



Effectiveness of “Mindfulness Group Therapy” on Resilience and Quality of Life of Patients with Hypertension

Atieh Ghasemi¹, Farahnaz Meschi^{2*}, Abbas Salehi Omran³, Sheida Sodagar⁴,
Biuk Tajeri⁵

1- Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2- Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran/ Clinical Care and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3- Department of Medicine, Tehran Heart Center, University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran/ Clinical Care and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

5-Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran/ Clinical Care and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Corresponding author: Farahnaz Meschi, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran/ Clinical Care and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email: fa_meschi@yahoo.com.

Received: 9 Feb 2023

Accepted: 20 June 2023

Abstract

Introduction: It is important to provide psychological treatments to improve the resilience and quality of life of patients with hypertension. The aim of the present study is to determine the effectiveness of "Mindfulness Group Therapy" on resilience and quality of life in patients with hypertension.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up plan with a control group. The statistical population included men and women who referred to Atiyeh Hospital in Tehran with complaints of high blood pressure in the fall and winter of 2022, and 30 of them were selected by convenience sampling and randomly assigned to the intervention group and control group. Research instruments include demographic questionnaire, "Connor-Davidson Resilience Scale", "World Health Organization Quality of Life Questionnaire" and "Mercury Sphygmomanometer". The content validity of the instruments was measured by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient and the reliability of "Mercury Sphygmomanometer" by retest method with a time interval of 3 measurements on patients with high blood pressure. After conducting 10 sessions of “Mindfulness Group Therapy” for the intervention group, the data were analyzed in SPSS. 24.

Results: "Mindfulness Group Therapy" was effective on resilience, quality of life and hypertension in the intervention group ($P=0.001$). The effect of time on resilience, quality of life and hypertension was effective compared to the pre-test stage ($P=0.001$).

Conclusions: "Mindfulness Group Therapy" was effective in increasing resilience and quality of life and reducing blood pressure in patients with hypertension. It is suggested that in order to increase resilience and quality of life and reduce blood pressure of hypertensive patients, "Mindfulness Group Therapy" courses should be held for patients along with drug treatments.

Keywords: High Blood Pressure, Resilience, Mindfulness, Quality of Life.



اثربخشی «درمان گروهی ذهن آگاهی» بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و پرفشاری خون بیماران مبتلا به پرفشاری خون

عطیه قاسمی^۱، فرحناز مسچی^{۲*}، عباس صالحی عمران^۳، شیدا سوداگر^۴، بیوک تاجری^۵

- ۱- گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
 ۲- گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران / مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
 ۳- گروه پزشکی، مرکز قلب تهران، دانشگاه علوم پزشکی، تهران، ایران.
 ۴- گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران / مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
 ۵- گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران / مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

نویسنده مسئول: فرحناز مسچی، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران / مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
 ایمیل: fa_meschi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰

چکیده

مقدمه: درمان‌های روانشناختی جهت ارتقای تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون حائز اهمیت است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی "درمان گروهی ذهن آگاهی" بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و پرفشاری خون در بیماران مبتلا به پرفشاری خون می‌باشد.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل زنان و مردان مراجعه‌کننده به بیمارستان آتیه تهران با شکایت پرفشاری خون در فصل پاییز و زمستان سال ۱۴۰۱ بودند که از میان آن‌ها ۳۰ تن به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه مداخله و گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی، "مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون" (Connor-Davidson Resilience Scale)، "پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت" (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) و "فشارسنج جیوه ای" (mercury sphygmomanometer) بود. روایی محتوای ابزارها به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و پایایی "فشارسنج جیوه ای" به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ بار اندازه‌گیری بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون اندازه‌گیری شد. پس از اجرای ۱۰ جلسه "درمان گروهی ذهن آگاهی" برای گروه مداخله، داده‌ها در نرم افزار اسپس اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: "درمان گروهی ذهن آگاهی" بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و پرفشاری خون در گروه مداخله اثرگذار بود ($P=0/001$). اثر زمان بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و پرفشاری خون نسبت به مرحله پیش‌آزمون اثرگذار بود ($P=0/001$). **نتیجه‌گیری:** "درمان گروهی ذهن آگاهی" در افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی و کاهش فشارخون بیماران مبتلا به پرفشاری خون اثربخش بود. پیشنهاد می‌شود که در جهت افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی و کاهش فشارخون بیماران مبتلا به پرفشاری خون، دوره‌های "درمان گروهی ذهن آگاهی" برای بیماران در کنار درمان‌های دارویی برگزار شود. **کلیدواژه‌ها:** پرفشاری خون، تاب‌آوری، ذهن آگاهی، کیفیت زندگی.

مقدمه

پرفشاری خون (hypertension) بیماری مزمنی است که بر اثر پرفشاری خون بالا در شریان‌ها به وجود می‌آید (۱). پرفشاری خون با فشار بیش از حد ۱۴۰/۹۰ mmHg2 مشخص شده است. پرفشاری خون با توجه به این که دلیل پزشکی برای آن وجود دارد یا ندارد به ۲ دسته پرفشاری اولیه و ثانویه تقسیم شده است و حدود ۹۰ درصد از موارد در دسته پرفشاری خون اولیه قرار می‌گیرند (۲). تقریباً ۵۰ درصد افراد مبتلا از بیماری خود مطلع نیستند و بسیاری از بیماران به صورت تصادفی از پرفشاری خون خود با خبر می‌شوند. بسیاری از بیماران مبتلا به پرفشاری خون، بیماری خود را کنترل نمی‌کنند (۱). پرفشاری خون یک علامت مهم کارکرد سیستم قلبی عروقی، کلیوی و مغزی و پایه بسیاری از تصمیمات مهم پزشکی است. اندازه‌گیری فشاری خون، شاخص مهمی برای آگاهی از وضعیت سلامتی علی‌رغم سن، نژاد و جنس بیمار است و پایین بودن یا بالا بودن بیش از حد آن می‌تواند مشکلات خطرناکی مانند بیماری‌های قلبی-عروقی، کلیوی، مغزی و حتی مرگ شود (۳). فشار خون بالا به علت عوارض و مرگ بالا یک مشکل عمده بهداشتی محسوب می‌شود که کیفیت زندگی (quality of life) فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۴).

کیفیت زندگی درک فرد از موقعیت زندگی شخصی، فرهنگ و نظام ارزشی است که در آن، زندگی می‌کند. کیفیت زندگی مفهومی، چندبعدی است که ابعاد آن شامل: ۴ بعد جسمانی، روانی، اجتماعی، ادراکات کلی از عملکرد و احساس بهتر بودن بیان می‌شود (۵). بیماری فشارخون اولیه به مرور زمان به خاطر محدودیت‌هایی روانی-جسمی و اجتماعی که می‌گذارد، عملکردهای مختلف فرد را از جمله عملکرد شغلی، اجتماعی، تحت تاثیر قرار می‌دهد و موجب تغییر در خلق، رفتار، کردار و بینش بیماران می‌شود. ترس از مرگ، همراه با محدودیت‌های که بیماری ایجاد می‌کند، باعث ایجاد بیماری پرفشاری خون و در نتیجه پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران می‌شود و این تغییرات نهایتاً منجر به عدم تعادل در برخی شاخص‌های فیزیولوژیک می‌شود که مطمئناً این تاثیرات متقابل خواهد بود. به دلیل عدم توجه افراد به این بیماری‌ها و تأخیر در تشخیص به موقع، عوارض ناشی از آن از جمله مشکلات روانشناختی، جسمی و اجتماعی تشدید می‌شود. این وضعیت، مشکلاتی عمده‌ای

