

(مقاله پژوهشی)

## بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی بر باورهای ناکارآمد و فشار خون

نجمه حمید<sup>۱\*</sup>

### چکیده

۱- دانشیار گروه روانشناسی بالینی.

**زمینه و هدف:** هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی بر باورهای ناکارآمد و فشارخون بیماران مبتلا به فشار خون اولیه می‌باشد.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به فشار خون اساسی (۲۲ زن و ۱۸ مرد) مراجعه کننده به مراکز درمانی و متخصصین شهر اهواز بوده است. برای انتخاب این افراد از روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس و همتاسازی استفاده شد. از میان افراد مراجعه کننده آنهایی که بر اساس پرسشنامه باورهای ناکارآمد Beck و Wizeman، مصاحبه بالینی و آزمایشات پاراکلینیکی طبی مبتلا به فشار خون و باورهای ناکارآمد بوده و از لحاظ متغیرهای مورد نظر در پژوهش مانند سن، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، عدم ابتلا به بیماری های حاد جسمانی و روان‌شناختی و متغیرهای دیگر کاملاً همتاسازی شده بودند، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی قرار گرفتند، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. باورهای ناکارآمد و فشار خون هر دو گروه پس از خاتمه جلسات درمانی و دوره پیگیری سه ماهه مجدداً ارزیابی شد.

**یافته:** نتایج حاصل نشان داد که میان دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ باورهای ناکارآمد و فشار خون پس از خاتمه درمان تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/001$ ). میزان باورهای ناکارآمد و فشار خون در گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون و گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش یافته بود. این نتایج کماکان در دوره پیگیری به طور معنی‌داری تداوم یافت. همچنین با کنترل طول مدت بیماری نیز بین دو گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ باورهای ناکارآمد و فشار خون، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد، در دوره پیگیری با کنترل طول مدت بیماری نیز بین دو گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ باورهای ناکارآمد، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد، اما از لحاظ فشارخون، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته بیانگر آن است که طول مدت بیماری در میزان باورهای ناکارآمد تأثیری ندارد، اما در میزان فشار خون گروه‌ها در مرحله پیگیری تأثیر دارد.

**نتیجه‌گیری:** درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی، باعث کاهش باورهای ناکارآمد و فشار خون شده است. بنابراین بکارگیری فنون شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی در کنار درمان‌های پزشکی به این بیماران توصیه می‌گردد.

\* نویسنده مسئول:

نجمه حمید؛ گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید

چمران اهواز، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۱۱۸۷۵۸۶

Email: n.hamid@scu.ac.ir

**کلید واژه‌گان:** فشار خون، باورهای ناکارآمد، درمان شناختی - رفتاری، تجسم مثبت بهبودی.

اعلام قبولی: ۱۳۹۹/۳/۲۴

دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۹/۳/۱۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۷

مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور، دوره ۱۹، شماره ۲، ۱۳۹۹

اختلالات روانی سایکوسوماتیک به نشانه‌های جسمی و بیماری‌هایی گفته می‌شود که در نتیجه تاثیر متقابل فرایندهای روانی، اجتماعی و فیزیولوژیکی به وجود می‌آیند. بیماری فشار خون اساسی (یعنی، بالا رفتن فشار خون بدون هیچ منشأ کاملاً مشخص)، که در ۲۰٪ از افراد جامعه دیده می‌شود، دسته‌ای از این اختلالات به شمار می‌آید که علاوه بر عوامل زیستی، عوامل روانشناختی مانند وقایع استرس‌زا، خطاهای شناختی و باورهای ناکارآمد و تدابیر مقابله‌ای در بروز و تشدید آن نقش بسزایی دارند. استرس را به معنی وارد آمدن فشار بر سیستم زیستی - روانی - اجتماعی و واکنش این سیستم‌ها در مقابل آن در نظر گرفته و واکنش مشخص به آن را در چگونگی ارزیابی و ادراک تهدید به صورت آگاهانه یا ناآگاهانه می‌پندارند (۱). استرس، واکنش‌های جسمانی گوناگونی برای مثال در قلب، دستگاه گردش خون و جهاز هاضمه را موجب می‌شود و هنگامیکه این علائم در دوره زمانی طولانی تداوم داشته باشند، احتمال وقوع اختلال جسمانی افزایش می‌یابد. در پژوهشی مشخص گردید که بیماران مبتلا به فشار خون اساسی که شکایت‌های روان پزشکی نیز داشتند، محیط اجتماعی خویش را بحرانی‌تر و با حمایت کمتر ادراک می‌کردند و این در حالی است که بیماران مبتلا به فشار خون بدون علائم روانپزشکی در پیگیری اندازه‌گیری‌های فشار خون نتایج بهتری نشان دادند (۲). افرادی که نسبت به مسائل زندگی نگرش‌های بدبینانه دارند، همیشه خود را در محدوده اتفاق‌های ناخوشایند می‌پندارند و احتمالاً خود را در معرض ابتلا بیشتر به بیماری‌ها قرار می‌دهند. برای مثال Balazadeh و همکاران، در مطالعه‌ای نقش نگرش‌های بین فردی را در تشدید فشار خون و علائم روان پزشکی را در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی بررسی کردند، که استرس را به دنبال دارد، نتایج حاصل آشکار ساخت که باورها و نگرش‌های منفی باعث نامنظم بودن و تشدید فشار روانی می‌شوند (۱). Jang و

