مقاله پژوهشی اصیل

مقایسه تاثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری همراه با پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه با رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانگان روان‌شناختی (افسردگی و اضطراب)، کیفیت زندگی و فشار خون در افراد مبتلا به پرفشاری خون

صفورا آصف‌مهر[۱]، دانشجوی دکترای روان‌شناسی
*** عبدالمجید بحرینیان[۲]، دکترای روان‌شناسی**
فاطمه شهابی‌زاده[۳]، دکترای روان‌شناسی

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری همراه با پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه با رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانگان روان‌شناختی (افسردگی و اضطراب)، کیفیت زندگی و فشار خون در افراد مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

زمینه. فشار خون بالا می‌تواند باعث نارسایی کلیه‌ها و بروز عوارض در چشم فرد گردد. فشارخون بالا به دلیل شیوع زیاد و همراهی با بیماری‌های قلبی یک مشکل سلامتی-درمانی در کشورهای صنعتی و در حال توسعه محسوب می‌شود.

روش کار. مطالعه حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمون و یک گروه کنترل بود. از بین ۸۷ نفر داوطلب، ۴۵ نفر از بیماران به شیوه نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمون و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۰)، پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۰)، و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. پروتکل شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه گروهی لیهی (۲۰۱۱) و پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان، ۱۹۹۳) مبنای مداخلات بودند. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها. نتایج حاکی از تفاوت معنادار بین تاثیر دو مداخله بر نمرات متغیر افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی و فشارخون بود ($P\leq ۰/۰۰۰۱$). همچنین، گروه‌درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی تاثیر بیشتری بر کیفیت زندگی و فشارخون افراد مبتلا به پرفشاری خون داشت.

نتیجه‌گیری. برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش فشار خون افراد مبتلا به پرفشاری خون بهتر است از روش گروه‌درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه و برای کاهش نشانگان شناختی (افسردگی و اضطراب) افراد مبتلا به پرفشاری خون از روش رفتاردرمانی دیالکتیکی سود جست.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی شناختی رفتاری، پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه گروهی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی، پرفشاری خون

۱ دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه آزاد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۲ استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: majidbahrainian@gmail.com
۳ دانشیارگروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

مقدمه

افسردگی حالت بد خلقی و بیزاری از فعالیت است که از نظر پزشکی به عنوان یک اختلال روانی و رفتاری طبقه‌بندی می‌شود. تجربه افسردگی بر افکار، رفتار، انگیزه، احساسات و احساس بهزیستی فرد تأثیر می‌گذارد. در سراسر جهان، بیش از ۲۶۴ میلیون نفر در سنین مختلف از افسردگی رنج می‌برند. افسردگی سبب ایجاد اضطراب در بیماران نیز می‌شود. اضطراب احساسی است که با حالت ناخوشایند آشفتگی درونی مشخص می‌شود و شامل احساسات ناخوشایند ذهنی ترس از رویدادهای پیش‌بینی‌شده است و اغلب با رفتارهای عصبی مانند قدم زدن به جلو و عقب، شکایات جسمی و نشخوار فکری همراه است (میکلی، ۲۰۱۸). همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ اثرات منفی بر سلامت روان بسیاری از افراد گذاشته و باعث افزایش سطح افسردگی شده است. مطالعه‌ای که در پاییز ۲۰۱۹ و می/ژوئن ۲۰۲۰ در ساری انجام شد، به بررسی تأثیر کووید-۱۹ بر سلامت روان پرداخت. این مطالعه افزایش قابل توجهی در علائم افسردگی و کاهش رفاه کلی و کیفیت زندگی در طول قرنطینه (مه/ژوئن ۲۰۲۰) در مقایسه با پاییز قبلی (۲۰۱۹) را نشان داد. سطح افسردگی بالینی در افراد مورد بررسی در این مطالعه بیش از دو برابر بود و در این مطالعه، بین وقایع مرتبط با سلامت و افزایش افسردگی ارتباط معنادار دیده شد (سارمی و داف، ۲۰۲۱). رنجبر نوشتری و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود رابطه معناداری بین درمان شناختی رفتاری و اضطراب و افسردگی یافتند. این نتایج با درنظر گرفتن نقش عوامل شناختی (افکار ناکارآمد، فرض‌های زیربنایی و فرآیندهای پردازش اطلاعات مختل‌شده) در آسیب‌شناسی بیماری و بروز اضطراب و افسردگی در این بیماران قابل تبیین است.