مانند: بی‌نظمی شدید و بالا رفتن ضربان قلب و افزایش پرفشاری خون را برای بیماران ایجاد می‌کند (۶). تاب‌آوری (resilience) که در واقع نوعی توانایی سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدیدکننده است (۷)، یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر وضعیت جسمانی و روانی بیماران مبتلا به پرفشاری خون است (۸). ابتلا به بیماری مزمنی که تمام ابعاد زندگی فرد را متأثر می‌سازد، می‌تواند به عنوان یک سانحه در نظر گرفته شود که مستلزم تاب‌آوری است (۹). تاب‌آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود و فراتر از جان سالم به در بردن از تنش و ناملازمات زندگی است (۱۰). تاب‌آوری یک صفت شخصیتی مهم و راهبردی است؛ زیرا فرد دارای تاب‌آوری، چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر است و خود را مطابق تغییرات محیطی، وفق می‌دهد و بعد از برطرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود باز می‌گردد. بنابراین، تاب‌آوری نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی در شرایط تنش‌زا و تحت فشار دارد (۱۱).

روانشناسی مثبت‌گرا، به این نتیجه رسیده که عوامل متعددی در افزایش تاب‌آوری افراد در برابر تنش‌زاهای مؤثر است (۱۲). به عنوان مثال، ذهن آگاهی (mindfulness)، در رشد توانمندی‌های مثبتی چون تاب‌آوری می‌تواند مؤثر واقع شود. ذهن آگاهی، آگاهی از لحظه حاضر و بدون قضاوت است. روانشناسی بالینی و روانپزشکی از دهه ۱۹۷۰ چندین روش «درمان گروهی ذهن آگاهی» برای کمک به افرادی که شرایط مختلف روانی را تجربه می‌کنند، ارائه داده است (۱۳). ذهن آگاهی، آگاهی از لحظه حاضر و بدون قضاوت است. این آگاهی به محیط اطراف، افکار و احساسات شخص منتهی می‌شود، بدون اینکه هیچ چیز را تثبیت کند یا این که آن را خوب یا بد تلقی کند. بنابراین، ذهن آگاهی تنظیم ارزیابی‌های شناختی و مشاهده عینی تجربیات را نیز به همراه دارد (۱۴). ذهن آگاهی، آگاهی روشن شخص نسبت به آنچه که در درون و در تعامل با محیط بیرون در لحظات متوالی ادراک رخ می‌دهد است که می‌تواند به رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادات و الگوهای رفتاری ناسالم کمک نماید. از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتار ایفا می‌کند (۱۵). با کمک گرفتن از ذهن آگاهی می‌توان به افراد اجازه داد در زمان حال مسائل را درک و بدون هیچ‌گونه پیش‌داوری یا حتی قضاوتی به آن‌ها بپردازند و با اصلاح دیروز، لذت بردن از امروز و

عطیه قاسمی و همکاران

موثر برای افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان می‌باشد (۲۳). نتایج حاصل از پژوهش Antonini Philippe و همکاران (۲۴) نشان داد که «درمان گروهی ذهن آگاهی» سطوح تاب‌آوری تمرین‌کنندگان را تقویت می‌کند و نشان می‌دهد که درمان فوق‌روشی برای مقابله با ناملایمات در طول یک رویداد بالقوه آسیب‌زا محسوب می‌شود.

علاوه بر این، پژوهش‌های متعددی نشان داده درمان‌های روانشناختی مانند «درمان گروهی ذهن آگاهی» در کاهش پرفشاری خون به درجات مختلف مؤثر واقع شود. خسروی و قربانی (۲۵) «درمان گروهی ذهن آگاهی» می‌تواند در بهبود عوامل روانشناختی این اختلال کمک‌کننده بوده و متقابلاً باعث کاهش پرفشاری خون بیماران شده و به عنوان مکمل دارودرمانی مورد استفاده قرار گیرد. نتایج پژوهش رنجبران و همکاران (۲۶) نشان‌دهنده اثربخشی «درمان گروهی ذهن آگاهی» بر بهبود سرزندگی، بهزیستی روانشناختی و پرفشاری خون بود. کلاهی و همکاران (۲۷) نشان دادند که درمان «درمان گروهی ذهن آگاهی» بر کاهش اضطراب پنهان و آشکار و پرفشاری خون بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی مؤثر است.

شناخت ماهیت و عوامل اثرگذار بر بیماری پرفشاری خون اساسی و به‌طور ویژه نقش عوامل روانشناختی نظیر تاب‌آوری در ابتلا و تداوم پرفشاری خون از اهمیت خاصی برخوردار است، زیرا که می‌توان با ارتقای تاب‌آوری در این مبتلایان، آن‌ها را در مقابله با موقعیت‌های فشارزای زندگی تجهیز کرد تا در صورت مواجهه با تنش‌زاهای زندگی دچار افزایش پرفشاری خون نشوند و کیفیت زندگی خود را از دست ندهند (۲۸). از این رو، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی «درمان گروهی ذهن آگاهی» بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و فشار خون در بیماران مبتلا به پرفشاری خون می‌باشد.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل زنان و مردان مراجعه‌کننده به بیمارستان آتیه تهران با شکایت پرفشاری خون در فصل پاییز و زمستان سال ۱۴۰۱ بودند که از میان آن‌ها ۳۰ تن به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه مداخله و گروه کنترل قرار گرفتند. با

مدیریت‌کردن فردا، به بهبود شرایط امید داشته باشند. درحقیقت، آموزش ذهن‌آگاهی علاوه بر ایجاد تعادل زمانی، به فرد در رسیدن به خودآگاهی و تاب‌آوری کمک می‌کند. تاب‌آوری از طریق پردازش مهارت‌های شناختی، انگیزشی و عاطفی که عهده‌دار انتقال دانش و توانایی‌ها به رفتار ماهرانه‌است، فعال شده و در نهایت موجب بهبود کیفیت زندگی فرد می‌شود (۱۳).

برخی از پژوهش‌ها به اثربخشی «درمان گروهی ذهن آگاهی» بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری در جمعیت‌های مختلف اشاره داشته‌اند. به عنوان مثال، زمردی و رسول زاده طباطبایی (۱۶) از نتایج مطالعه خود چنین نتیجه گرفتند که «درمان گروهی ذهن آگاهی» بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌تنی مانند سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر است. صدقی و چراغی (۱۷) عنوان داشتند که «درمان گروهی ذهن آگاهی» از طریق پذیرش و تجربه هیجان‌ها، ایجاد خودآگاهی و اجتناب از الگوی تفکر خودکار، باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری می‌گردد و می‌تواند به‌عنوان آموزشی در راستای توان‌بخشی و ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها به کار گرفته شود. Innes و همکاران (۱۸) در نتایج مطالعه خود نشان دادند که «درمان گروهی ذهن آگاهی» موجب کاهش تنش، بهبود خلق، بهزیستی، کیفیت خواب و کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود. بعلاوه، نتایج حاصل از پژوهش Trombka و همکاران (۱۹) نشان داد «درمان گروهی ذهن آگاهی» سبب بهبود کیفیت زندگی و علائم افسردگی و اضطراب در افسران پلیس شده است. در پژوهشی که De Frias & Whyne (۲۰) انجام دادند، نتایج نشان داد افرادی که ذهن‌آگاهی بالاتری داشتند، سلامت هیجانی بیشتری که یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی روانشناختی است را در سال‌های بعدی زندگی خود تجربه می‌کردند. بعلاوه، «درمان گروهی ذهن آگاهی»، باعث کاهش تنش، کاهش افکار خودآیند منفی و بهبود کیفیت خواب در بیماران مبتلا به پرفشاری خون و لذا موجب ارتقاء سلامت روانشناختی در این بیماران می‌شود (۲۱).