همکاران (۲) بیان می‌کنند که استرس، حاصل ادراک فرد از موقعیت استرس‌زا است و این ارزیابی فرد نتیجه یک دسته از عوامل فردی و برخی مؤلفه‌های محیطی است. عوامل فردی مؤثر بر ارزیابی موقعیت در برگیرنده‌ی مواردی است که کلیت فرد را شکل می‌دهد، مانند افکار، نگرش‌ها، تجربه‌های گذشته فرد. این ارزیابی و ادراک به نوبه خود بر وضعیت فردی حاصل از استرس تاثیر می‌گذارد که نتیجه آن بروز نشانه‌های مختلف بدنی، شناختی و رفتاری است. مطالعات پیشین حاکی از این است که نگرش‌های ناکارآمد در میان نمونه‌های غیربالینی و بیماران افسرده و سرپایی بیشتر با فشار خون بالا همراه است (۳). از دلایل مهم افزایش شیوع فشار خون در کلیه جوامع می‌توان ناامیدی، افسردگی و اضطراب را نام برد، زیرا ناامیدی و افسردگی موجب افکار و باورداشت‌های منفی می‌شوند و متقابلاً بیماری‌های روان تنی مانند فشارخون را بالا می‌برند. در مطالعه‌ای مشخص شد برنامه‌ی مداخلات گروهی بر پایه فنون شناختی - رفتاری می‌تواند باعث بهبود باورهای ناکارآمد و متقابلاً کاهش فشار خون بیماران با فشار خون بالا و مزمن شود (۴). همچنین آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس (SIT) بر کاهش افسردگی، باورهای ناکارآمد و فشار خون موثر شناخته شده است (۵). از سوی دیگر، استفاده از فنون شناختی - رفتاری و راهبردهای مقابله‌ای در موارد تنیدگی‌زا برای کنار آمدن با مسائل و مشکلات مربوط به فشار خون و تقویت افکار مثبت و امیدوار کننده در افراد مبتلا به فشار خون نقش اساسی و تعیین کننده در سلامت جسمانی و روانی آنها ایفا می‌کند (۶).

به طور کلی اهمیت نظری پژوهش حاضر در این است که تاثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر میزان باورهای ناکارآمد بیماران دچار فشار خون و بهبود آنها مورد بررسی قرار بگیرد، تا بتوان راه کارهای مقابله‌ای کارآمدتری را به این افراد آموخت و در نتیجه بهتر بتوانند موقعیت‌های فشارزای زندگی را کنترل کنند و

ترتیب شامل ۹۴/۲۶ و ۸/۳۲ بوده است. همچنین از لحاظ متغیرهای مورد نظر در پژوهش مانند سن ابتلا به فشار خون، وضعیت اجتماعی اقتصادی، عدم انجام عمل جراحی به مدت دو ماه قبل از پژوهش، عدم ابتلا به اختلالات هورمونی و بیماری‌های جسمانی دیگر همگون بودند. در صورت لزوم بیماران هر دو گروه داروی کنترل فشارخون حتی الامکان مشابه استفاده می‌کردند. با توجه به اینکه درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی، مستلزم دارا بودن تحصیلات و توان شناختی کافی است، لذا افرادی انتخاب شده اند که تحصیلات دوم دبیرستان به بالاتر داشتند و دامنه سنی آنها ۵۷-۸۵ سال بوده است. براساس ملاک‌های مورد نظر در پژوهش تعداد ۴۰ بیمار با فشار خون بالا (۲۲ زن و ۱۸ مرد) انتخاب و به گونه تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند.

ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه باورهای ناکارآمد است، که Beck و Wizeman (۱۹۷۸) به نقل از Sankar و همکاران (۷)، آن را تهیه کرده‌اند و ۴۰ سوال را شامل است. این آزمون برای تعیین باورها و نگرش‌هایی ساخته شده است، که فرد را برای افسردگی مستعد می‌کند. روش نمره‌گذاری پرسشنامه باورهای ناکارآمد (Distorted Attitudes Scale: DAS) به این شکل است که پایان هر پاسخ آن نمره‌ای از (۱) کاملاً مخالف تا (۷) کاملاً موافق می‌گیرد. بنابراین نمره آزمودنی از حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۸۰ خواهد بود. براساس تحقیقات مختلف، میانگین نمره‌های به دست آمده برای افراد سالم از ۱۱۹ تا ۱۲۸ گزارش شده است و نمره‌های بالاتر نشانه‌ی آسیب‌پذیری است. بررسی‌های متعدد نشان داده است که DAS پایایی پیش آزمون، ثبات درونی و روایی همزمان بسیار مطلوبی دارد (۸). DAS با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ ثبات درونی کافی را نشان داده است. Beck، ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۰ را برای خرده مقیاس‌های DAS گزارش کرده است. در جمعیت ایرانی، همبستگی این آزمون با آزمون افسردگی

به استرس و اضطراب فزاینده و به تبع آن افزایش فشار خون دچار نشوند.

در حال حاضر با توجه به وسعت مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به فشار خون، پژوهشگران متعددی در جهان در حال بررسی روش‌های گوناگونی از روان‌درمانی حمایتی و شناختی برای کمک به این بیماران می‌باشند، اما تحقیقات زیادی در این زمینه در ایران انجام نشده است، زیرا تحقیقات پیشین بر رابطه میان اضطراب یا افسردگی با فشارخون تاکید داشته اند. با توجه به اینکه افکار منفی در سبب شناسی فشارخون تاثیر داشته و حتی در فرد مبتلا، افکار منفی به عنوان پیامد های فشارخون به شمار می‌آیند که در سبب شناسی و درمان مبتلایان نقش بسزایی دارند، لذا در این پژوهش سعی بر آن است تا میزان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی بر باورهای ناکارآمد و فشار خون بیماران مبتلا به فشار خون اساسی مطالعه شود.

## روش بررسی

این تحقیق با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، یک طرح آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به فشار خون بالا می‌باشد که به مراکز درمانی و مطب‌های خصوصی شهر اهواز مراجعه کردند. روش نمونه‌گیری افراد فشار خونی، به صورت داوطلبانه در دسترس بوده است. به این صورت که بعد از مراجعه بیماران به مطب و بررسی پرونده آن‌ها توسط پزشک معالج و تشخیص هیپرتانسیون اولیه (اساسی)، درباره‌ی هدف پژوهش اطلاعاتی به آن‌ها داده می‌شد و پس از جلب همکاری و رضایت آن‌ها پرسشنامه باورهای ناکارآمد، اجرا گردید. افرادی که نمره آن‌ها در این پرسشنامه یک انحراف معیار بالاتر از میانگین (۱۲۹/۰۱) بوده و میانگین و انحراف معیار فشار خون سیستولیک نمونه مورد بررسی به ترتیب شامل ۱۷۰/۶۷ و ۱۲/۴۲ و میانگین و انحراف معیار فشارخون دیاستولیک آنها به

گروه آزمایش هرکدام در سه جلسه تحت درمان شناختی رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی قرار گرفتند. جلسات آموزشی توسط محقق که متخصص روانشناسی بالینی است در کلینیک روان درمانی وی اجرا گردید تا شرایط اجرای مداخله آزمایشی کاملاً یکسان باشد. در خاتمه جلسات در کلینیک روان درمانی محقق یک برنامه پذیرایی و دوره همی خاطره بخش که بنا به گزارش بیماران بسیار شادی بخش و ماندگار بوده است برگزار شد. همچنین بعد از هر جلسه یک سری تکالیف خانگی ارائه می گردید تا بیماران در منزل انجام دهند. پس از خاتمه جلسات و پیگیری، به منظور رعایت نکات اخلاقی، گروه کنترل در دو جلسه تحت درمان مداخله پژوهش قرار گرفتند.