اضطراب ممکن است با علائم روزانه طولانی تجربه شود که کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد و به عنوان اضطراب مزمن شناخته می‌شود (فولک، ۲۰۲۱). کیفیت زندگی توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان "ادراک یک فرد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب فرهنگ و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های خود" تعریف می‌شود. محققان واحد تحقیقات کیفیت زندگی دانشگاه تورنتو کیفیت زندگی را به عنوان "درجه‌ای که یک فرد از امکانات مهم زندگی خود لذت می برد" تعریف می‌کنند. مدل کیفیت زندگی آنها بر اساس مقوله‌های "بودن"، "تعلق" و "شدن" است (وندر کریک و همکاران، ۲۰۱۶)

اضطراب و افسردگی به همان روشی که فشار روانی ایجاد می‌کنند، بر فشار خون نیز تأثیر می‌گذارند. این امر، سیستم عصبی سمپاتیک را به کار می‌اندازد، هورمون‌های استرس آدرنالین و کورتیزول را آزاد می‌کند که می‌تواند ضربان قلب و فشار خون را افزایش دهد (حکیمی، ۱۳۹۹) در پژوهشی که گوتا و همکاران (۲۰۱۳) انجام دادند بین فشار خون سیستولیک و فشار خون دیاستولیک با افسردگی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. افرادی که افسردگی را تجربه می‌کنند ممکن است احساس افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی داشته باشند که می‌تواند کوتاه‌مدت یا بلندمدت باشد (دزارت و همکاران، ۲۰۱۹).

اختلالات فشار خون شامل فشار خون بالا ، فشار خون پایین و فشار خون ناسازگار نوسانی است. فشار خون بالا یکی از عوامل خطر سکته مغزی، حمله قلبی، نارسایی قلبی، و آنوریسم شریانی، و علت اصلی نارسایی مزمن کلیه است (اوبرین، ۲۰۲۱). شیوع فشار خون بالا در کشورهای مختلف متفاوت است و در داخل کشورها نیز در مناطق مختلف، شیوع‌های متفاوت گزارش شده است. در پژوهشی که عزیزی و همکاران در سال ۱۳۸۹ انجام دادند نتایج نشان داد افراد ۱۵ ساله و بیشتر در این پژوهش، ۵۱۴۷ نفر شامل ۵۶/۹ درصد زن و ۴۳/۱ درصد مرد با میانگین سن ۳۴/۴ سال و انحراف معیار ۱۵/۱ سال بودند. در این مطالعه، شیوع فشار خون بالای درجه ۱ و ۲، ۱۴/۳ درصد و شیوع پیش پرفشاری خون، ۱۵/۸ درصد بود گزارش شد (عزیزی و همکاران، ۱۳۸۹).

درمان‌های متفاوتی برای کاهش اضطراب و افسردگی پیشنهاد شده است. درمان شناختی رفتاری یک مداخله روانی‌اجتماعی است که با هدف کاهش علایم شرایط مختلف سلامت روان، در درجه اول افسردگی و اختلالات اضطرابی انجام می‌شود. درمان شناختی رفتاری بر چالش‌برانگیزی و تغییر تحریف‌های شناختی (مثلا افکار، باورها و نگرش‌ها) و رفتارها، بهبود تنظیم عاطفی، و توسعه راهبردهای مقابله‌ای شخصی که حل مشکلات فعلی را هدف قرار می‌دهند تمرکز دارد. اگرچه این روش در ابتدا برای درمان افسردگی طراحی شده بود، اما کاربردهای آن برای درمان تعدادی از شرایط سلامت روان، از جمله اضطراب، مشکلات مصرف الکل و مواد مخدر، مشکلات زناشویی و اختلالات خوردن گسترش یافته است (هارند و همکاران، ۲۰۱۰). از دیگر درمان‌های رایج مشکلات خلقی و اضطرابی، درمان دیالکتیکی است. درمان دیالکتیکی می‌تواند در درمان اختلالات خلقی، افکار خودکشی، و برای تغییر در الگوهای رفتاری مانند آسیب به خود و مصرف مواد مفید باشد (چپمن، ۲۰۱۶). این رویکرد توسط لیهان، محقق روان‌شناسی در