ناصری گرگون و همکاران (۲۲) از مطالعه خود نتیجه گرفتند که «درمان گروهی ذهن آگاهی» با تأکید بر روش‌های آرام‌سازی مثل مراقبه می‌تواند روشی کارآمد در بهبود تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی باشد که در نهایت منجر به افزایش انطباق بیماران می‌گردد. بعلاوه، «درمان گروهی ذهن آگاهی» مداخله‌ای

روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق، ۰/۸۹ گزارش کردند. Gonzalez و همکاران (۳۱) روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس تاب آوری کانر دیویدسون» روی ۴۰۵ تن ورزشکار آمریکایی را با «مقیاس اضطراب ورزش» (Sport Anxiety Scale) بررسی و برابر با ۰/۲۷ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق، ۰/۸۷ گزارش کردند.

کیهانی و همکاران (۳۲) روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس تاب آوری کانر دیویدسون» روی ۵۰۰ تن دانشجوی دختر پرستاری مقطع کارشناسی از دانشگاه‌های دولتی علوم پزشکی کرمانشاه و همدان با «مقیاس خودکارآمدی عمومی» (Generalized Self-Efficacy Scale) بررسی و برابر با ۰/۲۲ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه فوق را ۰/۷۱ گزارش کردند. حسینی و همکاران (۳۳) روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس تاب آوری کانر دیویدسون» در نمونه ای شامل ۳۶۱ تن ایرانی با «مقیاس تاب‌آوری شناختی» بررسی و برابر با ۰/۷۹ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق را ۰/۸۶ گزارش کردند.

«پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت» (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۸ در بریتانیا ساخته شد. این ابزار شامل ۲۶ عبارت است که ۴ مؤلفه سلامت جسمانی (physical health) با عبارت های ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸، سلامت روانی (psychological health) با عبارت های ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶، روابط اجتماعی (social relationships) با عبارت های ۲۰، ۲۱ و ۲۲ و سلامت محیطی (environment health) با عبارت های ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵ و کیفیت زندگی عمومی را با عبارت های ۱ و ۲ در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از اصلاً=۱ تا به شدت=۵ مورد ارزیابی قرار می دهد. در این ابزار حداقل نمره ۲۶ و حداکثر نمره ۱۳۰ است. نمره بالاتر در این ابزار به معنای کیفیت زندگی بیشتر است. نمره بین صفر تا ۳۳/۳ بیانگر سطح کیفیت زندگی ضعیف، ۳۳/۴ تا ۶۶/۶ سطح کیفیت متوسط و ۶۶/۷ تا ۱۰۰ سطح کیفیت بالا است (۳۴). در مطالعه سازمان جهانی بهداشت (۳۴) روایی سازه به روش روایی همگرا «پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت» در نمونه ای شامل ۳۰۰ تن زن و مرد از مرکز ۱۵ کشور، را با «پرسشنامه کیفیت زندگی» (Quality of Life

مراجعه به جدول Cohen، با توجه به تعداد گروه ها $u=2$ ، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۰/۸ و اندازه اثر ۰/۴ تعداد نمونه معادل ۱۲ تن برای هر گروه بدست آمد (۲۹) که با در نظر گرفتن ۲۰٪ احتمال ریزش، ۱۵ تن برای هر گروه تعیین شد.

معیارهای ورود به پژوهش حاضر شامل ابتلاء به بیماری پرفشاری خون (پرفشاری خون سیستمیک ۱۴۰ میلی لیتر جیوه و بالاتر و همچنین پرفشاری خون دیاستولیک ۹۰ میلی لیتر جیوه و بالاتر) که با دستگاه فشارسنج توسط پزشک اندازه گیری گردید و عدم ابتلاء به سایر بیماری های قلبی عروقی که با خود گزارشی بیمار بررسی شد، حداقل تحصیلات دیپلم، سن ۳۰ تا ۵۰ سال، گذشت ۱ تا ۱۰ سال از ابتلاء به بیماری پرفشاری خون، عدم تجربه رخدادهای تنش زا مانند طلاق و مرگ نزدیکان در ۳ ماه گذشته، عدم مصرف داروهای روانپزشکی مثل ضد اضطراب و ضدافسردگی، عدم سابقه دریافت «درمان گروهی ذهن آگاهی» و عدم استفاده از روش های درمانی دیگر به طور همزمان بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم همکاری یا همکاری کم در جلسات، غیبت بیشتر از ۲ جلسه، تاخیر بیشتر از ۳ جلسه و انصراف از ادامه همکاری بود.

به منظور جمع آوری اطلاعات از ابزارهایی به شرح زیر استفاده شد: پرسشنامه جمعیت شناختی که شامل جنس، سن، تحصیلات و طول مدت ابتلاء به پرفشاری خون بود.

«مقیاس تاب آوری کانر دیویدسون» (Connor-Davidson Resilience Scale) که توسط Connor & Davidson در سال ۲۰۰۳ در آمریکا ساخته شده شامل ۲۵ عبارت است که تاب آوری را به صورت کلی در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از همیشه درست=۴، اغلب درست=۳، گاهی درست=۲، به ندرت درست=۱ تا کاملاً نادرست= صفر مورد ارزیابی قرار می دهد. در این ابزار حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است. در این ابزار نمره صفر تا ۲۵ به معنای تاب آوری پایین، ۲۶ تا ۵۰ تاب آوری متوسط، ۵۱ تا ۷۵ تاب آوری بالا و ۷۶ تا ۱۰۰ تاب آوری خیلی بالا است. لذا نمره بالاتر در این ابزار به معنای تاب‌آوری بیشتر است (۳۰). Connor & Davidson (۳۰) روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس تاب آوری کانر دیویدسون» روی ۵۷۷ تن آمریکایی را با «مقیاس سخت رویی کوباسا» (Kobasa Hardiness Measure) بررسی و برابر با ۰/۸۳ و پایایی به

به پرفشاری خون است (۳۹). Tatliparmak & Yilmaz و همکاران (۴۰) روایی سازه به روش روایی همگرا «فشارسنج جیوه ای» روی ۵۰ تن داوطلب سالم در بخش اورژانس شهر استانبول را با «شنوایی سنجی فشارخون» (auscultatory blood pressure measurement) ۰/۳۲ تا ۰/۹۷ و ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ بار اندازه گیری ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ گزارش کردند. Yang و همکاران (۴۱) روایی سازه به روش روایی همگرا «فشارسنج جیوه ای» روی ۲۰۰۷ تن شهروند چینی را با «فشارسنج صفر تصادفی» (random zero sphygmomanometer) ۰/۸۵ و ۰/۹۰ و ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۶ هفته و با ۳ بار اندازه گیری، ۰/۸۸ را گزارش کردند.