پرسشنامه باورهای ناکارآمد پس از خاتمه جلسات درمانی و پس از دوره پیگیری سه ماهه بار دیگر توسط دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. همچنین در این مراحل از هر دو گروه آزمایش و کنترل میانگین فشار خون در یک هفته ثبت گردید. داده های قبل و بعد از مداخله با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

#### یافته‌ها

۴۰ نفر بیمار مبتلا به فشار خون مورد مطالعه قرار گرفتند که ۵۲/۴ درصد آن‌ها مونث و ۴۶/۶ درصد آن‌ها مذکر بودند. ۴۵/۶۰ درصد بیماران در گروه سنی ۷۵-۵۲ سال قرار داشتند. میانگین سنی بیماران ۵۸/۱۸ سال بود (دامنه سنی: ۸۵-۵۷). میانگین تحصیلات بیماران ۱۱/۲۶ سال بود (دامنه: ۱۹-۹). ۸۵/۳ درصد بیماران متأهل بودند. مدت ابتلا به بیماری در ۷۰ درصد بیماران بین ۵ تا ۲۰ سال بوده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین باورهای ناکارآمد گروه آزمایش در پس آزمون (۱۳۶/۰۸) نسبت به پیش آزمون (۱۶۵/۴۱) و در مقایسه با گروه کنترل (۱۵۷/۳۱) کاهش یافته است. همچنین میانگین فشار خون

Beck برابر با ۰/۳۱، با آزمون افسردگی Hamilton برابر با ۰/۳۹ و با آزمون ناامیدی برابر با ۰/۳۶ برآورده شده است (۸) قبل از اعمال مداخله آموزشی، از هر دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از مقیاس DAS پیش آزمون به عمل آمد.

سپس دوازده جلسه درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی (Meichenbaum ۹) در مورد گروه آزمایش اجرا گردید، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. در این جلسات به توضیح نقش درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی در کنترل بهتر استرس و کاهش عود و کنترل بیماری، آموزش آرمیدگی، بیان خطاهای شناختی، چالش با افکار منفی استرس‌زا، آزمون افکار منفی، آشنایی با گفتگوهای درونی، نقش گفتگوهای درونی منفی در ایجاد استرس، استفاده از گفتگوهای درونی مثبت به جای گفتگوهای درونی منفی، آموزش تکنیک‌های توجه برگردانی، بیان اهمیت و ضرورت حل مسأله، آموزش مهارت حل مسأله، آموزش تجسمات مثبت بهبودی و امید به شفا و کنترل بیماری، توجه به تغییرات فیزیولوژیکی حاصل از فشارخون به عنوان یک واکنش عادی و تجسم بهبودی و تمرین آرامش عضلانی همزمان برای جایگزینی شرطی شدن، انجام تکالیف خانگی و فعالیت‌های تفریحی گروهی مانند برگزاری مجلس مهمانی دوره ای در منزل یا پارک و رستوران، پرکردن اوقات فراغت با فعالیت‌های مورد علاقه و ارایه بازخورد به آن در گروه جهت ایجاد انگیزه و ترغیب بیماران مبتلا به فشارخون پرداخته شد و در جلسه آخر به تمرین مهارت‌های آموزش داده شده در جلسات قبل، رفع موانع و مشکلات در انجام مهارت‌ها در زندگی روزمره تاکید شد (۹) این روش درمانی به صورت جلسات گروهی هفته ای دو جلسه ۹۰ دقیقه ای در صورت لزوم کمی بیشتر برگزار شد، اما در صورت لزوم برخی افراد گروه، به صورت یک یا سه جلسه روان‌درمانی انفرادی را علاوه بر گروه درمانی دریافت کردند. در این پژوهش تعداد ۴ نفر از بیماران

این یافته بیانگر آن است که کنترل طول مدت بیماری در میزان باورهای ناکارآمد و فشار خون گروه‌ها در پس-آزمون تاثیری ندارد و کماکان تفاوت معنی‌داری میان دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ باورهای ناکارآمد و فشارخون با کنترل طول مدت بیماری وجود دارد.

جدول ۴، نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها را از لحاظ نمره‌های تفاضل پیش آزمون - پیگیری باورهای ناکارآمد و فشار خون در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که بین بیماران مبتلا به فشار خون گروه آزمایش و کنترل از لحاظ باورهای ناکارآمد ( $F=15/72$  و  $P=0/001$ ) و فشار خون ( $F=6/27$  و  $P=0/017$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین، درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی باعث کاهش باورهای ناکارآمد و فشار خون بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پیگیری شده است.

همچنین نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که با کنترل طول مدت بیماری در مرحله پیگیری نیز بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ باورهای ناکارآمد ( $P=0/001$ ) و فشار خون ( $F=15/23$ ) تفاوت معنی‌داری مشاهده شد، اما از نظر فشار خون ( $F=1/13$  و  $P=0/112$ ) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته بیانگر آن است که طول مدت بیماری در میزان باورهای ناکارآمد گروه‌ها در مرحله پیگیری تاثیری ندارد، اما در میزان فشار خون گروه‌ها تاثیر دارد.

