




اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به فشارخون بالا

گروه روانشناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

الهه صادقلو 

سارا پشنگ* 

مهرداد ثابت 

sarapashang@yahoo.com

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۲۱ ایمیل نویسنده مسئول:

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۹

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۲ پیاپی ۱۱ | ۴۳۲-۴۱۸

تابستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(صادقلو، پشنگ و ثابت، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

صادقلو، الهه، پشنگ، سارا، و ثابت، مهرداد. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به فشارخون بالا. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۲ پیاپی ۱۱): ۴۳۲-۴۱۸.

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به فشارخون بالا بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کاربردی و شبه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان افراد مبتلا به فشارخون بالا شهر تهران تشکیل داد. نمونه پژوهش حاضر ۳۰ نفر از جامعه مذکور بود که به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پرسشنامه نشخوار خشم ساکودولسکی و همکاران (۲۰۰۱)، مقیاس استرس ادراک‌شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) و دستگاه فشارسنج خون به‌دست‌آمده است. درمان مبتنی بر شفقت در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس بسته آموزشی گیلبرت (۲۰۱۷) اجرا گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی: شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی مانند میانگین و انحراف استاندارد به کار گرفته شد. از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS.22 استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری ($F=۶/۵۷$, $P<۰/۰۱$)، نشخوار خشم ($F=۹/۲۷$, $P<۰/۰۱$) و استرس ادراک‌شده ($F=۱۴/۹۱$, $P<۰/۰۱$) در زنان مبتلا به فشارخون بالا تفاوت مؤثر است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به فشارخون بالا مؤثر بود.

کلیدواژه‌ها: فشارخون، استرس ادراک‌شده، نشخوار خشم، تاب‌آوری، شفقت.

مقدمه

فشارخون^۱ بالا یکی بیماری مزمن نیازمند درمان طولانی‌مدت است که با وجود بی علامت بودن، منجر به شکایات و عوارض کشنده می‌شود (بنگاس، رویلیپه، دیلاسریا، گوروستیدی و همکاران، ۲۰۱۸). حدود یک میلیارد نفر در جهان از فشارخون بالا رنج می‌برند و سالانه ۷ میلیون نفر در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند (اتحاد و همکاران، ۲۰۱۶). فشارخون بالا همانند سیگار و دیابت از عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی است که عامل یک‌سوم مرگ‌ومیرها می‌باشد. فشارخون بالا ممکن است تا سال‌های متمادی و تا زمانی بروز پیامدهای سوء بیماری تشخیص داده نشود (فلین و همکاران، ۲۰۱۷). علی‌رغم پیشرفت‌های درمانی حدود نیمی از بیماران قادر به کنترل فشارخون خود نیستند (مانتتر و همکاران، ۲۰۱۸). باوجود آنکه ۷۰ درصد بیماران مبتلا به فشارخون از بیماری خود، آگاه و ۶۰ درصد آن‌ها تحت درمان هستند، تنها ۳۴ درصد موفق به کنترل بیماری خود شده‌اند (لان و همکاران، ۲۰۱۶). این گروه از بیماران مزمن به دلیل نیاز به مقابله با شرایط بیماری، تهدید رفاه، تمامیت بدن، استقلال، ایفای نقش‌های خانوادگی، اجتماعی و حرفه‌ای، اهداف و برنامه‌های آینده و بی‌ثبات اقتصادی استرس زیادی را تجربه می‌کنند (هاین، بولینگر و کوالونت، ۲۰۱۷).