حسینی و همکاران (۴۲) روایی سازه به روش روایی همگرا «فشارسنج جیوه ای» روی ۴۰۰ تن از مراجعه کنندگان ۳۰ تا ۶۰ ساله درمانگاه شهید مطهری مرودشت را با «شاخص توده بدنی» (Body Mass Index) در دامنه ای از ۰/۴۴ تا ۰/۵۸ و ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ بار اندازه گیری را ۰/۷۷ تا ۰/۷۸ گزارش کردند. احدی و همکاران (۴۳) روایی سازه به روش روایی همگرا «فشارسنج جیوه ای» را با «فشارسنج دیجیتالی» روی ۸۷ تن از بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به کلینیک قلب درمانگاه امام رضای شیراز برابر با ۰/۴۲ و ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ بار اندازه گیری را ۰/۶۷ گزارش کردند.

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس تاب آوری کانر دیویدسون» و «پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت» برای تمام عبارات ها مورد تأیید ۶ تن از مدرسین روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ «مقیاس تاب آوری کانر دیویدسون» و «پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت» بر روی ۳۰ تن بیماران مبتلا به پرفشاری خون به ترتیب برابر با ۰/۷۲ و ۰/۷۴ به دست آمد. پایایی «فشارسنج جیوه ای» به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳ بار اندازه گیری بر روی ۳۰ تن بیماران مبتلا به پرفشاری خون برای فشارخون ۰/۷۹ به دست آمد.

«درمان گروهی ذهن آگاهی» در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای براساس بسته مداخله ای Kabat-Zinn اجرا شد (۴۴). در ایران این روش در پژوهش توسط امید و همکاران (۴۵)

(Questionnaire) بررسی و نتایج در دامنه ای از ۰/۲۴ تا ۰/۶۷ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق را در دامنه ای از ۰/۶۵ تا ۰/۹۱ گزارش کردند.

در پژوهش Kalfoss و همکاران (۳۵) روایی سازه به روش روایی همگرا «پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت» روی ۳۰۰۰ تن زن و مرد در نروژ، را با «مقیاس مشارکت شغلی» (Work Engagement Scale) بررسی و در دامنه ای از ۰/۲۶ تا ۰/۳۷ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق را در دامنه ای از ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ گزارش کردند.

در پژوهش غفاری و شیرعلی (۳۶) روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی «پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت» (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) روی ۱۵۱۵ تن زن و مرد ساکن در شهر تهران بررسی و ساختار ۴ عاملی تأیید شد. ضریب ثبات به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ هفته برای نمونه فوق را در دامنه ای از ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ گزارش کردند. در پژوهش رصافیانی و همکاران (۳۷) روایی سازه به روش روایی همگرا «پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت» روی ۳۰۰ تن زن و مرد سالمند تهرانی، را با «پرسشنامه سلامت عمومی» (General Health Questionnaire) بررسی و ۰/۵۳ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق را در دامنه ای از ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کردند.

«فشارسنج جیوه ای» (mercury sphygmomanometer) فشارسنج جیوه ای وسیله پزشکی که توسط Torricelli در سال ۱۶۴۳ در ایتالیا ابداع شد (۳۸). به کمک فشارسنج جیوه ای می توان فشارخون را اندازه گیری کرد. دستگاه دارای یک ستون حاوی جیوه است که در حین فرآیند اندازه گیری فشارخون بیمار، حرکت جیوه در ستون فشارسنج جیوه ای، فشار خون فرد را نمایش خواهد داد. بدین طریق که بر روی ستون جیوه فشارسنج جیوه ای، اعدادی حک شده که فشارخون را از اعداد روی ستون فشارسنج جیوه ای می توان مشاهده کرد. عدد سیستول بین ۱۳۰ تا ۱۳۹ و دیاستول بین ۸۰ تا ۸۹، حاکی از پیش زمینه ابتلا به پرفشاری خون؛ عدد سیستول بین ۱۴۰ تا ۱۵۹ و دیاستول بین ۹۰ تا ۹۹ حاکی از ابتلای اولیه به پرفشاری خون و عدد سیستول بالاتر از ۱۶۰ و دیاستول بالاتر از ۱۰۰ حاکی از ابتلای شدید

بر تنفس و تمرین برگ‌های روی آب انجام شد. جلسه هشتم: در این جلسه فعالیت‌های روزانه خوشایند در برابر ناخوشایند، یادگیری برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های خوشایند و تمرین مراقبه عشق و مهربانی انجام شد. جلسه نهم: در این جلسه تمرین برگ‌های روی آب و تمرین مراقبه باز (اجازه ورود لحظه به لحظه هر چیزی به هشیاری) و بحث درباره بهترین راهکارهای مراقبت از خود انجام شد.

جلسه دهم: در این جلسه تمرین واریسی بدنی، بحث درباره مهارت‌های یادگرفته شده و جمع‌بندی مطالب جلسات قبل انجام شد.

نحوه اجرای پژوهش این گونه بود که پس از تصویب پروپوزال و دریافت معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، نویسنده اول به بیمارستان آتیه تهران مراجعه و پس از بیان هدف، اهمیت و ضرورت پژوهش برای مسئولان آن، همکاری آن‌ها جهت انجام پژوهش و در زمینه معرفی بیماران سرپایی مبتلا به بیماری پرفشاری خون جلب شد. پس از اعلام همکاری و رضایت آگاهانه شفاهی، پرسشنامه جمعیت شناختی برای آن‌ها به صورت «برخط» (online) ارسال شد.

سپس براساس پاسخ‌های افراد به پرسشنامه جمعیت شناختی معیارهای ورود و خروج بررسی شد و در نهایت ۳۰ تن انتخاب شدند.

لازم به ذکر است که برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت‌کننده‌ها این اطمینان خاطر داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن‌ها تا آخر محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آن‌ها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. پس از گمارش تصادفی شرکت‌کننده‌ها، در مرحله بعد، ابزارها به عنوان پیش‌آزمون بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در گروه مداخله و کنترل قبل از شروع مداخله به اجرا درآمد. سپس، افراد گروه مداخله تحت جلسات حضوری «درمان گروهی ذهن آگاهی» و دارودرمانی روتین قرار گرفتند که توسط نویسنده اول انجام شد و گروه کنترل تحت مداخله دارودرمانی روتین به تنهایی قرار گرفتند. در پایان مداخله نیز تمامی شرکت‌کننده‌های ۲ گروه، جهت پس‌آزمون و پس از گذشت ۱ ماه جهت پیگیری پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. کل مدت دوره ۳ ماه به طول انجامید. به جهت

در بیماران مبتلا به بیماری قلبی-عروقی استفاده و روایی آن مورد بررسی قرار گرفته است. در مطالعه حاضر، برای بررسی روایی محتوا جلسات به روش کیفی از نظر ۶ تن از مدرسین هیأت علمی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج استفاده شد که حاکی از روایی محتوا مطلوب جلسات بود.

محتوای هر جلسه به شرح زیر می‌باشد:

محتوای جلسات «درمان گروهی ذهن آگاهی»

جلسه اول: در این جلسه معارفه، بیان اهداف و قوانین جلسات، ارائه توضیحاتی درباره پرفشاری خون به‌عنوان یک بیماری روان‌تنی و تأثیرات روانشناختی آن بر فرد و خانواده صورت گرفت. در این جلسه همچنین، تمرین مراقبه با خوردن کشمش، بحث درباره افرادی که به شیوه ذهن ناآگاهانه زندگی می‌کنند و اغلب به آنچه انجام می‌دهند توجهی نمی‌کنند و تمرین متمرکز بر تنفس و واریسی بدن انجام گرفت.

جلسه دوم: در این جلسه تمرین واریسی بدن صورت گرفت و از شرکت‌کنندگان برای صحبت درباره تجربه‌های افراد از تمرین‌های مراقبه، بررسی موانع ذهن آگاهی و بحث درباره برخی ویژگی‌های ذهن آگاه مانند غیرقضاوتی بودن و رها کردن و تمرین افکار و احساسات و مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس دعوت به عمل آمد.