گروه آزمایش در پس آزمون (۱۳/۸۱) نسبت به پیش آزمون (۱۷/۹۲) و در مقایسه با گروه کنترل (۱۸/۱۲) کاهش یافته است. از سوی دیگر، میانگین باورهای ناکارآمد گروه آزمایش در پیگیری (۱۲۷/۲۵) نسبت به پیش‌آزمون (۱۶۵/۴۱) و در مقایسه با گروه کنترل (۱۵۶/۹۲) کاهش یافته است. میانگین فشار خون گروه آزمایش در پیگیری (۱۲/۵۲) نسبت به پیش آزمون (۱۷/۹۲) و در مقایسه با گروه کنترل (۱۷/۴۲) کاهش یافته است.

جدول ۲، نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها را از لحاظ نمره‌های تفاضل پیش آزمون - پس آزمون باورهای ناکارآمد و فشار خون در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد بین بیماران مبتلا به فشار خون گروه آزمایش و کنترل از لحاظ باورهای ناکارآمد ( $F=74/36$  و  $P=0/001$ ) و فشار خون ( $F=42/69$  و  $P=0/012$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین، درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی باعث کاهش باورهای ناکارآمد و کاهش فشار خون بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس آزمون شده است.

همچنین نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که با کنترل طول مدت بیماری نیز بین دو گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ باورهای ناکارآمد ( $F=12/62$  و  $P=0/001$ ) تفاوت معنی‌داری مشاهده شد، همچنین از نظر فشار خون ( $F=3/28$  و  $P=0/044$ ) تفاوت معنی‌داری مشاهده شد،

جدول ۱: داده‌های توصیفی باورهای ناکارآمد و فشار خون در دو گروه آزمایش و کنترل

مقیاس	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
باورهای ناکارآمد	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	۱۵۳/۱۴	۱۲۹/۳۶	۱۳۱/۷۱	۱۴۸/۹۶	۱۴۶/۳۱	۱۵۰/۶۸
فشار خون	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	۱۸/۲۱	۱۳/۲۶	۱۳/۷۴	۱۷/۹۴	۱۷/۸۷	۱۸/۱۶
ناکارآمدی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	۱۰/۳۲	۳/۰۸	۴/۲۵	۹/۹۲	۵/۱۴	۶/۸۱
	۱۱/۷۲	۷/۲۳	۴/۸۳	۸/۳۲	۹/۳۱	۷/۴۸

جدول ۲: نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمره‌های تفاضل پیش آزمون - پس آزمون باورهای ناکارآمد و فشار خون گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری (P)	مجذورات	توان آماری
باورهای ناکارآمد	۸۴۱/۰۱	۱	۸۴۱/۰۱	۷۴/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۱
فشار خون	۶۹۳/۰۲	۱	۶۹۳/۰۲	۴۲/۶۹	۰/۰۱۲	۰/۵۱	۰/۵۶

جدول ۳: نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمره‌های تفاضل پیش آزمون - پس آزمون باورهای ناکارآمد و فشار خون گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل طول مدت بیماری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری (P)	مجذورات	توان آماری
باورهای ناکارآمد	۸۴۷/۵۰	۱	۸۴۷/۵۰	۱۲/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴	۰/۹۹
فشار خون	۹۶/۴۱	۱	۹۶/۴۱	۳/۲۸	۰/۰۴۴	۰/۵۶۲	۰/۴۵

جدول ۴: نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمره‌های تفاضل پیش آزمون - پیگیری باورهای ناکارآمد و فشار خون گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری (P)	مجذورات	توان آماری
باورهای ناکارآمد	۴۵۶/۸۲	۱	۴۵۶/۸۲	۱۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱
فشار خون	۲۲۶/۶۳	۱	۲۲۶/۶۳	۶/۲۷	۰/۰۱۷	۰/۷۸	۰/۷۹

جدول ۵: نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمره‌های تفاضل پیش آزمون - پیگیری باورهای ناکارآمد و فشار خون گروه‌های

آزمایش و گواه با کنترل طول مدت بیماری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری (P)	مجذورات اتا	توان اماری
باورهای ناکارآمد	۸۷۹/۸۱	۱	۸۷۹/۸۱	۱۵/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
فشار خون	۳۹۴/۸۶	۱	۳۹۴/۸۶	۱/۱۳	۰/۱۱۲	۰/۷۶	۱

## بحث

هدف از اجرای پژوهش حاضر بررسی درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی بر باورهای ناکارآمد و میزان فشار خون بیماران دارای فشار خون اساسی بوده است. نتایج حاصل آشکار ساخت که درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی موجب کاهش معنی‌داری در باورهای ناکارآمد و فشار خون بیماران مبتلا به فشار خون می‌شود که این تفاوت با کنترل طول مدت بیماری نیز معنی‌دار باقی ماند. این نتایج با تحقیقات Jouharifard و همکاران (۶) در رابطه با اثربخشی درمان در کاهش باورهای ناکارآمد و افسردگی همخوانی دارد.

