

Research Paper



Effects of Metacognitive Therapy in Improving Physical Intelligence, Distress Tolerance, and Sense of Cohesion among Patients with Essential Hypertension



Behnam Salahshour bonab¹, Ali Shaker dioulagh^{*2}, Ali khademi³

1. PhD student in Psychology, urmia branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
2. Assistant Professor of Psychology, urmia branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
3. Associate Professor of Psychology, urmia branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15310

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.19.1](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15310)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15310.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
metacognitive therapy,
physical intelligence,
distress tolerance, sense
of cohesion, Essential
Hypertension

Received: 2022/03/14
Accepted: 2022/04/11
Available: 2022/12/21

This study evaluated the effectiveness of metacognitive therapy in improving physical intelligence, anxiety tolerance, and sense of cohesion in patients with essential hypertension. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The population under study included all men with essential hypertension referring to Shams boarding clinic in Bonab city in the first half of 2022. The research sample consisted of 40 people selected voluntarily and randomly assigned to two groups of 20 people (experimental and control). Metacognitive therapy was held in nine sessions of 90 minutes and one session per week for the experimental group. The sense of cohesion (Antonovsky, 1987), physical intelligence (Anderson, 2006) and distress tolerance (Simons and Gaher, 2005) questionnaires were used to collect data. Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was applied to analyze the data. Based on the results, metacognitive therapy increased physical intelligence, distress tolerance, and sense of cohesion in the experimental group compared to the control group ($p < 0.01$). The results suggested that the counselors and psychologists of psychotherapy centers apply metacognitive therapy to improve psychological conditions and reduce the physical problems of people with essential hypertension.



* Corresponding Author: Ali Shaker dioulagh

E-mail: ali.shaker2000@gmail.com

مقاله پژوهشی



اثر بخشی فراشناخت درمانی بر هوش بدنی، تحمل پریشانی و حس انسجام بیماران مبتلا به فشار خون بالای اولیه



بهنام سلحشور بناب^۱، علی شاکردولق*^۲، علی خادمی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15310

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.19.1](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15310)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15310.html



چکیده

مشخصات مقاله

هدف این پژوهش اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود هوش بدنی، تحمل پریشانی و حس انسجام در بین بیماران مبتلا به فشار خون بالای اولیه بود. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین بیماران مرد مبتلا به فشارخون اولیه‌ای که به کلینیک شبانه روزی شمس شهر بناب تا آخر شهریور ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند، نمونه‌ای به تعداد ۴۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. برای گروه آزمایش درمان فراشناختی در نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های حس انسجام (آنتونوسکی، ۱۹۸۷)، هوش بدنی (اندرسون، ۲۰۰۶) و تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) استفاده شد. از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد. یافته‌ها نشان داد درمان فراشناختی منجر به افزایش هوش بدنی، تحمل پریشانی و حس انسجام در آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت گروه کنترل شد ($p < 0/01$). براساس این یافته می‌توان بیان کرد که فراشناخت درمانی می‌تواند در بهبود شرایط روانشناختی و کاهش مشکلات جسمانی افراد مبتلا به فشار خون بالای اولیه مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها:

درمان فراشناختی، هوش بدنی، تحمل پریشانی، حس انسجام، فشار خون بالای اولیه

دریافت شده: ۱۴۰۰/۱۲/۲۳

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۱/۲۲

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۹/۳۰

* نویسنده مسئول: علی شاکردولق

رایانامه: ali.shaker2000@gmail.com

مقدمه

سلامت، به عنوان حیاتی‌ترین نیاز انسان، همگام با پیشرفت‌های صنعتی و تکنولوژی، با تهدیدهای بسیاری مواجه است، در این خصوص، افزایش فشار خون^۱ و ابتلای افراد به آن، از مسائل مهم سلامت عمومی و همگانی می‌باشد که نقش فزاینده و عمده‌ای در بروز انواع مشکلات و نارسایی‌های قلبی، سکتة مغزی، نارسایی کلیوی و مشکلات روان‌شناختی دارد (دلاور و همکاران، ۲۰۲۰). فشار خون نوعی بیماری شایع و بدون علامت است که به علت اختلالات عمومی یا کارکردی ایجاد می‌شود و فشار خون اولیه یا ایدیوپاتیک نامیده می‌شود (پارک^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). این بیماری که با عنوان قاتل خاموش نیز شناخته می‌شود، علل مشخص ندارد به طوری که در حدود ۹۵ درصد مبتلایان به فشارخون از این نوع فشار خون رنج می‌برند، که علت مشخصی برای آن یافت نشده است، به این فرم، افزایش فشار خون اولیه گفته می‌شود (کانتوریس^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). در این رابطه، پژوهشگران معتقدند فشار روانی وقتی ایجاد می‌شود که افراد با وقایعی روبرو می‌شوند که آن‌ها تهدید کننده سلامت روانی یا جسمی خودشان می‌یابند. لذا به نظر می‌رسد سبک زندگی، نوع تنش و راهبردهای مقابله با آن، از عوامل ایجاد و تسریع فشارخون باشد (متیوس^۴ و همکاران، ۲۰۰۴).

بیماری فشار خون اولیه معمولاً با مرور زمان و افزایش سن آشکار می‌شود (ناکوی^۵ و همکاران، ۲۰۲۱) و در قالب دو عدد بیان می‌شود که عدد اول یا بالاتر، فشار سیستولیک است که فشار وارد بر شریان‌ها را در حالت انقباض قلب نشان می‌دهد و عدد دوم یا پایینتر، فشار دیاستولیک است که همین فشار را در فاصله بین دو انقباض قلب نشان می‌دهد (سانالاکشمی^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). معمولاً فشارخون سیستولیک به عنوان یک علامت هشداردهنده بیماری‌های قلبی و عروقی مورد توجه است. همچنین بر اساس مطالعات جدید، احتمال مرگ به علت سکتة قلبی یا سکتة مغزی در افراد بین ۴۰ تا ۸۹ سال، با افزایش هر ۲۰ میلی‌متر جیوه در فشار خون سیستولیک و هر ۱۰ میلی‌متر جیوه در فشار خون دیاستولیک، دوبرابر می‌شود (ناک وی و همکاران، ۲۰۲۱). طبق مطالعات صورت گرفته، افرادی که فشار خون بالاتری دارند، کیفیت زندگی و سلامت روانی پایین‌تری نسبت به افراد عادی دارند و اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند (وان ویسگر^۷ و همکاران، ۲۰۱۸؛ بابازاده، ۱۳۹۷). همچنین چائو و همکاران (۲۰۲۱) نیز براساس مطالعات خود نشان دادند که افرادی که دارای فشار خون بالاتری هستند عملکرد روانی ضعیفی نسبت به دیگران دارند و پریشانی روانی، استرس، اضطراب و افسردگی بیشتری را نسبت به سایرین نشان می‌دهند (باقریان و همکاران، ۱۳۸۹؛ هانگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۰).