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

دانشگاه واشنگتن معرفی شد تا به افراد کمک کند با یادگیری در مورد محرک‌هایی که منجر به حالت‌های واکنشی می‌شوند، تنظیم هیجانی و شناختی خود را افزایش دهند و به ارزیابی مهارت‌های مقابله‌ای کمک کند. اگرچه هر دو درمان، رفتاری هستند، اما تفاوت‌هایی با یکدیگر دارند. درمان دیالکتیکی بیشتر برای اختلال‌های شدید که رفتارهای خودکشی، دیگرکشی، رفتارهای تهدیدکننده زندگی مانند رانندگی‌های پرخطر، پرخوری و بیماران تکانشی و افرادی که الگوهای غیرقابل کنترل دارند و برای بهبود برخی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری استفاده می‌شود، اما درمان شناختی رفتاری، بیشتر بر نحوه تعبیر رویدادها و موقعیت‌ها اثر دارد و بر این اساس است که شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها به نحو چشمگیری بر یکدیگر اثر دارند و برای غلبه بر مسائل خلقی و هیجانی مناسب هستند (لینهان، ۱۹۹۳؛ زمانی و حبیبی، ۲۰۱۵).

افراد مبتلا به پرفشاری خون به علت استرس‌های ناشی از بالا رفتن فشار خون دچار درجات شدید افسردگی و اضطراب می‌شوند. بیماران در این مواقع هرگونه رفتاری را به خود استناد می‌دهند، لذا از ارتباط با دیگران و بودن در جمع و فعالیت‌ها دوری می‌کنند که این امر منجر به افزایش افسردگی می‌گردد. بیماران مبتلا به پرفشاری خون به دلیل مشکلات ناشی از این بیماری در بسیاری از مسائل همچون نوع تغذیه دچار مشکل هستند؛ از این رو، در بسیاری از مسائل به شیوه تکانشی و بدون اینکه عواقب و پیامدهای رفتار خود را در نظر بگیرند سریعا به راحت‌ترین راه حل یعنی پیگیری نکردن درمان و حتی مرگ روی می‌آورند. از این رو، افرادی که در مراحل اولیه درمان قرار دارند نیازمند توجه خاص هستند. در پژوهش‌های قبلی، در بررسی درمان مشکلات روانی یا وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به انواع بیماری‌ها و اختلالات، تاثیر عوامل زیادی مورد بررسی قرار گرفته است. در این راستا روش‌های برخی از درمان‌ها برای مداخلات روان‌شناختی دیده می‌شود. با این وجود، بررسی تاثیر و مقایسه درمان‌ها با یکدیگر و تاثیر هر کدام بر متغیرهای خاص همچنان به عنوان اولویت‌های پژوهشی مطرح است. هدف این پژوهش، مقایسه تاثیر رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه گروهی بر افسردگی، اضطراب، و کیفیت زندگی افراد مبتلا به پرفشاری خون بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمون و یک گروه کنترل بود. از بین ۸۷ نفر داوطلب، ۴۵ نفر از بیماران به شیوه نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمون و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به بیماری پرفشاری خون، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، و اعلام موافقت کامل برای حضور در پژوهش، و ملاک‌های خروج شامل ابتلا به مشکلات روان‌پزشکی و روان‌شناسی طی دوره مطالعه، شروع مصرف داروهای روان‌پزشکی در حین مطالعه، ابتلا به سایر بیماری‌های جسمی مثل دیابت و صرع و مشکلات کلیوی، و غیبت در بیش از دو جلسه مداخله بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۰)، پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۰)، و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. پرسشنامه افسردگی بک که شامل ۲۱ گروه سئوال است، برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف تدوین شد. روایی و اعتبار این پرسشنامه در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶ مورد بررسی قرار گرفت و تایید شد. بیست‌ویک بخش این مقیاس در کل شامل ۹۴ سوال، به صورت عبارات ترتیبی که هر کدام از ماده‌ها مربوط به یک علامت خاص افسردگی است، تنظیم شده است. ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی این مقیاس نتایج مطلوبی داشته‌اند. روایی همزمان با درجه‌بندی‌های بالینی برای افراد با اختلالات روان‌پزشکی نشانگر ضرایب همبستگی از متوسط تا بالا است. همبستگی این آزمون با مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی، ۰/۷۳، با مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ، ۰/۷۶، و با مقیاس افسردگی MMPI ۰/۷۶ به دست آمده است (به نقل از باگوچی و همکاران، ۲۰۲۱). میزان آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۹۷۹ محاسبه شد.

پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۰)، یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان‌دهنده شدت اضطراب وی است انتخاب می‌کند. این پرسشنامه از روایی مطلوبی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن، ۰/۹۲، پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۷۵، و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. همبستگی پرسشنامه اضطراب بک

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

با نتایج چند آزمون بالینی کاملا معنادار بود. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارآیی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی دارای ۲۶ سئوال است که توسط سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است و چهار حیطه سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی را با ۲۴ سئوال (به‌ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سئوال) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نصیری و همکاران (۲۰۰۶) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ را گزارش کردند و تحلیل عاملی در ۲۶ گویه این مقیاس مشخص کرد که چهار زیرمقیاس سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی که در مقیاس اصلی وجود داشتند، وجود دارد، که نشان‌دهنده روایی ساختاری آن است. در پژوهش باقری و دهقان (۲۰۰۶)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است.

پروتکل شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه گروهی لیهی (۲۰۱۱) و پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان، ۱۹۹۳) مبنای مداخلات بودند. بعد از کسب کد اخلاق IR.BUMS.1401.03 به مرکز بهداشت شهر زاهدان مراجعه شد و تعداد ۴۵ فرد مبتلا به پرفشاری خون که دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند به صورت تصادفی در سه گروه (هر گروه، ۱۵ نفر، قرار گرفتند. یک گروه با استفاده از روش درمان شناختی رفتاری همراه با پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه گروهی، و گروه دیگر با رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی آموزشی آموزش دیدند و گروه سوم به عنوان گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکرد. شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های افسردگی، اضطراب، و کیفیت زندگی را در دو نوبت قبل و پس از مداخله تکمیل کردند و فشار خون آنها نیز ثبت گردید.

پروتکل شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه گروهی لیهین (۲۰۱۱) که به اختصار CBT نیز به آن گفته می‌شود، یک رویکرد روان‌درمانی است که احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرآیندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را از طریق شماری از روش‌های نظام‌مند، صریح و هدف‌مدار مورد توجه قرار می‌دهد. در این پژوهش، گروه درمان شناختی رفتاری (بر اساس پروتکل درمانی لیهین، ۲۰۱۱) در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند. گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی طی ۸ هفته (یک جلسه در هفته) رفتار درمانی دیالکتیکی به مدت ۹۰ دقیقه را دریافت کردند؛ هر جلسه شامل معرفی اهداف و عناوین مباحث مربوط به آن جلسه، بحث و تمرینات داخل جلسه و همچنین، تمرینات خارج از جلسه بود. محتوای جلسات، شیوه اجرا و نحوه ارائه با استفاده از منابع معتبر (لینهان، ۱۹۹۳) تهیه شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ با آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک افراد را به تفکیک گروه نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک افراد را به تفکیک گروه

گروه	درمان شناختی رفتاری ...	رفتاردرمانی دیالکتیکی	کنترل
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنس			
زن	۱۰ (۶۶/۷)	۹ (۶۰/۰)	۹ (۶۰/۰)
مرد	۵ (۳۳/۳)	۶ (۴۰/۰)	۶ (۴۰/۰)
سن (سال)			
۳۵ و کمتر	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰/۰)	۱ (۶/۷)
۳۶ تا ۴۵	۷ (۴۶/۷)	۸ (۵۳/۳)	۱۱ (۷۳/۳)
بیشتر از ۴۵	۶ (۴۰/۰)	۴ (۲۶/۷)	۳ (۲۰/۰)
تحصیلات			
دیپلم و فوق دیپلم	۱۳ (۸۶/۷)	۱۳ (۸۶/۷)	۱۲ (۸۰/۰)
لیسانس	۱ (۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)
بالاتر از لیسانس	۱ (۶/۷)	۰ (۰/۰)	۱ (۶/۷)