در طول سال‌های گذشته پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که رویدادهای استرس‌زا در ظهور بیماری‌های جسمانی و روانی مؤثرند و در واقع یکی از عواملی که به‌تنهایی و یا در ترکیبی با عوامل دیگر نقش اساسی در فشارخون بالا دارد، استرس می‌باشد (کلاین و همکاران، ۲۰۱۶). در هنگام استرس و موقعیت‌های تهدیدکننده، رگ‌های اندام‌های احشائی منقبض می‌شوند، در این حالت نبض سریع می‌زند و فشارخون بالا می‌رود. برخی پژوهش‌گران، معتقدند که ویژگی‌های محیطی و موقعیتی متفاوت در تجربه میزان استرس اثرگذار هستند. براین اساس، حوادثی که تقاضاها و مطالبات زیادی ایجاد می‌کنند و تهدیدی قریب‌الوقوع به شمار می‌روند، می‌توانند استرس زیادی را در فرد ایجاد کنند. همچنین پژوهش‌گران تغییر در شرایط محیطی وزندگی را نیز استرس‌آور دانسته و عوامل محیطی چون ابهام در موقعیت یا نقش، مطلوب دانستن یا ندانستن موقعیت و کنترل‌پذیری یا کنترل‌ناپذیری موقعیت را نیز در میزان تجربه استرس مؤثر دانسته‌اند. استرس عبارت است از تجربه کردن وقایعی که برای آسایش جسمی یا روان فرد مخاطره‌آمیز تلقی می‌شوند و یکی از مؤلفه‌های تبیین‌کننده احتمال اتخاذ سبک‌های مقابله توسط افراد در موقعیت‌های استرس‌زا محسوب می‌شود و استرس ادراک‌شده از جمله عواملی است که می‌تواند در ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات نقش داشته باشد و یا شرایط ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات را هموار سازد و شدت استرس ادراک‌شده اشاره به باور فرد در زمینه جدی بودن استرس دارد. در واقع استرس ادراک‌شده عبارت است از واکنش بدن به تغییری که مستلزم سازگاری یا پاسخ جسمی، ذهنی یا هیجانی می‌باشد که می‌تواند به‌وسیله هر عامل یا محرک تنش‌زا ایجاد گردد (آدامز، میرز و بیداس، ۲۰۱۶).

از دیدگاه آسیب‌شناسی، استرس در سطح فردی باعث بروز آسیب‌های جسمی و روانی و در سطح اجتماعی باعث بروز و تشدید مشکلات اجتماعی می‌شود. در حال حاضر نظریه‌پردازان جدید استرس سعی دارند این مفاهیم کل را به اجزای تشکیل‌دهنده و مکانیزم‌های آن از جمله سازوکاری که استرس به‌واسطه آن موجب

بیماری می‌شود، افکار مزاحم، نشخوار فکری، مشغولیت‌های ذهنی، افکار خودکار و خاطرات آسیب‌زا تجزیه کنند.

با توجه به اینکه فشارخون یک فرد تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله استرس و هیجانات قرار می‌گیرد، در نتیجه ممکن است یک فرد در هنگام مراجعه به پزشک تحت تأثیر مواجهه با پزشک و شرایط مطب یا بیمارستان دچار استرس شده و فشارخون بیمار بالا رود، وقتی برای بیماری تشخیص فشارخون بالا گذاشته می‌شود، این امر مستلزم مصرف دارو (گاهی تا آخر عمر) صرف هزینه‌های مراجعه به مراکز درمانی و اتلاف وقت بیمار جهت مراجعات مکرر و غیره می‌باشد. از این‌رو، فشارخون بالا ناشی از استرس زمانی ایجاد می‌شود که فشارخون شخص در مطب یا مرکز درمانی بالا است ولی با استفاده از دستگاه هولتر مانیتورینگ در حد نرمال است. این پدیده باعث می‌شود تا این افراد به درمان‌های رایج ضد فشارخون پاسخ مثبت ندهند (ماتور و همکاران، ۲۰۱۶). برچسب بیماری زدن، محدودیت در رژیم غذایی، تغییر در فعالیت‌های روزانه، عدم درمان قطعی بیماری و عوارض بیماری و دارودرمانی با ایجاد فشار روانی بر این بیماران، کیفیت زندگی و تاب‌آوری آن‌ها را کاهش می‌دهد (سامر و همکاران، ۲۰۱۷). تاب‌آوری به‌عنوان یک سازه پیچیده فرهنگی در حال حاضر به دلیل اثرات بالقوه بر سلامتی، رفاه، کیفیت زندگی و این‌که افراد چگونه به چالش‌های گوناگون پاسخ می‌دهد در حوزه بالینی حایز اهمیت است (شمیتورز و همکاران، ۲۰۱۸). تاب‌آوری به معنی توانایی مقابله موفقیت‌آمیز با موقعیت‌های استرس‌زا و سازگاری با مشکلات و نامایمات است.