براساس مطالعات وجود بیماری‌های جسمی و روان‌تنی نظیر فشار خون، موجب می‌شود فرد نسبت به مسائل غذایی و فعالیت‌های بدنی خود دقت بیشتری داشته باشند تا بیماری موجب ضعف جسمانی آنها نگردد (دیری^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). لذا، آگاهی بدنی و حفظ رژیم غذایی با انجام فعالیت‌های مناسب در این افراد حائز اهمیت می‌باشد. این مهم علاوه بر داشتن حس کنترل، نیازمند توانایی جسمانی و ذهنی و آگاهی بر کلیه فعالیت‌های بدنی است که از آن به عنوان هوش بدنی^{۱۰} یاد می‌شود (دیری و همکاران، ۲۰۱۹). هوش بدنی که به آن هوش بدنی جنبشی یا هوش اندامی جنبشی هم گفته می‌شود، یکی از هوش‌های چندگانه در نظریه گاردنر است. افرادی که سبک یادگیری آن‌ها بدنی حرکتی است، برای کشف جهان پیرامون خود از حس لامسه و توانایی جسمانی‌شان بهره می‌برند. لذا، تجربه مستقیم نقش مهمی در فرآیند یادگیری آن‌ها دارد. این افراد برای یادگیری بهتر، بیشتر از حرکات بدن و دست‌هایشان استفاده می‌کنند. این هوش شامل توانایی حفظ تعادل، آگاهی کامل از وضعیت بدن و سرعت بالا در انجام کارهای بدنی است (شرایف^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱).

علاوه، نظر براین است که آگاهی بیماران از وضعیت بدنی خویش، می‌تواند زمینه کاهش استرس و تنش روزمره شده و به کنترل مناسب فشار خون کمک نماید (جلالی و پورحسین، ۱۳۹۹). براین اساس توجه به توانایی فرد در کنترل و تحمل وضعیت‌های پریشانی و تنش را بسیار مهم است. در واقع تحمل پریشانی^{۱۲} یک سازه فراهیجانی^{۱۳} برای ارزیابی‌ها و انتظارات شخص برای تجربه حالات هیجانی منفی به ویژه ۱- تحمل پذیری و گریز^{۱۴}، ۲- ارزیابی و پذیرش^{۱۵}، ۳- تمایل به جذب کردن توجه یا آشفته کردن عملکرد و ۴- تنظیم هیجان‌ات به ویژه قدرت متوالی گرایش‌های عمل جهت اجتناب یا تضعیف فوری آن هیجان در نظر گرفته می‌شود (سیمونز و گاهر^{۱۶}، ۲۰۰۵). افرادی که تحمل بالایی دارند می‌توانند به راحتی رنج و ناراحتی خود را تحمل نمایند، درحالی‌که افراد دارای توانایی ضعیف در این متغیر موقع رنج و آشفتگی به رفتارهای جبرانی می‌پردازند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). با این وجود، برخی افراد به رغم استرس‌های قابل ملاحظه و دشواری‌های شدید سلامت خود را حفظ می‌کنند، برخی افراد نیز در مواجهه با چنین موقعیت‌هایی دچار پریشانی و تنش روان‌شناختی قابل ملاحظه‌ای می‌شوند (ماکسنس و هاگان^{۱۷}، ۲۰۱۵). این شرایط، از منظر آنتونوسکی^{۱۸} (۱۹۸۷) تحت تأثیر مکانیسمی که حس انسجام نامیده می‌شود، قرار دارد.

حس انسجام با بهزیستی و تنش روان‌شناختی مرتبط می‌باشد، چرا که افراد با حس انسجام قوی، وقایع پیرامون خود را قابل پیش بینی، قابل کنترل و معنادار درک می‌کنند و عوامل مختلف استرس‌زا همچون فشار خون بالا را

- 10 . Bodily Intelligence
- 11 . Shareef
- 12 . tolerance of confusion
- 13 . meta- cognition
- 14- tolerability and aversiveness
- 15 . appraisal and acceptability
- 16 . Simons & Gaher
- 17 . Moksnes & Haugan
- 18 . Antonovsky

- 1 . high Blood Pressure
- 2 . Park
- 3 . Countouris
- 4 . Matthews
- 5 . Naqvi
- 6 . Thanalakshmi
- 7 . Von Visge
- 8 . Huang
- 9 . Deary

مؤثر باشد. در واقع، درمان فراشناختی با مجهز کردن افراد به تکنیک‌های جدید منجر به شکل‌گیری الگوی جدیدی از پاسخ‌دهی به افکار منفی می‌شود. همچنین درمان فراشناختی با آموزش مهارت‌هایی همچون ذهن آگاهی به بیمار موجب پاسخ‌دهی به رخداد‌های درونی به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر و غیرمتمرکز^۹ می‌شود (محمودعلیلو و لشگری، ۱۳۹۹). نتایج مطالعات مختلفی که حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر کارکردهای هیجانی، روانشناختی و نیز کاهش مشکلات جسمانی است. به طوری که مطالعات محمودعلیلو و لشگری (۱۳۹۹)، قربانی (۱۳۹۸)، افضلی و فرخزادیان (۱۳۹۷)، بوردرز^{۱۰} (۲۰۲۰) نشان دادند که درمان فراشناختی در کاهش پریشانی روانشناختی و افزایش سلامت روانی مؤثر است. همچنین غلامرضایی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که درمان فراشناختی در تغییر سطح باورهای فراشناختی و نگرانی تصویربدنی افراد افسرده مؤثر است. کولوبینسکی^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان دادند که درمان فراشناختی در کاهش مشکلات روانشناختی تأثیر دارد.