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

نتایج مندرج در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که در هر سه گروه، بیشترین فراوانی در گروه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال بود (گروه کنترل، ۷۳/۳ درصد؛ گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه گروهی، ۴۶/۷ درصد؛ و گروه رفتار درمانی دیالکتیکی، ۵۳/۳ درصد). به لحاظ تحصیلات، در هر سه گروه، بیشترین فراوانی مربوط به گروه تحصیلی دیپلم و فوق دیپلم بود (گروه کنترل، ۸۰ درصد؛ گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه گروهی، ۸۶/۷ درصد؛ و گروه رفتار درمانی دیالکتیکی، ۸۶/۷ درصد). به لحاظ جنسیت، در هر سه گروه، بیشترین فراوانی مربوط به زنان بود (گروه کنترل، ۶۰ درصد؛ گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه گروهی، ۶۶/۷ درصد؛ و گروه رفتار درمانی دیالکتیکی، ۶۰ درصد).

برای بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون از مقدار F تعاملی بین پیش‌آزمون و مستقل در دو گروه استفاده شد. چنانچه سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ باشد فرضیه همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته می‌شود. سطح معناداری به‌دست‌آمده متغیرکیفیت زندگی برابر ۰۰۰/۰ بود، بنابراین، فرضیه همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته نمی‌شود. به منظور تعیین اثر گروه و یافتن محل اختلاف بین میانگین‌ها در سه گروه مورد نظر از آزمون تعقیبی بون‌فرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول شماره ۲: آزمون تعقیبی بون‌فرونی برای تعیین اثرات بین گروهی بر متغیرهای وابسته

متغیر وابسته			تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
افسردگی					
	درمان شناختی رفتاری ...	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۲/۷۶۱	۱/۳۵۰	۰/۱۴۲
	درمان شناختی رفتاری ...	کنترل	-۳۶/۳۴۷	۱/۲۹۴	≤۰/۰۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	کنترل	-۳۹/۱۰۸	۱/۴۲۳	≤۰/۰۰۰۱
اضطراب					
	درمان شناختی رفتاری ...	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۰/۱۲۱	۱/۴۵۵	۱/۰۰
	درمان شناختی رفتاری ...	کنترل	-۳۰/۸۶۵	۱/۳۹۴	≤۰/۰۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	کنترل	-۳۰/۹۸۷	۱/۵۳۳	≤۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی					
	درمان شناختی رفتاری ...	رفتاردرمانی دیالکتیکی	۱/۲۰۷	۱/۵۷۱	۱/۰۰
	درمان شناختی رفتاری ...	کنترل	۵۳/۲۲۰	۱/۶۰۶	≤۰/۰۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	کنترل	۵۲/۰۱۴	۱/۵۸۵	≤۰/۰۰۰۱
فشار خون سیستولیک					
	درمان شناختی رفتاری ...	رفتاردرمانی دیالکتیکی	-۱/۲۰۲	۱/۵۱۶	۱/۰۰
	درمان شناختی رفتاری ...	کنترل	-۶/۴۲۵	۱/۴۹۶	≤۰/۰۰۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	کنترل	-۵/۲۲۳	۱/۴۳۷	۰/۰۰۲
فشار خون دیاستولیک					
	درمان شناختی رفتاری ...	رفتاردرمانی دیالکتیکی	-۱/۶۴۸	۱/۷۴۰	۱/۰۰
	درمان شناختی رفتاری ...	کنترل	-۵/۳۷۲	۱/۷۱۸	۰/۰۱
	رفتاردرمانی دیالکتیکی	کنترل	-۳/۷۲۵	۱/۶۵۰	۰/۰۸۹