نتایج پژوهش قطور و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ که نشان‌دهنده اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در افزایش تاب‌آوری آزمودنی‌های تحت مداخله است. نتایج پژوهش گنزالس و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر فشار روانی، استرس و اضطراب بیماران تأثیر دارد. همچنین نتایج پژوهش کولینز، گیلیگان و پوز (۲۰۱۸) نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب، افسردگی و عزت‌نفس فرد و همسران آن‌ها و افزایش کیفیت زندگی مؤثر بود. نتایج مطالعه ریز (۲۰۱۱) نشان داد که شفقت علائم افسردگی را پس از گذشت یک ماه پیش‌بینی می‌کند، به‌گونه‌ای که دانشجویانی که در مرحله خط پایه از شفقت بالاتری برخوردار بودند، در مقایسه با دانشجویانی که سطح شفقت پایین تری داشتند، پس از ۱ ماه میزان افسردگی کمتری را گزارش کرده بودند.

همان‌طور که بیان شد از مشکلات روان‌شناختی عمده مبتلایان به فشارخون بالا کمبود تاب‌آوری و نشخوار خشم در برابر پیامدهای جسمانی و روانی بیماری است. مرور پژوهش‌ها نشان از آن دارد آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر طیف گسترده‌ای از متغیرهای روان‌شناختی تأثیر دارد و به نظر می‌رسد این درمان‌ها بر مسائل روان‌شناختی و در نتیجه بهبود جسمانی بیماران فشارخون بالا اثرات مثبتی داشته باشد؛ بنابراین از آنجاکه به مداخلات روان‌شناسی به‌منظور بهبود حالات روانی بیماران مبتلا به فشارخون بالا نیاز می‌باشد، انجام مطالعه آزمایشی برای درمان بیماران به شیوه ایمن‌سازی در مقابل استرس ضروری به نظر می‌رسد. توجه به تمام عوامل ذکر شده اهمیت پرداختن به این موضوع را بیش‌ازپیش روشن می‌کند به‌ویژه اینکه تحقیقات انجام‌شده در این حوزه در کشور محدود بوده و شکاف تحقیقاتی در زمینه تعیین اثربخشی ایمن‌سازی در مقابل استرس بر تاب‌آوری و نشخوار خشم مبتلایان به فشارخون را هر چه بیشتر نمایان

می‌سازد و مجموع این عوامل سبب پرداختن پژوهشگر به این مسئله شد. با توجه به آنچه گفته شد هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به فشارخون بالا می‌باشد؛ پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سؤالات زیر بود:

۱- آیا درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به فشارخون بالا در مرحله پس‌آزمون مؤثر بود؟

۲- آیا درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به فشارخون بالا در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و شبه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه‌گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان افراد مبتلا به فشارخون بالا شهر تهران تشکیل دادند. از جامعه مذکور، طی یک فراخوان عمومی (کلینیک‌های پزشکی شهر تهران و بیمارستان‌های فعال در حوزه قلب و فشارخون)، افرادی که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند فراخوانده شد؛ افراد مایل به شرکت در پژوهش، به صورت در دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه گواه جایگزین شدند. همچنین با در نظر گرفتن تعداد ریزش نمونه‌ها بر اساس مطالعات انجام‌شده قبلی، احتمال ریزش نمونه در مطالعه فوق ۵ نفر در هر گروه پیش‌بینی شده و بر این اساس تعداد کلی افراد نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. گروه گواه، آموزشی دریافت نکرد. آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس طی ۱۰ جلسه به صورت هفته‌ای یک‌بار و به مدت ۹۰ دقیقه انجام گرفت. گروه شاهد تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: ۱- کلیه افراد به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می‌نمودند. ۲- این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورداستفاده قرار خواهند گرفت. ۳- به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون**^۱. پرسشنامه کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) دارای ۲۵ عبارت ۵ گزینه‌ای در ۵ خرده مقیاس تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی/تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک‌فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط آریاپوران و همکاران (۱۳۹۷) هنجاریابی شده است. آن‌ها برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی را ۰/۸۹ گزارش کردند (۱۵). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری، ۰/۸۲ به دست آمد.