بنابراین، از آنجایی که سلامت جسمانی و روان‌شناختی بیماران مبتلا به فشار خون اولیه برای پیگیری درمان‌ها و پیشگیری از عوارض بیماری اهمیت بالایی دارد و از طرفی، مداخلاتی که بتوانند توسط شخص بیمار آموخته شوند و در موقع نیاز، توسط خود بیمار بکار برده شوند، دارای اولویت می‌باشند، و نظر به اندک بودن مطالعات مداخله‌ای در خصوص متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش، مطالعه حاضر با هدف اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود هوش بدنی، تحمل پریشانی و حس انسجام در مبتلایان به فشار خون بالای اولیه انجام شد.

روش

پژوهش حاضر، یک مطالعه از نوع نیمه آزمایشی بود که به لحاظ هدف، یک مطالعه کاربردی، و به لحاظ اجرا، به صورت طرح نوع پیش‌آزمون m پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه مردان مبتلا به فشارخون اولیه بود که در نیمه اول سال ۱۴۰۰ به کلینیک شبانه روزی شمس شهر بناب مراجعه کرده و توسط پزشک متخصص تشخیص فشار خون اولیه داده شدند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر مبتلا به فشارخون اولیه بود که به صورت در داوطلبانه انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه ۱۵ نفری (گروه دریافت درمان مبتنی بر فراشناختی و گروه کنترل) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تشخیص ابتلا به فشار خون اولیه، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح پژوهش، دامنه سنی ۲۰-۴۰، داشتن حداقل تحصیلات سیکل برای پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی ۶ ماه گذشته و ملاک‌های خروج شامل: مصرف داروهایی به جز داروهای تجویز شده در حین

به صورت چالش‌های مهمی که ارزش مواجهه شدن را دارند، می‌نگرند (دامبوف^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). این افراد بسیار انعطاف‌پذیر هستند و بنابراین قادرند منابع مناسبی را برای غلبه بر موقعیت بیابند (حسنی و همکاران، ۱۳۹۸). باور بر این است که حس انسجام یک جهت‌گیری کلی به زندگی است تا یک صفت شخصیتی اساسی، به طوری که سه عامل برای این مفهوم وجود دارد: ادراک پذیری؛ ادراک فرد از اینکه موقعیت‌ها و حوادث، ساختاریافته و آشکارند. کنترل پذیری؛ باور فرد به داشتن مهارت‌های اساسی برای درگیری و مواجهه با چالش‌های زندگی و در نهایت معناداری؛ بدین معنی که چالش‌های زندگی دارای ارزش سرمایه‌گذاری و درگیری هستند. این ویژگی، سلامت شخص را در مواجهه با حوادث استرس‌زای زندگی محافظت می‌کند (گریوناشتاين و بلوم^۲، ۲۰۱۵). نتایج مطالعات چندی حاکی از ارتباط منفی بین حس انسجام با مشکلات روانشناختی (یوکو^۳ و همکاران، ۲۰۱۴؛ حسین‌پور، سمیعی و نعمت‌اللهی، ۱۳۹۵) و ارتباط مثبت با افزایش سطح سلامت فیزیکی (پانیل و سیسیرا^۴، ۲۰۱۶) است.

به طور کلی، تأثیر فشار خون بر سازه‌های روانشناختی نظیر استرس، اضطراب، پریشانی روانشناختی غیرقابل انکار بوده و این تأثیر در مطالعات مختلف تأیید گردیده است (هانگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). بعلاوه، وجود آشفتگی‌های روانشناختی می‌تواند موجب از دست دادن کنترل شخصی فرد می‌شود، توجه به متغیر حس انسجام^۶ و با توجه به اینکه افراد مبتلا به فشار خون اولیه، مجبورند رژیم‌های غذایی خود را کنترل نمایند و نسبت به وضعیت بدنی خود حساس باشند (عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸)، توجه به هوش بدنی در این بیماران بسیار مهم است. به خصوص اینکه نتایج بررسی‌ها به وجود مشکلات بیماران مبتلا به فشار خون اولیه در این خصوص اشاره کرده‌اند (وان و یسگرو هنکاران، ۲۰۱۸؛ بابازاده، ۱۳۹۹؛ هانگ و همکاران، ۲۰۲۰). لذا بر اساس آنچه بیان گردید، شناسایی فنون و راهکارهای درمانی که بتوانند افراد مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی نظیر فشار خون اولیه را از لحاظ جنبه‌های مختلف، چه جسمی و چه روانی، بهبود بخشند، حائز اهمیت بسیاری است و درمان فشارخون و سازه‌های مرتبط با اثرات آن در اولویت متخصصان سلامت بوده و علاوه بر درمان‌هایی دارویی متداول، با توجه به اثرات روانی این بیماری از انواع روش‌های غیردارویی، از روش‌ها و درمان‌های روان‌شناختی نظیر درمان فراشناختی می‌توان بهره گرفت. رویکرد فراشناخت، رویکرد جدیدی است که توسط ولز و متیوز مطرح شد (ولز^۷، ۲۰۰۰). این درمان مداخله‌ای فراتشخیصی است که هدفش اصلاح بدتنظیمی‌های شناختی و هیجانی اختلالات روانی است و فراشناخت را برای فهم بهتر عملکرد شناخت مهم تلقی می‌کند (مک‌اوی^۸، ۲۰۱۹). لذا، درمان فراشناختی به جای تمرکز بر شناخت، بر کنترل فرآیندهای حاکم بر آن توجه می‌کند و می‌تواند در درمان افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب

7. Wells
8. McEvoy
9. decentered
10. Borders
11. Kolubinski

1. Dzhambov
2. Grevenstein & Bluemke
3. Yoko
4. Panel & Sisira
5. Huang
6. sense of cohesion

فرایند درمان، ابتدا به اختلالات روان‌پزشکی و یا سایر بیماری‌های جسمانی مزمین در حین فرایند درمان و عدم تمایل بیمار یا بروز استرس‌های حاد. جهت جمع‌آوری اطلاعات، پس از تشخیص پزشک متخصص مبنی بر مبتلا بودن افراد به فشار خون اولیه، یک مصاحبه اولیه صورت گرفت تا بیماران از نظر ملاک‌های ورود به پژوهش مورد بررسی قرار گیرند. سپس آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به روش تصادفی ساده در گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل جای گرفتند. بعد از انتخاب آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌ها برای اجرای پیش‌آزمون در اختیار گروه‌های آزمایشی و کنترل قرار گرفت. بعد از ارائه درمان و آموزش به گروه آزمایش، مجدداً پرسشنامه‌ها جهت اجرای پس‌آزمون در اختیار هر دو گروه قرار گرفت. همچنین ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش شامل دریافت معرفی‌نامه و مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اورمیه و هماهنگی با کلینیک شبانه‌روزی شمس شهر بناب، تکمیل رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، محرمانه ماندن تمامی اطلاعات افراد و نیز اجازه بیماران برای دسترسی داشتن به نتیجه آزمون‌های خود بود. همچنین دریافت کد اخلاق به شناسه IR.IAU.URMIA.REC.1400.041 از ستاد علوم پزشکی بود. در این پژوهش جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد که در بخش توصیفی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی ارائه و در بخش استنباطی از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) در سطح معناداری ۰/۱ استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه حس انسجام آنتونوسکی: در پژوهش حاضر برای سنجش حس انسجام از فرم کوتاه پرسشنامه حس انسجام آنتونوسکی (۱۹۸۷) استفاده شد. این پرسشنامه ۱۳ سؤال دارد که هر سؤال از لیکرت هفت‌گزینه‌ای تشکیل یافته است. در ایران محمدزاده، پورشریف و علیپور در سال ۱۳۹۰ پرسشنامه مذکور را پس از ترجمه بر روی دانشجویان ایرانی هنجاریابی کردند که آلفای کرونباخ پرسشنامه در بین دانشجویان پسر و دختر به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۸ و روایی همزمان این مقیاس با پرسشنامه ۴۵ سؤالی سرسختی روانشناختی ۰/۵۴ به دست آمده است (به نقل از حسنی و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهشی، آلفای به دست آمده برای پرسشنامه‌ی فوق در ۱۲۴ پژوهش، رقم ۰/۷۰ الی ۰/۹۵ را نشان داد. همچنین آزمون - بازآزمون بیانگر ثبات پرسشنامه‌ها بود و نشان دهنده‌ی همبستگی ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ در فاصله‌ی یک سال، ۰/۶۴ برای دو سال، ۰/۴۲ تا ۰/۴۵ برای ۴ سال، ۰/۵۹ تا ۰/۶۷ برای ۵ سال و ۰/۵۴ برای ۱۰ سال بود (آقایوسفی و شریف، ۱۳۸۹). در این مطالعه میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۷۰۱ به دست آمد.

پرسشنامه هوش بدنی^۱: جهت بررسی هوش بدنی از مقیاس هوش بدنی اندرسون^۲ (۲۰۰۶) استفاده گردیده که شامل ۱۷ سؤال ۵ گزینه‌ای است و هر عبارت این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۱ الی ۵) نمره‌گذاری می‌شود که نمره بیشتر، نمایانگر بالاتر بودن شناخت فرد نسبت

1. body intelligence scale
2. Anderson

به بدن خودش است. از سه خرده‌مقیاس تشکیل شده است که عبارت‌اند از: الف - آگاهی از انرژی بدن، ب - آگاهی از راحتی بدن، ج - آگاهی از بدن درونی. در مطالعه اندرسون (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آگاهی از انرژی بدن، آگاهی از راحتی بدن و آگاهی از بدن درونی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۷، ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین کیم، چا، کیم، کانگ و هان^۳ (۲۰۱۵) ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آگاهی از انرژی بدن، آگاهی از راحتی بدن و آگاهی از بدن درونی را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۲ و ۰/۷۴ به دست آوردند. در ایران، یادآوری (۲۰۱۷) پس از ترجمه پرسشنامه توسط دو نفر از متخصصان زبان انگلیسی، از ترجمه برگردان (فارسی به انگلیسی) استفاده کرد. به‌منظور بررسی پایایی، پرسشنامه به ۴۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری میگرن توزیع شد و پایایی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه از سه روش آلفای کرونباخ، تصنیفی و آزمون مجدد بررسی گردید که ضرایب اعتبار خرده‌مقیاس‌های آگاهی از انرژی بدن، آگاهی از راحتی بدن و آگاهی از بدن درونی به ترتیب در روش آلفای کرونباخ (۰/۷۶، ۰/۷۳، ۰/۷۷)، تصنیفی (۰/۷۴، ۰/۷۱، ۰/۷۵) و آزمون مجدد (۰/۷۴، ۰/۷۴، ۰/۷۸) به دست آمد. در این مطالعه میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۷۵۳ به دست آمد.

تحمل پریشانی: این پرسشنامه یک پرسشنامه خودسنجی است که به وسیله سیمونز و گاهر^۴ (۲۰۰۵) تهیه شده است. این مقیاس شامل ۱۵ گویه است که براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل پریشانی هیجانی جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آنها برای بهبود رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در پژوهش اسماعیلی نسب و همکاران (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) نیز میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار باز آزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند. در این مطالعه میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۷۱۹ به دست آمد.

درمان فراشناختی: در این پژوهش درمان فراشناختی براساس پکیج درمان فراشناختی که توسط ولز (۲۰۰۸) روش معرفی گردیده، در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یک جلسه و به شرح ذیل برگزار شد:

3. Kim
4. Simons & Gaher

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان فراشناختی (ولز، ۲۰۰۸)