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

بحث

مقایسه تغییرات گروه شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه و گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی با گروه کنترل نشان‌دهنده معنادار بودن تفاوت است. در مقایسه نتایج پژوهش‌های پیشین و نتایج حاصل از فرضیه‌های پژوهش حاضر می‌توان به تحقیقات بهرامی و همکاران (۱۴۰۰) درباره تاثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی در خانواده‌های بازساختاریافته اشره کرد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروه آزمون و کنترل در متغیر وابسته یعنی افسردگی، تفاوت معناداری را نشان داد. مقدمی طالمی و همکاران (۱۴۰۰) در بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر اضطراب کرونا و کیفیت روابط زناشویی در پرستاران به این نتیجه رسیدند که این پروتکل درمانی بر کیفیت روابط زناشویی و اضطراب کرونا تاثیر معنی‌داری دارد. از این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت آموزش‌های شناختی رفتاری شامل افزایش آگاهی جنسی و مهارت‌های جنسی، آرمیدگی خیال‌پردازی و رضایت زناشویی (با تاثیرات مثبت متقابل روی همسر به ویژه در زمینه ارتباط زناشویی) را تحت تاثیر قرار می‌دهد و همچنین، با این آموزش‌ها می‌توان از اضطراب ناشی از این اپیدمی جلوگیری نمود. در راستای تبیین نتایج حاصل از این پژوهش باید گفت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه در اصل برای غلبه بر افسردگی، هراس‌ها، اضطراب، خشم، و مسائل ارتباطی طراحی شده و همواره موفقیت‌آمیز بوده است (لینهن، ۱۹۹۳). پژوهش‌ها نیز نشان از تاثیر رفتاردرمانی شناختی برخلق و هیجان دارد (لینهن، ۱۹۹۳) و پژوهشی که تأثیر این درمان بر اختلالات روان را نفی کند یافت نشد. از سوی دیگر، رفتاردرمانی دیالکتیکی تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری شناختی است و در افرادی که باهیجانات خارج از کنترل و همچنین، مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم، بی‌ثباتی عاطفی و تحریک‌پذیری مواجه هستند کاربرد دارد، و متخصصان به درمانجو در درک رفتارهای مختل‌کننده به عنوان رفتار اکتسابی برای حل مشکل کمک می‌کنند (لینهن، ۲۰۰۸).

نتایج مطالعه نشان داد که تغییرات نمره میانگین کیفیت زندگی سه گروه در طول مطالعه با یکدیگر متفاوت بود، در نتیجه، به طور کلی می‌توان گفت که در دو گروه شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه و درمان دیالکتیکی، تاثیر درمانی بر متغیر کیفیت زندگی رخ داده است. در مقایسه پژوهش‌های پیشین می‌توان به تحقیق علیزاده و علیزاده (۱۴۰۰) درباره بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران با کمردرد اشاره کرد که این مداخله باعث افزایش سلامت روان (سلامت جسمی و روانی) و بهبود کیفیت زندگی این بیماران شد. رحمانی و امیدی (۱۳۹۸) درباره تاثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن و اختلال پرخوری گزارش دادند که از لحاظ متغیر کیفیت زندگی، بین گروه مداخله و گروه کنترل در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری یافت شد. در راستای تبیین نتایج حاصل از این پژوهش باید گفت در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه از طریق روش‌های شناختی و الگوشکنی رفتار می‌توان سبک زندگی فرد و کیفیت زندگی وی را بهبود بخشید. با توجه به اینکه افکار نادرست اغلب مشکلاتی در سبک زندگی و کیفیت زندگی ایجاد می‌کنند، تغییر در چرخه افکار این افراد به نحوی می‌تواند تغییر در قالب گشودگی به تجربه را نیز سبب شود. در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه بر روش‌های شناختی تاکید ویژه‌ای می‌شود. فرد با شناخت چرخه درمان شناختی رفتاری یاد می‌گیرد چگونه خطاهای شناختی را تغییر دهد. از طرفی، مهارت‌های ذهن‌آگاهانه باعث افزایش خودآگاهی می‌شود و افراد از افکار، تکانه‌ها و هیجانات خود آگاه می‌شوند و رفته‌رفته می‌آموزند که آنها را مؤثرتر مدیریت کنند (مک‌نالی، ۲۰۱۹).

بر اساس نتایج این پژوهش، هر دو مداخله درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه و درمان دیالکتیکی بر متغیر فشارخون تاثیر داشتند. در راستای تبیین نتایج حاصل از این پژوهش باید گفت عنصر رفتاری درمان دیالکتیکی برای پرفشاری خون می‌تواند بر عادی کردن الگوهای فرد تمرکز داشته باشد. همچنین، برنامه‌ریزی آموزش تغذیه، کنترل استرس‌ها و ... چرخه‌های پرفشاری خون را در بر می‌گیرد. عنصر شناختی این درمان از طریق مقابله با افکار ناکارآمد منجر به تغییر شناخت‌ها و رفتارها در فرد می‌شود. ارائه اطلاعات مبتنی بر واقعیت بیمار را ترغیب می‌کند برای خودش مشخص کند که اتفاقات بد همیشه به از دست دادن کامل کنترل منجر نمی‌شود. مداخله درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه نقش موثری بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران می‌گذارد و از این رو، منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و توانایی سازگاری آنها با شرایط موجود می‌شود تا در نهایت بتوانند به زندگی عادی برگردند (الریک و همکاران، ۲۰۲۱).