۲. **پرسشنامه نشخوار خشم**^۲. مقیاس نشخوار خشم یک آزمون ۱۹ سؤالی است؛ که توسط ساکودولسکی و همکاران (۲۰۰۱) برای سنجش تمایل به تفکر در مورد موقعیت‌های خشم‌انگیز فعلی و یادآوری تجربه‌های

1. Connor Davidson Resilience Scale

2. Anger Rumination Scale

خشم انگیز ساخته شده است. سؤال‌های آزمون، چهار زیر مقیاس نشخوار خشم شامل، پس فکرهای خشم، افکار تلافی جویانه، خاطره‌های خشم و شناختن علت‌ها را در اندازه‌های چهاردرجه‌ای لیکرت از نمره یک (خیلی کم) تا نمره چهار (خیلی زیاد) می‌سنجد. نمره‌گذاری آزمون به صورت است که نمره بیشتر بیان‌گر نشخوار خشم است. از محاسبه نمره‌های سؤالات چهار مقیاس، نمره نشخوار خشم کلی به دست می‌آید. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس نشخوار خشم در چندین پژوهش بررسی و تأیید شده است (بشارت و پور بهلول، ۲۰۱۲). برحسب یافته‌های مقدماتی، ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از مقیاس‌های نشخوار خشم (نمره کل)، پس فکرهای خشم، افکار تلافی جویانه، خاطره‌های خشم و شناختن علت‌ها به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۸۷ و ۰/۷۸ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است (بشارت و پور بهلول، ۲۰۱۲). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ پرسشنامه نشخوار خشم، ۰/۷۸ به دست آمد.

۳. مقیاس استرس ادراک شده. این مقیاس توسط کوهن و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده است (۱۸). دارای ۱۴ آیتم می‌باشد و هر آیتم بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود. این گزینه‌ها به ترتیب نمره ۱، ۲، ۳ و ۴ می‌گیرند. مقیاس ذکر شده دو خرده مقیاس را می‌سنجد. الف) خرده مقیاس ادراک منفی از استرس که دارای ۷ آیتم می‌باشد، ب) خرده مقیاس ادراک مثبت از استرس که دارای ۷ آیتم می‌باشد. ضرایب پایایی همسانی درونی این مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک به دست آمده است. خسروی و نیک منش (۲۰۱۴) در پژوهشی بر روی دانشجویان، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اصلی و مقیاس تجدیدنظر شده را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ مقیاس استرس ادراک شده، ۰/۸۴ به دست آمد.

۴. دستگاه فشارسنج خون. فشارسنج پزشکی وسیله ایست که از آن برای اندازه‌گیری فشار سیستولی و فشار دیاستولی خون استفاده می‌شود. فشارسنج پزشکی انواع و اقسام بسیاری دارد اما دو نوع فشارسنج جیوه‌ای و فشارسنج عقربه‌ای آن در ایران بیشتر کاربرد دارند.

۵. درمان مبتنی بر شفقت. این پژوهش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس بسته آموزشی گیلبرت (۲۰۱۷) اجرا گردید. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن مورد تأیید قرار گرفته و از روایی صوری و محتوایی بالایی برخوردار است. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمانی مبتنی بر شفقت ارائه گردیده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر شفقت

جلسه	اهداف	محتوا
اول	آشنایی با اصول کلی درمان مبتنی بر شفقت	آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، آشنایی با مفهوم کلی شفقت به خود و همدلی
دوم	آشنایی با رفتار و افکار خود انتقادگر	آموزش و انواع آن، ترغیب آزمودنی‌ها به بررسی شخصیت خود به‌عنوان خود انتقادگر یا شفقتگر، بیان علل خود انتقادی و پیامدهای آن، ارائه راهکارهایی برای کاهش خود انتقادی