ردیف	محتوای جلسات
اول	فرمول‌بندی کلی مراجع، معرفی مدل، شناسایی دوره‌های نشخوار ذهنی، تمرین تکنیک افزایش توجه، ارائه تکالیف خانگی
دوم	بررسی تکالیف خانگی، معرفی و تمرین ذهن آگاهی انفعالی، نشان دادن به تعویق انداختن نشخوار ذهنی به شکل آزمایشی، تمرین تکنیک افزایش توجه، تکلیف خانگی.
سوم	شناسایی ماشه چکان‌های نشخوار ذهنی و تمرین تکنیک‌ها، بررسی نشخوار فکری و تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه، چالش با فراشناخت‌های غیرقابل کنترل، شناسایی سطوح فعالیت و مقابله، ارائه تکالیف خانگی
چهارم	بازبینی تکالیف خانگی، بررسی سطوح فعالیت و سبک‌های مقابله‌ای غیر سودمند، چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، تکلیف خانگی.
پنجم	بازبینی تکالیف خانگی، بررسی عقاید مثبت و سطح فعالیت، ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، بازبینی سطوح فعالیت و افزایش زمان تامل تا واکنش (به فکر فرو رفتن) کشف و مانع شدن از رفتار مقابله‌ای مضر (برای مثال خواب) و تکلیف خانگی.
ششم	بازبینی تکالیف خانگی، عقاید مثبت و سطح فعالیت، شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی، تکلیف خانگی.
هفتم	بازبینی تکالیف خانگی، شروع نوشتن طرح‌های جدید، کشف و اصلاح ترس‌های عودکننده، تمرین تکنیک افزایش توجه، تکلیف خانگی.
هشتم	بازبینی تکالیف خانگی، پیشگیری از عود ترس و اضطراب، کار روی عقاید فراشناختی باقی مانده، انتظار ماشه چکان‌های آینده و برنامه‌ریزی جلسات بعدی برای بهبود بیشتر تحمل
نهم	جمع بندی و پاسخ به سئوالات شرکت کنندگان

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۴۰ نفر از مردان مبتلا به فشار خون بالای اولیه در داو گروه در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. در ادامه مشخصات جمعیت شناختی این گروه‌ها ارائه شده است (جدول ۲).

جدول ۲: مشخصات جمعیت شناختی برای گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	وضعیت تأهل	دامنه سنی	تحصیلات
مجرد	۲۰-۲۱	فوق	
گروه فراروانی (درصد)	۳۰-۴۰	متاهل	
آزمایش (درصد)	۱۱ (۵۵)	۹ (۴۵)	۵ (۲۵)
کنترل (درصد)	۱۲ (۶۰)	۸ (۴۰)	۷ (۳۵)

براساس مندرجات جدول ۲، در گروه آزمایش ۴۵ درصد و در گروه کنترل ۴۰ درصد مجرد بودند. همچنین در گروه آزمایش ۵۰ درصد و در گروه کنترل ۶۰ درصد افراد در دامنه سنی ۲۰-۳۰ سال و نیز در در گروه آزمایش ۵۰ درصد و در گروه کنترل ۴۰ درصد افراد در دامنه سنی ۳۱-۴۰ سال قرار دارند. همچنین در هر دو گروه کمترین فراوانی دارای تحصیلات زیر دیپلم (گروه آزمایش ۱۵ درصد و گروه کنترل ۱۰ درصد) و در گروه بیشترین فراوانی دارای تحصیلات لیسانس (۳۵ درصد) و در گروه کنترل بیشترین فراوانی به صورت مشترک دارای تحصیلات لیسانس و فوق لیسانس و بالاتر (۳۵ درصد) بود. در ادامه شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرها ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای

متغیرهای پژوهش

گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره z	معنی داری
آزمایش	پیش آزمون	۴۵/۱۰	۲/۰۷	۰/۹۳۱	۰/۱۶۴
	پس آزمون	۵۰/۴۰	۲/۴۵	۰/۹۷۷	۰/۸۸۹
کنترل	پیش آزمون	۴۵/۷۵	۱/۸۳	۰/۹۵۰	۰/۳۶۰
	پس آزمون	۴۶/۱۵	۱/۹۹	۰/۹۵۸	۰/۴۹۷
آزمایش	پیش آزمون	۴۱/۱۰	۴/۷۵	۰/۹۶۴	۰/۶۲۹
	پس آزمون	۴۷/۸۰	۴/۵۱	۰/۹۸۲	۰/۹۵۲
کنترل	پیش آزمون	۴۱/۶۵	۴/۴۴	۰/۹۵۱	۰/۱۸۶
	پس آزمون	۴۴/۵۰	۴/۳۹	۰/۹۵۱	۰/۳۸۴
آزمایش	پیش آزمون	۵۱/۴۵	۳/۷۳	۰/۹۴۸	۰/۳۴۴
	پس آزمون	۵۷/۱۵	۳/۸۱	۰/۹۵۹	۰/۵۱۹
کنترل	پیش آزمون	۵۰/۸۵	۳/۷۸	۰/۹۸۴	۰/۹۰۵
	پس آزمون	۵۱/۸۰	۳/۳۹	۰/۹۲۷	۰/۱۳۶

در جدول ۳ شاخص‌های مرکزی، پراکندگی برای متغیرهای پژوهش در دو گروه به تفکیک مراحل پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در جدول (۲) نیز نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برای متغیرهای مورد پژوهش برقرار است ($p > 0.05$). همچنین آزمون فرض همگنی واریانس‌ها لوین و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرهای مورد مطالعه، بررسی شد و نتایج حاکی از برقراری این مفروضه‌ها بود (هوش بدنی، $F=0.350, P=0.558$ ؛ تحمل پریشانی، $F=0.141, P=0.709$ ؛ حس انسجام، $F=0.303, P=0.585$ ؛ $M=132/54, F=0.913, P=0.710$). در ادامه نتایج مربوط به نتایج شاخص‌های اعتباری آزمون چندمتغیری برای دو گروه در متغیرهای مورد بررسی ارائه شده است (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج شاخص های اعتباری آزمون چندمتغیری برای دو گروه در

نام آزمون	ارزش	F	معناداری	ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۱۸۵۹	۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۵۹
لامبدای ویلکز	۰/۱۴۱	۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۵۹
اثر هتلینگ	۶/۰۷	۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۵۹
بزرگترین ریشه روی	۶/۰۷	۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۵۹

با توجه به نتایج جدول ۴ سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز، حاکی از این است که حداقل از نظر یکی از متغیرهای مورد بررسی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و نشانگر آن است که ۸۶ درصد از تفاوت مشاهده شده در میانگین متغیرهای مورد بررسی مربوط به تاثیر درمان فراشناختی می باشد ($p < 0/01$).