جلسه سوم: در این جلسه تمرین مراقبه دیدن یا شنیدن، مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس و حس‌های بدنی، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و تمرین حرکات آگاهانه بدن صورت گرفت.

جلسه چهارم: در این جلسه مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار (به اصطلاح مراقبه نشسته با ۴ مؤلفه اصلی)، بحث درباره تنش زها و واکنش‌های معمول افراد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و واکنش‌های جایگزین مثل راه رفتن آگاهانه صورت گرفت.

جلسه پنجم: در این جلسه تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار، بحث درباره ادعان و پذیرش واقعیت موقعیت حاضر همان‌طور که هست و تمرین سری دوم حرکات آگاهانه بدن صورت گرفت.

جلسه ششم: در این جلسه تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بحث درباره اینکه محتوای افکار ما اغلب واقعی نیستند، انجام شد.

جلسه هفتم: در این جلسه تمرین مراقبه نشسته و متمرکز

عطیه قاسمی و همکاران

«آزمون شاپیرو- ویلک» (Shapiro-Wilk test)، آزمون لوین (Levene's test) و «آزمون کرویت موخلی» و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها

رعایت اصول اخلاقی گروه کنترل نیز از مداخله پس از پایان مطالعه بهره مند شدند. در پژوهش حاضر جهت توصیف داده ها از میانگین و انحراف معیار و تحلیل داده ها از روش های آماری «تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر» (Analysis of variance with repeated measures design) و «آماره فیشر» (Fisher's statistic) و برای آزمون پیش فرض های آزمون از

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کننده های پژوهش

متغیر	"درمان گروهی ذهن آگاهی"		کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	۱۰	۶۶/۶۷	۱۰	۶۶/۶۷
زن	۵	۳۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳
مرد	طبقه سنی			
۳۵-۳۰	۶	۴۰	۴	۲۶/۶۷
۴۰-۳۶	۴	۲۶/۶۷	۶	۴۰
۴۵-۴۱	۳	۲۰	۲	۱۳/۳۳
۵۰-۴۶	۲	۱۳/۳۳	۳	۲۰
تحصیلات				
دیپلم و زیردیپلم	۱	۶/۶۷	۱	۶/۶۷
کاردانی و کارشناسی	۹	۶۰	۹	۶۰
بالتر از کارشناسی	۵	۳۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳

جدول ۱ جنسیت، طبقه سنی و تحصیلات شرکت کننده های پژوهش حاضر را در گروه «درمان گروهی ذهن آگاهی» و کنترل نشان می دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار و آزمون شاپیرو- ویلک مربوط به تاب آوری و کیفیت زندگی و فشار خون در گروه «درمان گروهی ذهن آگاهی» و گروه کنترل در ۳ مرحله پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		معناداری آماره شاپیرو- ویلک	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	پس آزمون	پیگیری
تاب آوری	درمان گروهی ذهن آگاهی	۳۵/۵۳	۴/۸۲	۴۲/۹۳	۴/۶۵	۴۳/۰۰	۴/۸۲	۰/۳۷۹	۰/۳۹۳
	کنترل	۳۴/۹۳	۴/۹۹	۳۴/۶۰	۴/۳۳	۳۴/۴۰	۳/۷۷	۰/۰۵۹	۰/۱۰۴
کیفیت زندگی	درمان گروهی ذهن آگاهی	۳۵/۴۶	۲/۸۷	۴۳/۷۳	۴/۳۵	۴۴/۷۳	۳/۹۱	۰/۰۷۱	۰/۷۷۰
	کنترل	۳۴/۰۰	۳/۷۶	۳۴/۰۰	۳/۶۶	۳۳/۴۰	۲/۶۴	۰/۱۹۶	۰/۰۵۱
فشار خون	درمان گروهی ذهن آگاهی	۱۰۲/۷۳	۶/۳۵	۷۴/۳۳	۳/۴۳	۷۲/۶۶	۳/۱۳	۰/۲۳۵	۰/۰۵۵
	کنترل	۱۰۱/۴۰	۶/۸۴	۸۵/۷۳	۴/۸۹	۸۴/۳۳	۴/۱۳	۰/۳۰۰	۰/۱۳۴

جدول ۲ نشان می دهد که میانگین متغیرهای تاب آوری، کیفیت زندگی و فشارخون در گروه مداخله در پس آزمون و پیگیری متفاوت شده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثرات گروه و زمان و اثر متقابل زمان*گروه برای متغیر تاب‌آوری نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثرات درون‌گروهی، بین‌گروهی و تعاملی برای متغیر تاب‌آوری و «درمان گروهی ذهن آگاهی»

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذورات انا
تاب‌آوری	زمان	۲۴۵/۰۶	۱/۶۷	۱۴۶/۰۸	۱۲۷/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲۰
	زمان*گروهها	۳۰۹/۶۸	۱/۶۷	۱۸۴/۶۰	۱۶۰/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۵۲
کیفیت زندگی	گروه	۷۶۸/۵۴	۱	۷۶۸/۵۴	۱۲/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰
	زمان	۳۵۹/۰۲	۱/۳۶	۱۷۹/۵۱	۷۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳۸
فشارخون	زمان*گروهها	۴۲۰/۶۲	۱/۳۶	۳۰۷/۸۵	۹۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶۷
	گروه	۱۲۶۹/۳۷	۱	۱۲۶۹/۳۷	۳۴/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۰
	زمان	۱۰۴۳۲/۰۶	۱/۲۷	۸۱۸۸/۱۱	۳۰۹/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۹۱۷
	زمان*گروهها	۸۲۸/۰۲	۱/۲۷	۶۴۹/۹۱	۲۴/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶۷
	گروه	۱۱۸۰/۸۴	۱	۱۱۸۰/۸۴	۲۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۰۶

جدول ۳ نشان می‌دهد «درمان گروهی ذهن آگاهی» بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و فشارخون در گروه مداخله اثرگذار بود ($P=0/001$). اثر زمان بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و فشارخون نسبت به مرحله پیش‌آزمون اثرگذار بود ($P=0/001$).

جدول ۴: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین‌های اثر زمان

تفاوت زمان‌ها	تفاوت میانگین‌ها	مقدار احتمال
پس آزمون	-۳/۵۳	۰/۰۰۱
پیش آزمون	-۳/۴۶	۰/۰۰۱
پس آزمون	۰/۰۶۷	۱/۰۰۰
پیش آزمون	-۴/۱۳	۰/۰۰۱
پیش آزمون	-۴/۳۳	۰/۰۰۱
پس آزمون	-۰/۲۰۰	۱/۰۰۰
پیش آزمون	۲۲/۰۳	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۲۳/۵۶	۰/۰۰۱
پس آزمون	۱/۵۳	۰/۰۲۱

جدول ۴ نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌ها در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری برای متغیرهای تاب‌آوری، کیفیت زندگی و فشارخون، نشان‌دهنده تأثیر مثبت «درمان گروهی ذهن آگاهی» در گروه مداخله و تداوم این اثر در مرحله پیگیری بود.