سوم	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود	آموزش پذیرش اشتباهات بدون قضاوت، بیان دلایل اشتباه کردن، بیان معایب و پیامدهای عدم بخشش، ارائه راهکارهایی برای بخشش خود در زمان خطا کردن
چهارم	درک و توانایی تحمل شرایط دشوار	آموزش ذهن آگاهی و مهارت‌های آن همراه با تمرین واری‌سازی بدنی و تنفس. آموزش چگونگی تحمل مشکلات و چیره شدن بر آن‌ها، آموزش پذیرش شکست، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند.
پنجم	قدردانی از خود	آموزش خود ارزشمندی و مزایای آن. بیان معایب خود ارزشمندی پایین و عزت‌نفس، آموزش روش‌های تقویت حس خود ارزشمندی.
ششم	ایجاد احساسات خوشایند	آموزش ایجاد تصاویر دل‌سوزانه و آرام‌سازی از طریق تصویرپردازی ذهنی (تصویر رنگ، مکان ویژگی‌های شفقت ورز). آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت ورزی و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره
هفتم	آشنایی با رفتار شفقت گر	آموزش مفاهیم شفقت ورزی مانند خرد، توجه، تفکر منطقی، گرمی، حمایت و مهربانی، آموزش صفات خود شفقتی مانند انگیزه، حساسیت، همدری و مهربانی
هشتم	شناسایی احساسات متناقض	آموزش گفتگوی درونی بین سه خود تعریف‌شده، (گفتگو بین خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود دل‌سوز یا شفقت گر). در این تمرین هر فرد بین ابعاد مختلف وجود خود مکالمه‌هایی ترتیب می‌دهد و با هر سه بخش انتقادگر، انتقاد شونده و شفقت گر خود ارتباط برقرار کند.
نهم	درک و پذیرش خود	آموزش نوشتن نامه دل‌سوزانه به خود، دانش‌آموزان خاطر اشتباهی که مرتکب شده‌اند از طرف یک شخصیت دل‌سوز برای خود نامه می‌نویسند و به کمبودها و ضعف‌هایی اشاره می‌کنند که درباره خود احساس می‌کنند.
دهم	مرور مباحث آموزش داده شده	دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره اصول آموزش داده شده، مرور و جمع‌بندی مطالب گذشته

روش اجرا. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورداحترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام‌شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

از بین ۳۰ شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، ۱۵ شرکت‌کننده در گروه درمان مبتنی بر شفقت و ۱۵ شرکت‌کننده در گروه گواه قبل و بعد آموزش با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. میانگین (انحراف معیار) سن آزمودنی‌ها در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۴۰/۴ (۷/۶۳) و گروه گواه ۴۰/۶ (۸/۷۱) بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
استرس ادراک شده	آزمایش	۳۶/۱۳	۷/۹۵	۲۷/۶۶	۷/۷۹	۲۷/۴۵	۷/۶۳
	گواه	۳۵/۰۶	۷/۰۸	۳۴/۸۶	۶/۹۹	۳۴/۷۴	۶/۸۲
نشخوار خشم	آزمایش	۶۲/۴۰	۹/۰۲	۵۵/۹۳	۶/۰۵	۵۵/۸۱	۶/۰۰
	گواه	۶۲/۸۰	۷/۷۵	۶۲/۵۹	۷/۶۰	۶۲/۵۱	۷/۵۹
تاب‌آوری	آزمایش	۷۴/۷۳	۱۱/۶۶	۸۴/۴۰	۱۲/۸۴	۸۴/۳۰	۱۲/۷۴
	گواه	۷۵	۱۱/۸۱	۷۷/۳۳	۱۲/۶۷	۷۷/۳۰	۱۲/۶۵