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس اثرات بین گروهی میانگین متغیرهای مورد بررسی

مولفه ها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
هوش بدنی	پیش آزمون	۵۱/۷۶	۱	۵۱/۷۶	۳۶/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۵
	گروه خطا	۱/۶۹	۲۵	۱/۴۱	۱/۲۰	۰/۲۸۴	۰/۰۴۶
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۵۴/۵۹	۱	۵۴/۵۹	۴۴/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸
	گروه خطا	۱۰/۴۹	۲۵	۱/۲۴	۸/۴۷	۰/۰۰۰۷	۰/۲۵۳
حس انسجام	پیش آزمون	۱۲/۲۲	۱	۱۲/۲۲	۱۰/۶۰	۰/۰۰۳	۰/۲۹۸
	گروه خطا	۳۱/۸۵	۲۵	۱/۱۵	۲۷/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که درمان فراشناختی منجر به تفاوت معنی دار بین گروهها در ابعاد متغیرهای مورد بررسی شده است. به عبارتی، درمان فراشناختی منجر به افزایش هوش بدنی، تحمل پریشانی و حس انسجام در آزمودنی های گروه آزمایش نسبت گروه کنترل شده است ($p < 0/01$). با توجه به این یافته می توان مطرح ساخت که درمان فراشناختی تاثیر معنی داری بر بهبود هوش بدنی، تحمل پریشانی و حس انسجام در مبتلایان به فشار خون بالای اولیه دارد ($p < 0/01$).

نتایج

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود هوش بدنی، تحمل پریشانی و حس انسجام در مبتلایان به فشار خون بالای اولیه بود. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان فراشناختی تأثیر معناداری بر بهبود هوش بدنی در مبتلایان به فشار خون اولیه داشت. این نتایج با یافته های مطالعه اختیاری پبله سوار و قویدل (۱۳۹۴)، غلامرضایی و همکاران (۱۳۹۶) و همدال و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر تاثیر درمان فراشناختی بر بهبود تصویر

بدنی فرد همسویی داشت. در تبیین این یافته می توان گفت که در درمان فراشناختی از شیوه های شناختی نظیر تن آرامی، آموزش تنظیم هیجانات برای بهبود تحریفات شناختی و فراشناختی و باورهای مربوط به بدن، خطاهای شناختی و نحوه مقابله با این شناختها، فنون مقابله با استرس و افکار منفی استفاده می شود. همچنین در درمان فوق از فنون رفتاری نظیر مواجهه خیالی و واقعی برای تعدیل برداشت بدنی منفی استفاده می شود. در به کارگیری مواجهه با استفاده از حساسیت زدایی منظم به مراجع آموزش داده می شود که به صورت تدریجی با قسمت هایی از بدن خود که موجب ناراحتی پشان می شود همراه با فن تن آرامی مواجه شوند و به مرور تنش، ناراحتی و اضطراب خود را کم کنند و از این طریق احساس رضایت و کامل بودن را دریافت نمایند (ولز، ۲۰۰۰). بنابراین درمان فراشناختی از طریق راهبردهای فراشناختی و هیجانی موجب تصحیح و افزایش هوش بدنی شده و متعاقب آن باعث ایجاد تصویر بدنی مثبت در افراد می شود.

بخش دیگر نتایج به دست آمده نشان داد که درمان فراشناختی تأثیر معناداری بر بهبود تحمل پریشانی در مبتلایان به فشار خون اولیه داشت. این نتایج با یافته های مطالعه صغارخواه و شارع (۲۰۱۷) و آهنگر و همکاران (۱۳۹۹) همسویی داشت. در تبیین این یافته قابل بیان است که درمانگر فراشناختی از طریق روش های هدایتی جایگزین، به شکستن باور مربوط به کنترل ناپذیری و خطر ابهام می پردازد و فرد در عمل، کنترل نگرانی و ابهام را به دست می گیرد. پژوهش ها نشان داده اند که سه بعد از فراشناخت با بد کارکردی روان شناختی مرتبط می باشد. این سه بعد شامل باورهای منفی درباره نگرانی معطوف به کنترل ناپذیری و خطر، باورهای مرتبط به نیاز به کنترل افکار و اطمینان شناختی است (مورینا و نورمن، ۲۰۱۸). درمان فراشناختی با بهره گیری از راهکارهای متفاوت به بهبود این باورها می انجامد. با توجه به اینکه درمان فراشناختی با افکار و باورها و آگاهی از افکار سرو کار دارد، با تسهیل تغییر افکار باعث می شود که افراد نیاز به کنترل افکار را احساس نکنند و به تدریج این نیاز کاهش می یابد. بعلاوه کنترل فکر به ندرت می تواند تلاش مؤثری برای قطع پردازش نگرانی باشد، زیرا فکر نکردن درباره موضوعات نگران کننده و سرکوب کردن فکر موجب افزایش فکر نگران کننده می شود. آگاهی بیماران از ناکارآمدی استفاده از چنین راهبردهایی برای کنترل افکار و آموزش شیوه های مقابله ای جایگزین در بهبود این باور مؤثر است (ولز و همکاران، ۲۰۱۰) و می تواند منجر به افزایش تحمل پریشانی گردد.

همچنین قابل بیان است که درمان فراشناختی از طریق راهبردهایی چون تمرین ذهن آگاهی انحصالی (مانند آموزش های جلسه دوم که به تمرین ذهن آگاهی انحصالی)، تمرین بررسی عقاید مثبت، ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت، شناسایی عقاید منفی، شناسایی باورهای فراشناختی منفی و نحوه مقابله با آنها (مانند آموزش های جلسه سوم که به تمرین شناسایی ماشه چکان های نشخوار ذهنی و تمرین تکنیکها، بررسی نشخوار فکری و تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه، چالش با فراشناخت های غیرقابل کنترل، شناسایی سطوح فعالیت و مقابله پرداخت). موجب می شود که فرد باورهای متفی خود را شناخته و توجه خود را بیشتر به عقاید و افکار

مثبت معطوف کند که همین عامل زمینه تحمل پریشانی را در بیمار افزایش می‌دهد.