گروهی ذهن آگاهی» بر تاب‌آوری، کیفیت زندگی و پرفشاری خون در بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد «درمان گروهی ذهن آگاهی» بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به پرفشاری خون اثربخش بود. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های حیدریان و همکاران (۲۳) و Antonini Philippe و همکاران (۲۴) همسو بود. در تبیین اثربخشی «درمان گروهی ذهن آگاهی» بر تاب‌آوری می‌توان گفت در این فرایند فرد با تمرین توجه (۴۶) و با به چالش کشیدن محتوای افکار و هیجان‌های خود بر

هدف پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «درمان

بحث

رنجبران و همکاران (۲۶) مهرابی زاده هنرمند و همکاران (۶) همسو بود. بطور مثال مهرابی زاده هنرمند و همکاران (۶) در مطالعه خود دریافتند که «درمان گروهی ذهن آگاهی» سبب یادگیری راهبردهای مقابله ای صحیح و مؤثر در مورد برخورد با حوادث تنش زای زندگی، مانند بیماری و وقایع مربوط به آن موجب کاهش پرفشاری خون می شود.

در تبیین اثربخشی «درمان گروهی ذهن آگاهی» بر کیفیت زندگی می توان گفت، در این روش درمانی، بیماران را قادر می سازد تا رویدادهایی که در پیرامونش اتفاق می افتد، به درستی درک و پردازش کنند تا بتواند تصمیم های عاقلانه ای بگیرند و بهترین واکنش را در برابر شرایط دشوار زندگی از خود نشان دهند (۵۱). به بیمارانی که «درمان گروهی ذهن آگاهی» را دریافت می کنند، چنین رهنمود داده می شود که در مقابل مقاومت یا اجتناب از تجارب خود ذهن آگاهانه عمل نمایند و مشکلات ابتلا به بیماری مزمنی همچون پرفشاری خون را هرچند نامطلوب بپذیرند. این موضوع موجب افزایش انعطاف پذیری شناختی در این بیماران و در نتیجه، بهبود فرایندهای شناختی و هیجانی شد (۵۲). در واقع، می توان گفت که چون «درمان گروهی ذهن آگاهی» باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می شود. واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتد، به فرد کمک می کند تا با هیجان ها و افکارمنفی مقابله نموده و حوادث را به صورت مثبت تجربه کنند (۵۳). علاوه، «درمان گروهی ذهن آگاهی» می تواند آگاهی عمیق تر نسبت به احساسات و افکار را افزایش دهد و تنش را کاهش دهد؛ زیرا هر چه میزان آگاهی فرد بیشتر باشد، بهتر و زودتر می تواند موقعیت های گوناگون را ارزشیابی نموده و عملکرد مناسبی را در پیش می گیرد (۵۴).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد «درمان گروهی ذهن آگاهی» بر فشارخون بیماران مبتلا به پرفشاری خون اثربخش بود. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش های خسروی و قربانی (۲۵)، رنجبران و همکاران (۲۶) و کلاهی و همکاران (۲۷) بود. در تبیین اثربخشی «درمان گروهی ذهن آگاهی» بر فشار خون می توان گفت، از آن جایی که بیماران مبتلا به پرفشاری خون کمتر با لحظه حال در تماس هستند، نسبت به تغییراتی که در علائم بدنی در اثر بیماری بروز می کند، آگاه و هشیار

مشکلاتش فائق می آید (۴۷). «درمان گروهی ذهن آگاهی» به افراد می آموزد که به عنوان اولین گام هیجان های خود را بپذیرند و بازنگری اینجا و اکنون میزان انعطاف پذیری روانشناختی خود را بهبود بخشند و باحالت های جسمی و هیجانی تنش زا و چالش انگیز خود به شیوه متفاوتی ارتباط برقرار و از روش های جایگزین مقابله استفاده نمایند تا بتوانند علت های زیربنایی رفتارهای ناسازگارانه خود را تشخیص دهند، از عادت های رفتاری و شناختی رها شوند و مهارت های خود را در مواجهه با چالش های زندگی روزمره بهبود بخشند و تاب آورانه با آن مواجه شوند (۴۸). «درمان گروهی ذهن آگاهی» با تمرکز بر واقعیت ها و توجه بر اساس اینجا و اکنون و همچنین عدم رد یا انکار موضوعات و مشکلات مختلف و در مقابل تجربه آن ها بزرگنمایی فرد را کاهش می دهد و در نتیجه فرد مشکلات را آن چنان که هستند در نظر می گیرد؛ نه آن گونه که تحت تأثیر شرایط مختلف می پندارند. در نتیجه اگر با درک درست و واقع بینانه از مشکلات و به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آن ها را به وضوح مشاهده کنند، باعث به وجود آمدن رویکرد مثبت تر و نگرش خوش بینانه به زندگی می شود و از این طریق فرد با ملایمت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب کرده و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می کند. هنگام روبه رو شدن با شرایط ناگوار به جای واکنش هایی که منجر به بدتر شدن شرایط می شود، حالتی از آگاهی و پذیرش در او ایجاد می شود و توانایی روبه رو شدن آگاهانه با موضوع و تاب آوری و استقامت در برابر شرایط دشوار را دارد و می تواند آرامش خود را حفظ کند و راه حل منطقی برای آن بیاید (۴۹). در نهایت می توان گفت، از آنجا که «درمان گروهی ذهن آگاهی» موجب کنترل رفتار ارادی می شود، رفتارهای مقابله ای نظیر رفتارهای خودمراقبتی و پیروی از درمان و رژیم غذایی را برای این بیماران تسهیل می کند که در نهایت به کاهش مشکلات پرفشاری خون می انجامد و یا از افزایش فشارخون در این بیماران جلوگیری می کند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد «درمان گروهی ذهن آگاهی» بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون اثربخش بود. این نتایج با یافته های حاصل از پژوهش های زمردی و همکاران (۵۰)؛ صدقی و چراغی (۱۷) Innes و همکاران (۱۸)؛ Trombka و همکاران (۱۹)؛ ناصری گرگون و همکاران (۲۲)؛ de Frias & Whyne (۲۰) و

سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی چون استفاده از ابزار خودگزارش دهی و استفاده از نمونه‌گیری غیرتصادفی روبرو بود. بنابراین، در تعمیم نتایج احتیاط باید صورت گیرد.

سیاسگری

مقاله حاضر بخشی از نتایج رساله دکتری عطیه قاسمی، رشته روانشناسی سلامت در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، با راهنمایی خانم دکتر فرحناز مسچی است که با کد IR.IAU.K.REC.1402.102 در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی به نشانی <https://ethics.research.ac.ir> ثبت شده است. بدین وسیله از همه مراقبین بیماران مبتلا به پرفشاری خون که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

نیستند و در نتیجه در کنترل این علائم ناکام می‌مانند و تنها زمانی متوجه بیماری خود می‌شوند که علائم بیماری از حد معمول خود گذشته و عملکرد آن‌ها را دچار اختلال کرده است (۵۵)، در این راستا «درمان گروهی ذهن آگاهی»، از طریق کنترل توجه، مؤثر واقع می‌شود و به فرد بیمار کمک می‌کند علاوه بر هوشیاری کامل از افکار و احساساتش و پذیرش آن‌ها، بدون داوری در یک وضعیت آرامش و تمرکز قرار گیرد و توانایی کنترل افکار خود را به دست آورد، کسب این توانایی باعث شده که فرد احساس کنترل بیشتری در تمام امور زندگی خود از جمله کنترل فشارخون داشته باشد (۵۶).