باورهای ناکارآمد، معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند. این فرض‌ها یا طرح‌واره‌ها در سازماندهی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار استفاده می‌شوند (۱۰). از آن جایی که این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییر هستند، ناکارآمد و نابارور تلقی می‌شوند. این مفروضه‌ها به تفسیر تجارب جدید، شکل دادن انتظارات و پیش‌بینی‌ها کمک می‌کنند. محققان ارزیابی شناختی بر این باور هستند که الگوهای ارزیابی شناختی افراد نسبت به موقعیت‌های تنیدگی‌زا براساس ابعاد مختلف شخصیت، پاسخ‌های هیجانی ویژه‌ای از قبیل خشم، احساس گناه یا غرور ایجاد می‌کند. به عبارت دیگر، فرایندهای ارزیابی شناختی، پاسخ‌های ذهنی،

روانشناختی و رفتاری به موقعیت تنیدگی‌زا را پیش‌بینی می‌کنند (۱۱).

از دلایل اثربخشی درمان‌های روان شناختی در بهبود نگرش‌های ناکارآمد و کاهش فشار خون این است که فنون شناختی - رفتاری با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده و استرس را کاهش می‌دهد. درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی از طریق تغییر باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی، به تقویت مهارت‌های مقابله‌ای یا پادتن‌های روان شناختی می‌پردازد و از این طریق با ایجاد احساس تسلط و کاردانی به واسطه تجارب موفقیت آمیز در مقابله با استرس، تقویت مهارت‌ها و ایجاد انتظارات مثبت منجر به کاهش استرس می‌شود (۱۲).

باورهای ناکارآمد، معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد از آن‌ها برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند. این فرض‌ها یا طرح‌واره‌ها، در سازماندهی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار استفاده می‌شوند (۱۳). از آن جایی که این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییر هستند، ناکارآمد و نابارور تلقی می‌شوند. باورهای ناکارآمد به تفسیر تجارب جدید، شکل دادن انتظارات و پیش‌بینی‌های مربوط به بیماری کمک می‌کند.

محققان ارزیابی شناختی بر این باور هستند که الگوهای ارزیابی شناختی افراد نسبت به موقعیت‌های تنیدگی‌زا براساس ابعاد مختلف شخصیت، پاسخ‌های

در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که بیمارانی که در مدت زمان بیشتری به فشار خون مبتلا هستند، اگر چه عوامل روانشناختی در میزان فشارخون آنها مؤثر است، اما در طول زمان تغییراتی در عروق کرونری و وضعیت فیزیولوژیکی آنها رخ داده است که درمان شناختی رفتاری به تنهایی ممکن است میزان فشار خون آنها را تغییر ندهد و یا حداقل نیاز به درمان شناختی رفتاری در جلسات بیشتری داشته باشند.

### نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش فعلی نشان داد که درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی در بهبود باورهای ناکارآمد و فشارخون بیماران مؤثر بوده است. این نتیجه کماکان در دوره پی‌گیری به طور معنی‌داری تداوم یافته است. همچنین طول مدت بیماری در پس-آزمون در تفاوت حاصله در باورهای ناکارآمد و فشار خون میان گروه‌ها تأثیر ندارد. اما در مرحله پیگیری، طول مدت بیماری در تفاوت حاصله در باورهای ناکارآمد میان دو گروه تأثیری ندارد، اما در فشار خون میان گروه‌ها تأثیر دارد، همچنین مشاهده شد که درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی به بیماران کمک می‌کند که به مجرد احساس تنش ناشی از تغییرات فیزیولوژیکی حاصل از بالا رفتن فشارخون، افکار و باورهای ناکارآمد و پیش‌بینی‌کننده فشارخون و تجربه تنش ناشی از آن را کنترل کنند و در عوض، تجسمات مثبت بهبودی و پاسخ توأم با آرامش را تجربه کنند. به تدریج فرایند شرطی شدن انتظار فشار خون و باورهای منفی تشدیدکننده آن، کاهش می‌یابد. درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی که به صورت گروهی تمرین می‌شود، دارای تکالیفی است که خلق بیماران را افزایش می‌دهد و موجب کاهش نگرانی حاصل از فشارخون می‌شود. بیماران در عوض چک کردن مستمر و بیمارگونه فشارخون خود، به تمرینات آرامش می‌پردازد و باورهای منفی خود را به واسطه مهارتی که کسب کرده است، به