همان‌گونه که مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در متغیرهای تحقیق تأیید می‌گردد. یعنی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه گواه تأیید گردید همان‌گونه که مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش تأیید می‌گردد. یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه تأیید گردید.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	معناداری	معناداری
استرس ادراک شده	آزمایش	۱۵	۰/۷۸۵	۳۰	۰/۷۸۴	۴/۴۱	۰/۹۰
	گواه	۱۵	۱/۱۵	۳۰	۰/۷۸۴	۴/۴۱	۰/۹۰
نشخوار خشم	آزمایش	۱۵	۰/۵۹۲	۳۰	۰/۵۶۴	۳/۷۵	۰/۹۲
	گواه	۱۵	۱/۱۲	۳۰	۰/۵۶۴	۳/۷۵	۰/۹۲
تاب‌آوری	آزمایش	۱۵	۰/۷۸۴	۳۰	۰/۳۸۹	۳/۲۰	۰/۷۹
	گواه	۱۵	۱/۲۶	۳۰	۰/۳۸۹	۳/۲۰	۰/۷۹

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیروویک انجام شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در سه مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای تاب‌آوری، نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
استرس ادراک‌شده	مراحل	۵۸/۰۲	۱/۲۳	۴۷/۳۵	۴۷/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	مراحل * گروه	۶۶/۴۲	۱/۲۳	۵۴/۲۰	۵۴/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	گروه‌ها	۱۱۱/۱۱	۱/۰۰	۱۱۱/۱۱	۱۴/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵
نشخوار خشم	مراحل	۲۹/۹۶	۱/۳۳	۲۲/۵۷	۶/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۱۹
	مراحل * گروه	۴۱/۶۰	۰/۳۳	۳۱/۳۵	۸/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	گروه‌ها	۱۶۰/۰۰	۱/۰۰	۱۶۰/۰۰	۹/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۵
تاب‌آوری	مراحل	۲۲/۸۷	۱/۲۳	۱۸/۶۴	۵/۵۸	۰/۰۲	۰/۱۷
	مراحل * گروه	۴۰/۹۶	۱/۲۳	۳۳/۳۸	۹/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	گروه‌ها	۹۸/۱۸	۱/۰۰	۹۸/۱۸	۶/۵۷	۰/۰۲	۰/۱۹

بر اساس نتایج جدول ۴، تفاوت بین نمرات متغیرهای در سه مرحله از پژوهش معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$). همچنین میانگین نمرات متغیرهای تاب‌آوری، نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در دو گروه آزمایش و گواه معنی‌دار به‌دست‌آمده است ($P < ۰/۰۵$). علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در متغیرهای تاب‌آوری، نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$)؛ به‌عبارت‌دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای تاب‌آوری، نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی‌دار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت در بهبود متغیرهای تاب‌آوری، نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده زنان مبتلا به فشارخون بالا مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرهای معنی‌دار است؛ بنابراین نتایج مقایسه‌های زوجی میانگین‌های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۵. گزارش شده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی میانگین گروه‌های درمان تعهد و پذیرش و گواه در سه مرحله پژوهش در متغیرهای تاب‌آوری، نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده

متغیر وابسته	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
استرس ادراک‌شده	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۲۷.۳	۴۰.۰	۰۰۱.۰
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۷۳.۳	۴۴.۰	۰۰۱.۰
	پس‌آزمون-پیگیری	-۴۷.۰	۲۳.۰	۱۱۱.۰
نشخوار خشم	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۴۷.۲	۷۸.۰	۰۲۱.۰
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۶۰.۲	۸۱.۰	۰۱۹.۰
	پس‌آزمون-پیگیری	-۱۳.۰	۳۶.۰	۱
پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۴۷.۲	۸۲.۰	۰۲۷.۰	