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد «درمان گروهی ذهن آگاهی» در افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی و کاهش فشارخون بیماران مبتلا به پرفشاری خون اثربخش بود. پیشنهاد می‌شود که در جهت افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی و کاهش فشارخون بیماران مبتلا به پرفشاری خون، دوره‌های «درمان گروهی ذهن آگاهی» برای بیماران در کنار درمان‌های دارویی برگزار شود. این پژوهش نیز همچون

References

- Namdar H, Sate H, Taban Sadeghi M R, Vahedi S, Ezzati D. [Emotional seeking in patients with essential hypertension and normal individuals]. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services. 2014;37(2):42-47. <https://mj.tbzmed.ac.ir/Article/9632>
- Zahedmehr A. Chapter 17 - Hypertension. In: Maleki M, Alizadehasl A, Haghjoo M, editors. Practical Cardiology: Elsevier; 2018. p. 291-302. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978032351149005001X>
- Jafari Z, Bassampour S, Gangi Z, Baghestani AR. [Assessing of quality of blood pressure measurement by nurses of Imam Khomeini hospital complex in Tehran in 2010]. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2014;2(3):30-37. https://jms.thums.ac.ir/browse.php?a_id=72&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
- Gangi S, Peyman N, Meysami Bonab S, Esmaily H. [Comparative study of two methods of fluid therapy with Ringer's Lactate and Ringer's solution]. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2018;60(6):792-803. https://mjms.mums.ac.ir/article_10784.html?lang=en
- Seifi Z, Asgari F. [Evaluation of the effectiveness of "Self-Awareness Skills Training" and "Anger Management Training" on the quality of life of mothers with working teenagers in Qom]. Journal of Health Promotion Management. 2022;11(6):68-78. https://jhpm.ir/browse.php?a_id=1517&sid=1&slc_lang=en
- Mehrabizadeh Honarmand M, Ahmadian A, Zargar Y, Shahbazian H, Khadivi M. [The effect of Mindfulness Cognitive Therapy on blood pressure systolic and diastolic in male patient with blood pressure of Golestan Hospital of Ahvaz]. Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2013;21(4):244-254. <https://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-716-en.html>
- Mehrafraz P, Jahangir PA. [The relationship between self-efficacy and resilience and quality of life of mothers of mentally retarded children of Tehran]. Journal of Applied Psychological Research. 2016;7(2):235-249. https://japr.ut.ac.ir/article_64932.html?lang=en
- Baghi V, Baghban Karimi E. [Predicting the quality of life of patients with hypertension based on resilience and social support]. Journal of Nursing Education. 2018;5(6):24-

30. <https://ijpn.ir/article-1-981-en.html>
<https://doi.org/10.21859/ijpn-05064>
9. Kiani L, Rafeipoor A, Mashayekh M, Tajbakhsh R, Pouyamanesh J. [The relationship between resilience and post traumatic growth in patients on hemodialysis in Karaj in 2018]. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2019;27(3):56-63. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_6499.html?lang=en
<https://doi.org/10.29252/sjimu.27.3.56>
 10. Valizadeh S, Makvandi B, Bakhtiarpour S, Hafezi F. [The effectiveness of "Acceptance and Commitment Therapy" (ACT) on resilience and cognitive flexibility in prisoners]. *Journal of Health Promotion Management*. 2020;9(4):78-89. <https://jhpm.ir/article-1-1174-en.html>
 11. Rahimpour S, Arefi M, Manshahi Gr. [The effectiveness of mixed method of time perspective and mindfulness education on resilience and wisdom]. *Positive Psychology Research*. 2021;7(1):35-52. https://ppls.ui.ac.ir/article_25615.html?lang=en
 12. Badri R, Najarian Z. [The effect of mindfulness and gratitude of God on students' resilience: The Mediatin role of humor]. *Journal of New Thoughts on Education*. 2021;16(4):111-133. https://jontoe.alzahra.ac.ir/article_4979.html?lang=en
 13. Harrington A, Dunne JD. When mindfulness is therapy: Ethical qualms, historical perspectives. *American Psychologist*. 2015;70(7):621-631. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26436312/>
<https://doi.org/10.1037/a0039460>
 14. Gardhouse K, Segal Z. Mindfulness. In: Wright JD, editor. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)*. Oxford: Elsevier; 2015. p. 549-553. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14148-0>
 15. Khoramirad A, Ansari Shahidi M, Rezaii Jamaloi H, Sadeghimoghaddam P. [The effect of mindfulness-based developmental care on maternal stress and bonding with premature infants hospitalized in NICU]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2020;14(1):61-73. <https://journal.muq.ac.ir/article-1-2700-en.html>
<https://doi.org/10.29252/qums.14.1.61>
 16. Zomorodi S, Rasoulzadeh Tabatabaee SK. [Comparison of effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Therapy in improving quality of life in patients with irritable bowel syndrome]. *Clinical Psychology Studies*. 2013;4(13):63-88. https://jcps.atu.ac.ir/article_544_en.html
 17. Sedghi P, Cheraghi A. [The effectiveness of the mindfulness training on Psychological well-being and resiliency of female-headed household]. *Journal of Family Research*. 2018;14(4):549-562. https://jfr.sbu.ac.ir/article_97697.html?lang=en
 18. Innes KE, Selfe TK, Khalsa DS, Kandati S. Effects of meditation versus music listening on perceived stress, mood, sleep, and quality of life in adults with early memory loss: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2016;52(4):1277-1298. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27079708/>
<https://doi.org/10.3233/JAD-151106>
 19. Trombka M, Demarzo M, Campos D, Antonio S, Cicuto K, Walcher A, García-Campayo J, Schuman-Olivier Z, Rocha NS. Mindfulness training improves quality of life and reduces depression and anxiety symptoms among police officers: Results from the POLICE Study-A multicenter randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12(1):1-16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33716824/>
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.624876>
 20. de Frias CM, Whyne E. Stress on health-related quality of life in older adults: the protective nature of mindfulness. *Aging & Mental Health*. 2015;19(3):201-206. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24940847/>
<https://doi.org/10.1080/13607863.2014.924090>
 21. Soltani Beyrag P, Panahali A. [Negative automatic thoughts and sleep quality in patients with hypertension]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2020;15(58):47-56. <https://www.magiran.com/paper/2360330/?lang=en>
 22. Naseri Garagoun S, Mousavi SM, Shabahang R, Bagheri Sheykhangafshe F. [The effectiveness of mindfulness-based stress reduction intervention on resilience and life expectancy of gastrointestinal cancers patients]. *Journal of Nursing Education*. 2021;9(2):60-71. https://ijpn.ir/browse.php?a_id=1759&sid=1&slc_lang=en
 23. Heidarian A, Zahrakar K, Mohsenzade F. [The effectiveness of mindfulness training on reducing rumination and enhancing resilience in female patients with breast cancer: A randomized trial]. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2016;9(2):52-59. https://ijbd.ir/browse.php?a_id=529&sid=1&slc_lang=en
 24. Antonini Philippe R, Schwab L, Biasutti M. Effects of physical activity and mindfulness on resilience and depression during the first wave of COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*. 2021;12(1):1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700742>
 25. Khosravi E, Ghorbani M. [Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived stress and blood pressure among the hypertensive women]. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences*. 2016;20(4):361-368. <http://>