هیجانی ویژه‌ای از قبیل خشم، احساس گناه یا غرور ایجاد می‌کند. به عبارت دیگر، فرایندهای ارزیابی شناختی، پاسخ‌های ذهنی، روانشناختی و رفتاری به موقعیت تنیدگی‌زا را پیش‌بینی می‌کنند (۱۴، ۱۵).

استفاده از راهبردهای شناختی توسط افراد فشارخونی، آن‌ها را از درگیری مستقیم و موثر با مشکل باز می‌دارد و توانمندی آن‌ها را برای حل مشکل کاهش می‌دهد. این وضعیت اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی را برطرف نموده و سلامت جسمی آن‌ها را کاهش می‌دهد.

در رابطه با اثربخشی درمان شناختی - رفتاری همراه با تجسم مثبت بهبودی می‌توان گفت با توجه به این که یکی از علل افزایش فشار خون وجود چرخه‌های منفی بین علائم جسمانی و روانی است، به این صورت که داشتن باورهای منفی باعث بالا رفتن فشار خون و متقابلاً فشار خون باعث تقویت نگرش‌های منفی در بیماران مبتلا می‌شود، بنابراین قطع کردن این سیکل معیوب از طریق آموزش و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای منجر به بهبود هر دو بعد جسمانی و روانی می‌شود (۱۶، ۱۷).

با ورود طول مدت بیماری به عنوان متغیر کنترل در تحلیل کوواریانس مشاهده شد که تفاوت بین باورهای ناکارآمد و فشارخون هر دو گروه در پس‌آزمون، معنی‌دار باقی مانده است. این یافته حاکی از آن است که طول مدت بیماری در تفاوت حاصله در باورهای ناکارآمد و فشار خون گروه‌ها تأثیر ندارد. با کنترل طول مدت بیماری در مرحله پیگیری نیز بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ باورهای ناکارآمد، تفاوت معنی‌داری مشاهده شد، اما از نظر فشار خون تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته بیانگر آن است که طول مدت بیماری در میزان باورهای ناکارآمد گروه‌ها در مرحله پیگیری تأثیری ندارد، اما در میزان فشار خون گروه‌ها تأثیر دارد.



تجسم مثبت بهبودی در کنار داروهای کاهش دهنده فشارخون استفاده کرد.

راحتی کنترل می‌کند. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش لازم است از رویکرد شناختی - رفتاری همراه با