قسمت دیگر نتایج نشان داد که درمان فراشناختی تأثیر معناداری بر بهبود حس انسجام در مبتلایان به فشار خون اولیه داشت. این نتایج با یافته‌های مطالعه معینی و همکاران (۱۳۹۸)، باباخان زاده و همکاران (۱۳۹۸) و موریتز و همکاران (۲۰۱۹) همسویی داشت. در تبیین این یافته قابل بیان هست که براساس نظر زولنر و مایرکر^۱ (۲۰۰۶) ادراک رشد فردی در طول زمان می‌تواند در مقابله با رویدادهای آسیب‌زا (مانند بیماری) به افراد کمک کند؛ ولیکن افراد بیماری به خصوص فرد بیماری دارای پریشانی روانشناختی و حال خود را منفی‌تر از افراد سالم یادآوری می‌کنند. این ادراک باعث ایجاد احساسات درماندگی در آنها شده و باور آنها بر ناتوانی در سازگاری را افزایش می‌دهد. این نوع بازنمایی طرحواره‌های، دیدگاه منفی مداوم نسبت به خود در این افراد را شکل می‌دهد (استوپا، ۲۰۱۰؛ ترجمه برجلی و آجیل-چی، ۱۳۹۲). بنابراین، مسیر ارتقاء خود که در اثر تأیید خود، ارزیابی خود و پیشرفت خود حاصل می‌شود در این بیماران مختل می‌گردد؛ در درمان فراشناختی با استفاده از فنون ذهن آگاهی گسلیده و تغییر سبک تفکر از عینی به فراشناختی، این چرخه ناکارآمد متوقف می‌شود و مسیر ارتقاء خود، هشیاری، انسجام و یکپارچگی هموار می‌گردد. در درمان فراشناختی با تأکید بر استفاده از تمرینات ارائه شده در جلسه آموزشی، تغییرات موجب اصلاح باورهای مثبت و منفی فراشناختی، بهره‌گیری از سبک‌های مقابله‌ای و غیره می‌گردد که همین عامل موجب بهبود درک فرد از موقعیت خویشتن و به تبع افزایش حس انسجام می‌شود.

به طور کلی نتایج به دست آمده از این مطالعه حاکی از تأثیر درمان درمان فراشناختی بر بهبود هوش بدنی، تحمل پریشانی و حس انسجام در مبتلایان به فشار خون بالای اولیه بود. براین اساس بهره‌گیری از این روش درمانی به منظور بهبود شرایط روانشناختی و به تبع آن کاهش مشکلات جسمانی افراد مبتلا به فشار خون بالای اولیه از سوی مشاوران و روانشناسان مراکز درمانی پیشنهاد می‌گردد. بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم توجه به ویژگی‌های فردی (عدم هم‌تاسازی) افراد مورد مطالعه از محدودیت‌های این پژوهش بود. براین اساس پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی با بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و نیز تلاش در کنترل ویژگی‌های فردی گروه‌های مورد مطالعه، قابلیت تعمیم نتایج به دست آمده افزایش یابد.

منابع

اختیاری پيله سوار، عظيمة و قويدل، سمیه. (۱۳۹۴). *اثر بخشی فراشناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی گسلیده بر افسردگی و تصویر بدنی دختران چاق*. همایش ملی روانشناسی و مدیریت آسیب‌های اجتماعی.

استوپا، ل. (۲۰۱۰). *تصورسازی ذهنی و خود تهدید شده: نظریه‌های نوین خود و کاربرد تصویرسازی ذهنی در شناخت درمانی*. ترجمه احمد برجلی، بیتا آجیل چی، محمد سلیمی. (۱۳۹۲). تهران، انتشارات کتاب ارجمند. چاپ اول.

اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزرمی، هاله و ثمرخی، امیر. (۱۳۹۳). نقش بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیادپذیری دانشجویان.

فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۸ (۲۹)، ۴۹-۶۳.

افضلی، علی و فرخزادیان، علی اصغر. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) در تغییر سطح رضایت جنسی، رضایت زناشویی و نگرانی از تصویر بدنی در کارمندان زن متأهل مبتلا به افسردگی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶ (۲): ۱۱۳-۱۲۱.

آقایوسفی، علیرضا و شریف، نسیم. (۱۳۸۹). بررسی همبستگی بین بهزیستی روانی و حس انسجام در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکز. *مجله پژوهنده*، ۱۵ (۶)، ۲۷۹-۲۷۳.

آهنگر، احد؛ اسدی، فاطمه و سلامت، سکینه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر عدم تحمل ابهام دانش آموزان با علایم وسواس فکری-عملی. *زن مطالعات خانواده*، ۱۳ (۴۷)، ۷۱-۹۱.

باباخان زاده، سهیلا؛ احتشام زاده، پروین؛ افتخارصعادی، زهرا؛ بختیارپور، سعید و علیپور، احمد. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی مغز بر سندرم شناختی-توجهی و حس انسجام خوددر مبتلایان به اضطراب. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱۰ (۳۸)، ۶۵-۷۴.

پورحسینی، حمیدرضا؛ شفیعی، اکبر. (۱۳۹۹). نتایج طرح ملی کنترل فشار خون بالا در مرکز قلب تهران. *سلامت/اجتماعی*، ۷ (۳)، ۳۴۰-۳۴۴.

جلالی، امینه و پورحسین، رضا. (۱۳۹۹). ذهن آگاهی و استرس. *رویش روان شناسی*، ۹ (۴)، ۱۴۵-۱۵۸.

حسینی، ملیحه؛ بنیسی، پریناز و حقیقت، سارا. (۱۳۹۸). تبیین افسردگی بر اساس انعطاف‌پذیری روانشناختی و احساس انسجام در مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم. *رویش روانشناسی*، ۸ (۶)، ۱۰۳-۱۱۳.

حسین پور، محمدرضا؛ سمیعی، لاله و نعمت‌اللهی، مریم. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین حس انسجام و اضطراب در بیماران عروق کرونر قلبی در شهر تبریز. *توسعه پرستاری در سلامت*، ۷ (۲)، ۵۹-۶۷.

عباس زاده، محمدصادق؛ حسینی، مانی؛ رهنمائی نیا، مهسا؛ عبدالزاده، سانا و سلیمانی، محسن. (۱۳۹۸). بررسی ارتباط شاخص‌های تن‌سنجی با فعالیت فیزیکی، افسردگی و فشارخون در دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی سمنان. *مجله کومش*، ۲۱ (۴)، ۷۵۹-۷۶۶.

عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۱ (۱)، ۱۲-۱۸.

غلامرضایی، سیمین؛ یوسف‌وند، مهدی؛ غضنفری، فیروزه و فرخ‌زادیان، علی اصغر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) در تغییر سطح باورهای فراشناختی و نگرانی تصویر بدنی دانش‌آموزان افسرده. *نشریه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی*، ۱۰ (۴۰)، ۱۰۵-۱۲۷.