- feyz.kaums.ac.ir/browse.php?a_id=3136&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
26. Ranjbaran R, Aliakbari Dehkordi M, Saffarinia M, Alipour A. [The effectiveness of mindfulness training on vitality, psychological well-being, and blood pressure in women with cardiovascular disease]. *Community Health Journal*. 2020;14(2):66-77. http://chj.rums.ac.ir/&url=http://chj.rums.ac.ir/article_118606.html?lang=en
 27. Kolahi P, Salehi M, Madahi ME, Sepahmansour M. [Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on state/trait anxiety and hypertension in patients with coronary heart disease with hypertension]. *Advances in Cognitive Sciences*. 2022;24(1):147-159. <https://icssjournal.ir/article-1-1387-en.html>
 28. Namvar H, Ghasedi M. [Interpersonal dependency and social support as the predictors of resilience among hypertensive patients with the mediating role of hope]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2020;14(7):31-39. <https://journal.muq.ac.ir/article-1-2788-en.html> <https://doi.org/10.29252/qums.14.7.31>
 29. Lakens D. Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*. 2013;4(1):1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
 30. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003;18(2):76-82. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12964174/> <https://doi.org/10.1002/da.10113>
 31. Gonzalez SP, Moore EWG, Newton M, Galli NA. Validity and reliability of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in competitive sport. *Psychology of Sport and Exercise*. 2016;23(1):31-39. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1469029215300194> <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.10.005>
 32. Keyhani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. [Internal consistency and confirmatory factor analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale among nursing female]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2015;14(10):857-865. <https://ijme.mui.ac.ir/article-1-3254-en.html>
 33. Hosseini SA, Mohammadi H, Saadat Z. [Investigating the psychometric properties of the Cognitive Resilience Scale in a sample of Iranian society]. *Quarterly of Educational Measurement*. 2020;11(42):125-150. https://jem.atu.ac.ir/article_13133.html?lang=en
 34. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*. 1998;46(12):1569-1585. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)
 35. Kalfoss MH, Reidunsdatter RJ, Klöckner CA, Nilsen M. Validation of the WHOQOL-Bref: Psychometric properties and normative data for the Norwegian general population. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2021;19(1):1-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33413455/> <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01656-x>
 36. Ghaffari G, Shirali E. [Assessing the quality of life of the people of Tehran based on the standard questionnaire of the World Health Organization WHOQOL-BREF]. *Journal of Economic & Developmental Sociology*. 2018;7(1):125-150. https://sjsph.tums.ac.ir/browse.php?a_id=187&sid=1&slc_lang=en
 37. Rasafiani M, Sahaf R, Shams A, Vameghi R, Zareian H, Akrami R. [Validity and reliability of the Persian version of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire -the older adults edition]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2020;15(1):28-41. <https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1622-en.html> <https://doi.org/10.32598/sija.2020.3.110>
 38. West JB. Torricelli and the ocean of air: the first measurement of barometric pressure. *Physiology*. 2013;28(2):66-73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23455767/> <https://doi.org/10.1152/physiol.00053.2012>
 39. Pickering TG. Chapter 44 - Blood Pressure Measurement. In: Lip GYH, Hall JE, editors. *Comprehensive Hypertension*. Philadelphia: Mosby; 2007. p. 521-33. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-03961-1.50047-7>
 40. Tatliparmak AC, Yilmaz S. Agreement of Oscillometric and Auscultatory blood pressure measurement methods: An ambulance noise simulation study. *American Journal of Emergency Medicine*. 2023;67(1):120-125. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780323039611500477> <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2023.02.022>
 41. Yang W, Gu D, Chen J, Jaquish CE, Rao C, Wu X, Hixson JE, Duan X, Kelly TN, Hamm LL, Whelton PK, He J. Agreement of blood pressure measurements between Random-Zero and Standard Mercury Sphygmomanometers. *American Journal of the Medical Sciences*. 2008;336(5):373-378. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2587170/> <https://doi.org/10.1097/MAJ.0b013e31816956ac>
 42. Askary Kachoosangy R, Habibi E, Hosseini L. [The investigation of relationship between hypertension and high body mass index in 30-60-

- year population of Shahid Motahary Hospital, Marvdasht in 1391]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;22(3):206-212. https://jsums.medsab.ac.ir/article_552.html?lang=en
43. Ahadi M, Abdi A, Attar A. [Comparison of various blood pressure measurement techniques with standard office based blood pressure measurement]. *Pars Journal of Medical Sciences*. 2022;18(1):1-7. https://jmj.jums.ac.ir/article_700433.html?lang=en <https://doi.org/10.52547/jmj.18.1.1>
 44. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. The Random House Publishing Group: New York; 2013. <https://www.amazon.com/Full-Catastrophe-Living-Revised-Illness/dp/0345536932>
 45. Omidi A, Moemeni J, Rayegan F, Akbari H, Talighi E. [Sexual variety seeking based on early maladaptive schemas, parenting styles and moods]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2016;11(42):7-16. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_936_en.html
 46. Wimmer L, Bellingrath S, von Stockhausen L. Mindfulness training for improving attention regulation in university students: Is it effective? and do yoga and homework matter? *Frontiers in Psychology*. 2020;11(719):1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00719>
 47. Jalali D, Aghaei A, Talebi H, Mazaheri M. [Comparing the effectiveness of natived Mindfulness Based Cognitive Training (MBCT) and Cognitive- Behavioral Training on dysfunctional attitudes and job affects in employees]. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2015;5(1):1-20. https://cbs.ui.ac.ir/article_17354.html?lang=en
 48. Nauphal M, Cardona ND, Morgan LPK, Eustis EH. *Mindfulness-based approaches to mental health*. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. Elsevier: Amsterdam, Netherlands; 2022. https://www.researchgate.net/publication/360149929_Mindfulness-based_approaches_to_mental_health <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00053-9>
 49. Zolfaghari M, Ghorban Shirodi S. [The effectiveness of group mindfulness training on the resilience and anxiety of mothers with low vision and blind children referred to Sanandaj health centers]. *Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*. 2019;8(29):77-89. https://journal-counselling.islamshahr.iau.ir/article_668099.html
 50. Zomorodi S, Rasoulzadeh Tabatabaie SK, Azadfallah P, Ebrahimidaryani N, Arbabi M. [Long term effects of mindfulness on quality of life in Irritable Bowel Syndrome]. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2015;10(2):100-105. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752522/>
 51. Wilson JM, Weiss A, Shook NJ. Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*. 2020;152(1):109568-109578. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886919305008> <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109568>
 52. Morgan LPK, Danitz SB, Roemer L, Orsillo SM. Mindfulness Approaches to Psychological Disorders. In: Friedman HS, editor. *Encyclopedia of Mental Health* .2nd edition. Oxford: Academic Press; 2016. p. 148-155. https://www.researchgate.net/publication/286777625_Mindfulness_Approaches_to_Psychological_Disorders <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00264-0>
 53. Shayganfar N. [The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on suicidal thoughts of female students with major depression disorder]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2020;9(7):25-34. <https://frooyesh.ir/article-1-1929-en.html>
 54. Rostami F, Feridoonfar H. [The mediating role of mindfulness in the relationship between distress tolerance and procrastination in women athletic in district 3, Tehran]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021;10(5):41-53. <http://jhpm.ir/article-1-1184-en.html>
 55. LeeEKP, YeungNCY, XuZ, ZhangD, YuC-P, Wong SYS. Effect and acceptability of Mindfulness-Based Stress Reduction Program on patients with elevated blood pressure or hypertension. *Hypertension*. 2020;76(6):1992-2001. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33131316/> <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONA-HA.120.16160>
 56. Ponte Márquez PH, Feliu-Soler A, Solé-Villa MJ, Matas-Pericas L, Filella-Agullo D, Ruiz-Herrerias M, Soler-Ribaudi J, Roca-Cusachs Coll A, Arroyo-Díaz JA. Benefits of mindfulness meditation in reducing blood pressure and stress in patients with arterial hypertension. *Journal of Human Hypertension*. 2019;33(3):237-247. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30425326/> <https://doi.org/10.1038/s41371-018-0130-6>