## منابع

- 1-Balazadeh R, Akbari B, Abolghasemi A. Effectiveness of Stress Management based on Cognitive-behavioral Training on Sleep Quality and Cognitive Bias of Patients with Primary Hypertension. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2020, 10;11(4):14-20.
- 2-Jang KL, & et al. Coping Style and Personality: A biometric analysis. Journal of Anxiety, Stress and Coping 2007; 17-24.
- 3-Nejati S, Zahiroddin A, Afrookhteh G, Rahmani S, Hoveida S. Effect of group mindfulness-based stress-reduction program and conscious yoga on lifestyle, coping strategies, and systolic and diastolic blood pressures in patients with hypertension. The Journal of Tehran University Heart Center. 2015 ,3;10(3):140.
- 4-Esmaili M, Alilou M, Bakhshipour A, sharifi MA. A Survey of dysfunctional attitudes and coping Strategies in primary hyper tension psychological studies.2009; 5(2): 117-131.
- 5-Fatemi AS, Younes SJ, Azkosh M, Askar A. Comparison of dysfunctional attitudes and social adjustment among infertile and unemployed of psychology, 2010, 45(2):140-146.
- 6-Jouharifard R, Goudarzi MA, Zamiri A. Effect of group cognitive behavior therapy on anxiety and dysfunctional attitudes of patients with general anxiety disorder. New finding in psychology, 2008; 2(6): 51-94.
- 7-Sankar A, Scott J, Paszkiewicz A, Giampietro VP, Steiner H, Fu CH. Neural effects of cognitive-behavioural therapy on dysfunctional attitudes in depression. Psychological medicine. 2015 ,45(7):1425-33
- 8-Kaviani H, Mousavi A S, & Mohit A. Interviews and Psychological Tests, Tehran: Cognitive Sciences Research Institute.2001. (in Persian)
- 9-Meichenbaum D. The evolution of cognitive behavior therapy: A personal and professional journey with Don Meichenbaum. Taylor & Francis; 2017, 17.
- 10- Essa RM, Ismail NI, Hassan NI. Effect of progressive muscle relaxation technique on stress, anxiety, and depression after hysterectomy. Journal of Nursing Education and Practice. 2017, 20;7(7):77.
- 11-Swain S, Hariharan M, Rana S, Chivukula U, Thomas M. Doctor-patient communication: impact on adherence and prognosis among patients with primary hypertension. Psychological Studies. 2015, 1;60(1):25-32.
- 12- Verma S, Sahni S, Vijayan VK, Talwar A. Depression in pulmonary arterial hypertension: An undertreated comorbidity. Lung India: Official Organ of Indian Chest Society. 2016;33(1):58.
- 13-Cobos B, Haskard-Zolnierok K, Howard K. White coat hypertension: improving the patient-health care practitioner relationship. Psychology research and behavior management. 2015; 8:133.
- 14-Hayward RD, Krause N. Religion and strategies for coping with racial discrimination among African Americans and Caribbean Blacks. International Journal of Stress Management. 2015, 22(1):70.
- 15-Band R, Bradbury K, Morton K, May C, Michie S, Mair FS, Murray E, McManus RJ, Little P, Yardley L. Intervention planning for a digital intervention for self-management of hypertension: a theory-, evidence-and person-based approach. Implementation Science. 2017, 12(1):25.
- 16-Lambert SD, McElduff P, Girgis A, Levesque JV, Regan TW, Turner J, Candler H, Mihalopoulos C, Shih ST, Kayser K, Chong P. A pilot, multisite, randomized controlled trial of a self-directed coping skills training intervention for couples facing prostate cancer: accrual, retention, and data collection issues. Supportive Care in Cancer. 2016, 1;24(2):711-22.
- 17-Lewandowski KE, Mesholam-Gateley RI, Keshavan MS. Psychosocial interventions for social dysfunction in psychosis. In Social Cognition in Psychosis 2019 Jan 1 (pp. 295-319). Academic Press.

## Study the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy with Positive Imagination of Health on Dysfunctional Attitudes in Patients with Primary Hypertension

Najmeh Hamid<sup>1\*</sup>

*1-Associate Professor of Clinical Psychology.*

*1-Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.*

*\*Corresponding author:*

*Najmeh Hamid; Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.  
Tel: +989161187586  
Email: n.hamid@scu.ac.ir*

### Abstract

**Background and Objective:** The purpose of the present research was to study the effectiveness of cognitive behavior therapy with positive imagination of health on dysfunctional attitudes on primary hypertension in patients with dysfunctional attitudes and primary hypertension.

**Subjects and Methods:** The sample of the study included 40 subjects with primary hypertension (22 females and 18 males) who referred to specialist clinics in Ahvaz. They were matched of age, educational status and other criteria considered in this research, then randomly divided into two groups as experimental and control. We administered Beck and Wizeman Dysfunctional Attitudes Scale (DAS). Twelve sessions of cognitive behavior therapy with positive imagination of health for experimental group only. Finally, all subjects of two groups were assessed from dysfunctional attitudes and primary hypertension in posttest and follow up.

**Results:** The results revealed that there was a significant difference between two groups in dysfunctional attitudes and primary hypertension at posttest and follow up ( $P < 0.001$ ). The rate of dysfunctional attitudes and primary hypertension in the experimental group were significantly decreased compared to the pretest and control group. These results persisted significantly during the follow-up period. Also, by controlling the duration of the disease, there was a significant difference between experimental and control group in terms of dysfunctional attitudes and primary hypertension, but in terms of primary hypertension, no significant difference was observed. This result suggests that the duration of the disease has no effect on the rate of dysfunctional attitudes, but does affect the primary hypertension of the groups in the follow-up period.

**Conclusion:** The results of this study suggest that cognitive behavior therapy with positive imagination of health significantly decreased the dysfunctional attitudes and primary hypertension, therefore using cognitive behavior therapy with positive imagination of health in high hypertension patients is recommended.

**Key words:** Primary hypertension, Dysfunctional attitudes, Cognitive behavior therapy, Positive imagination, Health.

►Please cite this paper as:

*Najmeh H. Study the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy with Positive Imagination of Health on Dysfunctional Attitudes in Patients with Primary Hypertension. Jundishapur Sci Med J 2020; 19(2):137-146*

Received: Jan 27, 2020

Revised: June 8, 2020

Accepted: June 13, 2020