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های تحقیقریال برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش فشار خون افراد مبتلا به پرفشاری خون بهتر است از روش گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه سود جست و برای کاهش نشانگان شناختی (افسردگی و اضطراب) افراد مبتلا به پرفشاری خون از روش گروه درمانی دیالکتیکی سود جست. پژوهش حاضر بر اساس یافته‌ها و دانش علمی موجود و با تاکید بر کارکردهای شناختی و به‌کارگیری روش‌های شناختی توانست افراد شرکت‌کننده را از اتخاذ یک روش و سبک فکری ناکارآمد رهایی بخشد و مهارت انتخاب سبک‌های مختلف فکری را به فرد ارائه دهد. نتایج پژوهش ممکن است به جوامع آماری دیگر قابل تعمیم نباشد، زیرا محدود به افراد مبتلا به پرفشاری خون است. توصیه می‌شود مراکز درمانی در کنار درمان‌های دارویی و بالینی از روش‌های درمانی گروهی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیاده‌روی ذهن‌آگاهانه نیز برای بهبود روند درمان بیماران مبتلا به پرفشاری خون بهره گیرند.

منابع فارسی

بهرامی، م. خیاطان، ف. فرهادی، ف. آقایی، ه. بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی کودکان در خانواده های بازسازی شده: یک مطالعه مقدماتی. ۱۴۰۰. مجله روانپزشکی، ۹(۲)، ۱۱-۱۹.

دلاور. ع . مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. ۱۳۹۳. تهران: انتشارات رشد.

رحمانی، م. امیدی، ع. اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن و اختلال پرخوری: یک کارآزمایی بالینی. ۲۰۱۸. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۸(۲)، ۱۳۳-۱۴۶.

رنجبرنوشری، ف. بشرپور، س. حجلونریمانی، م. مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت گرا و آموزش تلفیقی مهارت های هیجانی بر بهزیستی اجتماعی، عاطفی و روانی. ۱۳۹۷.مجله علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی، ۶(۲): ۲۱-۳۸.

زمانی، ن. حبیبی، م. درویشی، م. مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و گروه درمانی شناختی- رفتاری در کاهش افسردگی مادران کودکان دارای معلولیت. ۱۳۹۴. مجله دانشگاه اراک پزشکی (۱) ۱۸، ۳۲-۴۲.

سارمی، ام. داف، ای. درمان شناختی رفتاری: راهبردی برای مقابله با اضطراب ناشی از بیماری همه گیر.۲۰۲۱.

سرمد، ز. حجازی، ا. بازرگان، ع. روش تحقیق در علوم رفتاری. ۱۳۹۱. انتشارات آگاه.

عزیزی، ع. عباسی، م.ر. عبدلی، گ، ر. شیوع فشار خون و ارتباط آن با سن، جنس و شاخص توده بدنی در افراد بالای ۱۵ سال تحت پوشش آموزش پزشکی جامعه محور.۱۳۸۹. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران (۴) ۱۰-۳۲۹-۳۲۳.

علیزاده، ا. علیزاده، ا. بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شهر ایلام. ۱۴۰۰. اولین همایش ملی روان درمانی ایران، اردبیل.

مقدمی طالمی، م. برادران، م. رنجبرنوشری، ف. اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب کرونا و کیفیت روابط زناشویی در پرستاران. ۱۴۰۰. اولین همایش ملی روان درمانی ایران، اردبیل.

منابع انگلیسی

Agras, W. Stewart; Bohon, Cara ." Cognitive Behavioral Therapy for the Eating Disorders". Annual Review of Clinical Psychology.2021; 17 (1): 417–438.

Beck, A. T, & Weishaar, M. E. Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current Psychotherapies 2000; 241-272.

Bogucki, O. E. Craner, J. R. Berg, S. L. Miller, S. J. Wolsey, M. K. Smyth, K. T. Sawchuk, C. N Cognitive behavioral therapy for depressive disorders: Outcomes from a multi-state, multi-site primary care practice. Journal of Affective Disorders.2021; 294, 745-752.

Chapman, AL. "Dialectical behavior therapy: current indications and unique elements". Psychiatry (Edgmont). 2016; 3 (9): 62–8.

