 1682..
4. Wright, J. M., Musini, V. M., & Gill, R. (2018). First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database of systematic reviews*, (4).
5. Samii Sibani, F; Alimoradi, Z and Sadeghi, T. (2012). The effect of lifestyle modification training in controlling depression, stress and depression in hypertensive patients. *Scientific Journal of Birjand University of Medical Sciences*, 19 (6), 1-9.
6. Alikhah, L; Kushan, M; Tadinfar, M; et al. (2018). Investigating the effect of supportive care nursing intervention on

می‌دهد که فرد با تغییر موافق شود یا نیاز به عملکردی دشوار پیدا می‌کند. اما انسان قادر است تا بر افسردگی کاملاً تسلط داشته باشد و آن را تحت کنترل درآورد به نحوی که بتواند با آن روبرو شده و بر تجربیات ایجاد کننده افسردگی چیره گردد (۲). هدف ابتدایی برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهیاری آماده کردن بیماران با آموزش تکنیک‌های مراقبه به منظور پرورش و رشد کیفیت ذهن آگاهی می‌باشد. بنابراین، تمرکز اصلی برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهیاری آموزش تکنیک‌های مراقبه مختلف به شرکت کنندگان است که به گسترش ذهن آگاهی منجر می‌شود. اگر چه این تکنیک‌های ذهن آگاهی مختلف تا حدی در روش با هم متفاوتند، اما آن‌ها هدف مشابهی در آگاهتر شدن از افکار و احساسات و تغییر دادن ارتباطشان با آن‌ها دارند. مراقبه ذهن آگاهی به منظور گسترش این دیدگاه بکار برده می‌شود که افکار و احساسات را بعنوان اتفاقات ذهنی و نه بعنوان جنبه‌هایی از خود یا بازتاب درستی از واقعیت در نظر بگیرند. در اوایل برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهیاری توسط کابات - زین به صورت گسترده‌ای برنامه‌های مراقبه ذهن آگاهی را ارزیابی و ساختار یافته کرد. برنامه کاهش استرس مبتنی بر بهیاری با استفاده از تکنیک‌های مراقبه درون بینی بودایی ابتدا در حوزه‌های پزشکی رشد کرد و در ادامه به حوزه‌های عمومی و روانشناختی کشیده شد (۱۸).

در فرآیند درمان تعهد و پذیرش، انعطاف پذیری روانشناختی به عنوان اساس سلامت روانشناختی شناخته می‌گردد. فرآیند درمان تعهد و پذیرش به افراد کمک می‌نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های مناسب با موقعیت است. در حوزه‌هایی که قابل تغییر مثل رفتار آشکار می‌باشد، بر تغییر متمرکز است و در حوزه‌هایی که تغییر امکان پذیر نیست نظیر فشار خون، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن آگاهی تمرکز دارد (۱۴). هر چه افراد کنترل و تسلطشان بر محیط زندگی و به خصوص شرایط استرس آفرین زندگی بیشتر باشد، احساس رضایت درونی، خودکارآمدی و خودباوری آن‌ها بیشتر و از بهیاری روانی مطلوب تری برخوردار می‌شوند و بر عکس افرادی که از فشار خون ناشی از موقعیت‌های استرس آفرین زندگی رنج می‌برند، از آنجا که فاقد مهارت‌های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای فشارزای محیطی می‌باشند، معمولاً به دیده تردید به توانایی خود می‌نگرند و همواره نگران ارزیابی‌های منفی دیگران در مورد خود و رفتارهای خویش می‌باشند. لذا کاهش استرس، افسردگی و افسردگی این بیماران در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف درمان می‌باشد (۱۹). پژوهش حاضر، همانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر، محدودیت‌هایی داشت. از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از مطالعه مقطعی بود. ماهیت بین رشته‌ای بودن پژوهش (روان شناختی و پزشکی) نیز باعث شد که درمان پزشکی کنترل نشود. پیشنهاد می‌شود بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی با فشار خون و وزن بالا غربالگری و شناسایی شوند و درمان‌های مذکور جهت کنترل موارد ذکر شده انجام گیرد. غربالگری و شناسایی بیماران مبتلا به اختلالات روانی از جمله افسردگی در

14. Brothers, M; Zare, H; Alipour, A and Farzadoff V. (2015). Comparing the effectiveness of treatment based on commitment and acceptance and motivational interviewing on reducing depression, depression, psychological pressure and increasing hope in patients with essential hypertension. *Journal of Clinical Psychology*, 4(32), 105-95.
15. Ryan, I. (2020). Anxious Generation: a Review of the Relationship between Anxiety Disorders and Cardiovascular Disease in Youth. *Current Epidemiology Reports*, 7, 39–43.
16. Kaptoge, S., Pennells, L., De Bacquer, D., et al. (2019). World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *The Lancet Global Health*, 7(10), e1332-e1345.
17. Silverman, A. L., Herzog, A. A., & Silverman, D. I. (2019). Hearts and minds: stress, anxiety, and depression: unsung risk factors for cardiovascular disease. *Cardiology in review*, 27(4), 202-207.
18. Kabat-Zinn, J. (2005). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163-190.
19. Forman, E. M., & Butryn, M. L. (2016). Acceptance-based behavioral treatment for weight loss. *Obesity (Silver Spring)*, 24(10), 2050–2056.
20. Spielberger, E.D., Gorusch, R.L. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- depression in patients with acute coronary syndrome upon entering the cardiac intensive care unit. *Hayat Journal*, 25 (1), 105-95.
7. Buford, T. W. (2016). Hypertension and aging. *Ageing research reviews*, 26, 96-111.
8. Hosni, J and Rezaei Jamaloui, H. (2013). The effect of inducing emotional experiences on the cardiovascular reactions of adolescents with a view to the dimensions of depression of vein/state. *Scientific Research Journal of Psychological Sciences*, 13(51), 399-376.
9. RAHMANI, S., HOKMABADI, M., REZAPOOR, S., et al, S.(2018). Examining the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Quality of Life in primary Infertile Women. *European Online Journal of Natural and Social Sciences, Česká Republika*, 7, mar 2018.
10. Bajaj, B., Robins, R. W., & Pande, N. (2016). Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 96, 127-131.
11. Loucks, E. B., Nardi, W. R., Gutman, R., Kronish, I. M., Saadeh, F. B., Li, Y., & Britton, W. B. (2019). Mindfulness-Based Blood Pressure Reduction (MB-BP): Stage 1 single-arm clinical trial. *PloS one*, 14(11), 1-27.
12. Farhadi, A; Mohadi, M and Mohadi, Y. (2012). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing depression in coronary heart patients: with a two-month follow-up. *Scientific Research Quarterly of Lorestan University of Medical Sciences*, 15(4), 29-20.
13. Rahnema, M; Sajjadian, I and Reofi, A. (2016). The goal of effective treatment based on acceptance and commitment on psychological distress and treatment compliance of coronary heart patients. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(4), 42-34.