محمودعلیلو، مجید و لشگری، آرزو. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) بر کاهش نگرانی و فرانگرانی افراد دارای نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر (GAD). *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۵ (۵۹)، ۱۸۷-۱۹۷.

معینی، پوپک؛ ملیحی‌الذاکرینی، سعید؛ اسدی، جوانشیر و خواجوند خوشلی، افسانه. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی بر احساس انسجام و کیفیت زندگی همسران مردان مبتلا به اعتیاد. *فصلنامه علمی-اعتیادپژوهی*، ۱۳ (۵۴)، ۱۸۱-۲۰۴.

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health - how people manage stress and stay well. (Jossey Bass Social and Behavioral Science Series)*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Asgharkhah, E., & Shareh, H. (2017). Effectiveness of group metacognitive therapy in self-efficacy and defense styles in women with multiple sclerosis. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(4), 330-40.
- Anderson, R. (2006). Body Intelligence Scale: Defining and Measuring the Intelligence of the Body. *The Humanistic Psychologist*, 34(4), 357-367.
- Borders, A. (2020). *Metacognitive therapy for rumination. Rumination and Related Constructs, Causes, Consequences, and Treatment of Thinking*. Too Much,
- Countouris, M.E., Jeyabalan, A., Caldwell, J. C., Lee, J. E., & Hickey, G. W. (2020). Primary Presentation of Pulmonary Hypertension in the per partum: Preparing for Patients with Eisenmenger Physiology. *Case Reports*, 2(1), 125-130.
- Deary, I.J., Harris, S. E., & Hill, W. D. (2019). What genome-wide association studies reveal about the association between intelligence and physical health, illness, and mortality. *Current opinion in psychology*, 27, 6-12.
- Delavar, F., Pashaeypoor, S., & Negarandeh, R. (2020). The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 103(2), 336-342.
- Dzhambov, A.M., Markevych, I., & Lercher, P. (2018). Greenspace seems protective of both high and low blood pressure among residents of an Alpine valley. *Environment international*, 121, 443-452.
- Grevenstein, D., & Bluemke, M. (2015). Can the Big Five explain the criterion validity of Sense of Coherence for mental health, life satisfaction, and personal distress? *Personality and Individual Differences*, 77, 106-111.
- Hemdal, O., Hagen, R., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2020). Metacognitive Therapy for depression and generalized anxiety disorder: nature, evidence and an individual case illustration. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 301-313.
- Huang, Y., Su, Y., Jiang, Y., & Zhu, M. (2020). Sex differences in the associations between blood pressure and anxiety and depression scores in a middle-aged and elderly population: the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 274, 118-125.
- Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behav Ther*, 41(4), 567-74.
- Kim, Y.J., Cha, E.J., Kim, S.M., Kang, K.D., & Han, D.H. (2015). The effects of taekwondo training on brain connectivity and body intelligence. *Psychiatry Investigation*, 12(3), 335.
- Kolubinski, D. C., Marino, C., Nikčević, A. V., & Spada, M. M. (2019). A metacognitive model of self-esteem. *Journal of affective disorders*, 256, 42-53.
- Matthews, K.A., Katholi, C.R., McCreath, H., Whooley, M.A., Williams, D.R., Zhu, S. (2004). Blood pressure reactivity to psychological stress predicts hypertension in the CARDIA study. *Circulation*, 110(1), 74-78.
- McEvoy, P.M. (2019). Metacognitive Therapy for Anxiety Disorders: a Review of Recent Advances and Future metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behavioral research and therapy*, 48, 429-434.
- Moksnes, U.K., & Haugan, G. (2015). Stressor experience negatively affects life satisfaction in adolescents: the positive role of sense of coherence. *Quality of Life Research*, 24(10), 2473-2481.
- Morina, N., & Normann, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 11-22.
- Moritz, S., Lysaker, P.H., Hofmann, S.G., & Hautzinger, M. (2019). Going meta on metacognitive interventions. *Expert review of aerotherapeutics*, 18(10), 739-741.
- Naqvi, S., Asar, T.O., Kumar, V., Al-Abbasi, F.A., Alhassani, S., Kamal, M.A., & Anwar, F. (2021). A cross-talk between gut microbiome, salt and hypertension. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 134, 111-156.
- Nawi, M.A., Zulkefley M., Jetly, K. & Razak, M. (2021). The Prevalence and Risk Factors of Hypertension among the Urban Population in Southeast Asian Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Hypertension*, 1(3), 1-14
- Panel, C., & Sisira, S. (2016). The association between social cohesion and physical activity in Canada: A multilevel analysis. *Population Health*, 2, 718-723
- Park, E., Kim, D., & Choi, S. (2019). The impact of differential cost sharing of prescription drugs on the use of primary care clinics among patients with hypertension or diabetes. *Public health*, 173, 105-111.
- Shareef, M.A., Kumar, V., Dwivedi, Y.K., Kumar, U., Akram, M. S., & Raman, R. (2021). A new health care system enabled by machine intelligence: Elderly people's trust or losing self-control. *Technological Forecasting and Social Change*, 162, 120334.
- Simons, J.S. & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Thanalakshmi, J., Maheshkumar, K., Kannan, R., Sundareswaran, L., Venugopal, V., & Poonguzhali, S. (2020). Effect of Sheetal pranayama on cardiac autonomic function among patients with primary hypertension-A randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 39, 101138.
- Von Visger, T.T., Kuntz, K.K., Phillips, G.S., Yildiz, V.O., & Sood, N. (2018). Quality of life and psychological symptoms in patients with pulmonary hypertension. *Heart & Lung*, 47(2), 115-121.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. New Jersey: Wiley.
- Wells, A. (2008). *Met Cognitive Therapy: A Practical Guide*. 5t ed. New York, Guilford Press, Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A., Welford, M., King, J., Papageorgiou, C., Wisley, J., & Mendal, E. (2010). A pilot randomized trial of Research Directions. *Current psychiatry reports*, 21(5), 29.
- Yoko, K., Makoto, N., Miki, I., Shoko, O., Mihoko, T., & Miyoko, N. (2014). Relationship between depressive state, job stress, and sense of coherence among female nurses. *Indian J Occup Environ Med*, 18(1):32-37.
- Zoellner, T., & Maercker, A (2007). Posttraumatic growth in clinical psychology – a critical review and introduction of a two-component model. *Clinical Psychology Review*, 19, 913-919