De Zwart PL, Jeronimus BF, de Jonge P . "Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse, and recurrence in depression: a systematic review". Epidemiology and Psychiatric Sciences.2019; 28 (5): 544–562.

Folk, J. Folk M . "Anxiety symptoms – Fear of dying". Anxiety Centre. Archived from the original.2021.

Getu, M. A. Chen, C. Panpan, W. Mboineki, J. F. Dhakal, K. Du, R. The effect of cognitive behavioral therapy on the quality of life of breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Quality of Life Research,2021; 30(2), 367-384.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

Harned, Melanie S.; Rizvi, Shireen L.; Linehan, Marsha M. "Impact of Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder on Suicidal Women With Borderline Personality Disorder". American Journal of Psychiatry.2010; 167 (10): 1210–1217.
Koons, C. R. DBT beyond Stage 1: An overview of Stages 2, 3, and 4. Science.2021; 325 (5938): 280–83.
Linehan M. Dialectical Behavior therapy Frequently Asked Questions. USA (Seatle): Behavioral Tech, LLC. Accessed in www.behavioraltech.org.2008.
Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid-dependent women meeting.2002.
Linehan MM. Cognitive-behavior treatment of borderline personality disorder New York, USA: The Guilford Press.1993.
McNally, James W. Encyclopedia of the Life Course and Human Development (vol. 3 ed.). US: Macmillan Reference.2019; p. 317.
Min Kim, S., Stewart, R., Young Kim, S., et al.Thyroid stimulating Hormone, cognitive Impairment and Depression in an older Korean population, Korean Neuropsychiatric Association. 2010; 7.4.264.
O'Brien E . "Blood pressure measurement is changing!". Heart.2021; 85 (1): 3–5.
van der Krieke; et al. "Temporal Dynamics of Health and Well-Being: A Crowdsourcing Approach to Momentary Assessments and Automated Generation of Personalized Feedback". Psychosomatic Medicine.2016; 79 (2): 213–223.
Warlick, C. A. Poquiz, J. Huffman, J. M. DeLong, L. Moffitt-Carney, K. Leonard, J. Nelson, J. Effectiveness of a brief dialectical behavior therapy intensive-outpatient community health program. Psychotherapy.2021.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]

Original Article

The effect of the cognitive behavioral group therapy based on mindful walking with the dialectical behavior therapy on psychological symptoms, quality of life and blood pressure in people with hypertension

Safoora Asefmehr[1], PhD Candidate
*** Abdolmajid Bahranian[2], PhD**
Fatima shahabizadeh[3], PhD

Abstract

Aim. The present study was conducted with the aim of comparing the effect of the cognitive behavioral group therapy based on mindful walking with the dialectical behavior therapy on psychological symptoms, quality of life and blood pressure in people with hypertension.

Background. High blood pressure can cause kidney failure and eye problems. High blood pressure is a health problem in industrialized and developing countries due to its high prevalence and association with cardiovascular diseases.

Method. The present study was conducted based on a semi-experimental pre-test post-test design with two experimental groups and one control group. Out of 87 volunteers, 45 patients were allocated to three groups based on random sampling. Data collection tools were the Beck Depression Questionnaires (1960), the Beck Anxiety Questionnaire (1990), and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire. Cognitive-behavioral group therapy based on the Leahy Group Conscious Mind Walk (2011) and Dialectical Behavior therapy (Linehan, 1993) were implemented as interventions. Data were collected and analyzed in SPSS version 22 using descriptive and inferential statistics.

Findings. The results indicated a statistically significant difference of the effects of the two interventions with control group in terms of depression, anxiety, quality of life, and blood pressure ($P \leq 0.0001$). Also, the cognitive behavioral group therapy based on mindful walking had a greater effect on the quality of life and blood pressure of hypertensive patients compared with the dialectical behavior therapy.

Conclusion. To improve the quality of life and reduce the blood pressure of hypertensive patients, it is better to benefit from the cognitive behavioral group therapy based on mindful walking and to reduce the cognitive symptoms (depression and anxiety) of hypertensive patients, dialectical behavior therapy is beneficial.

Keywords: Cognitive behavioral group therapy, Mindful walking, Dialectical behavior therapy, depression, Anxiety, Quality of life, Hypertension

1 PhD Candidate of Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
2 Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
3 Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-27]