۰۲۰۰	۷۷۰۰	۴۷۰۲-	پیش‌آزمون-پیگیری	تاب آوری
۱	۲۹۰۰	۰۰۰۰	پس‌آزمون-پیگیری	

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت مرحله پیش‌آزمون با دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در گروه درمان مبتنی بر شفقت معنی‌دار به دست آمده است ($p < 0/01$) اما در گروه گواه تفاوت بین نمرات مرحله پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس‌آزمون با نمرات پیگیری در متغیرهای تاب‌آوری، نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده معنی‌دار نیست ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به فشارخون بالا بود. یافته‌ها نشان داد اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به فشارخون بالا تأثیر دارد. نتایج این یافته با پژوهش قطور و همکاران (۱۳۹۷)؛ گنزالس و همکاران (۲۰۱۸)؛ کولینز، گیلیگان و پوز (۲۰۱۸)؛ ریز (۲۰۱۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در ابتدا باید به ارتباط واضح بین این بیماری و عوامل روان‌شناختی و عصب‌شناختی اشاره کرد. عوامل روان‌شناختی و سیستم عصبی خودمختار به سبب‌شناسی فشارخون مربوط هستند، ارتباط بین بیماری فشارخون و اختلالات روان‌شناختی به ارتباط خاص بین مغز و فشارخون برمی‌گردد. فرآیندهای اصلی درمان مبتنی بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز، آرام شود (گارسیا-کامپا و همکاران، ۲۰۱۶). افزون بر آن، در درمان متمرکز بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. در تمرین‌های خود-شفقتی بر تن آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت. افزون بر آن، شفقت به خود مستلزم پذیرش فعال و صبورانه‌ی احساسات سخت است (ائو همکاران، ۲۰۱۷).

همچنین در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد عموماً از طریق احساسات جسمانی (مبارزه یا یخ زدن) از وجود واکنش‌های سخت آگاه می‌شوند؛ این فعال‌سازی سیستم عصبی دلسوزانه (که برای اکثریت افراد زنجیرهایی از رویدادها است که با افزایش در تنفس آغاز شده و افزایش ضربان قلب، گرفتگی عضلات و غیره را به دنبال خواهد داشت) به این معناست که بدن در حال واکنش نشان دادن به یک تهدید است مثلاً یک محرک آزارنده مانند استرس، اضطراب، افسردگی و فشارخون بالا و حال خود را برای مقاومت و دفاع در برابر آن یا اجتناب از آن آماده می‌کند (ایرونس و لاب، ۲۰۱۷). اثرگذاری این درمان بر تاب‌آوری و نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در زنان مبتلا به فشارخون می‌تواند از مسیر اثرگذاری بر گسترش و غنی‌سازی روابط اجتماعی بیمار باشد. از سوی دیگر، تفسیر مجدد رویدادها با توجه به شرایط اصلاح‌شده سبب افزایش شادکامی و سرزندگی که به نوبه خود باعث بهبود تاب‌آوری و نشخوار خشم و استرس ادراک‌شده در زنان

مبتلا به فشارخون در طی گذراندن آموزش می‌شود. همچنین به‌کارگیری مداخلات ذهن آگاهانه و تمرینات آرام بخشی یکی دیگر از حوزه‌های مورد تأکید در این درمان بود (مونترو-مارین و همکاران، ۲۰۱۸). اثرگذاری این تکنیک‌ها بر متغیرهای پژوهش در تحقیقات گذشته نشان داده شده است. به نظر می‌رسد تکنیک‌ها و اصول درمان مبتنی بر شفقت با افزایش همدلی و احساس خود بخودگی بر روند پذیرش بیماری اثرگذار است همچنان که در تحقیقات اخیر نشان داده شده است زنان مبتلا به فشارخون که از خود بخودگی بیشتری برخوردارند تاب‌آوری بیشتری و نشخوار خشم و استرس ادراک شده کمتری را تجربه می‌کنند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه یعنی زنان مبتلا به فشارخون بالا بودند که امکان تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر را با احتیاط مواجه می‌کند، طرح پژوهشی نیمه آزمایشی بوده است و مزایای طرح‌های آزمایشی حقیقی را ندارد، جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش بر اساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود. بنابراین، محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به اندازه‌گیری می‌باشد؛ چراکه این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی، شیوه‌های معرفی شخصی و به‌طور کلی مطلوبیت اجتماعی مستعد تحریف هستند. پیشنهاد می‌شود با توجه به این‌که این پژوهش بر روی جامعه زنان مبتلا به فشارخون بالا شهر تهران انجام شده است در جامعه‌های دیگر نیز انجام شود، همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر یک پژوهش کمی است پیشنهاد می‌شود در تحقیق‌های بعدی از یک پژوهش کیفی (نظریه زمینه‌ای مبتنی بر مصاحبه نیمه ساخت‌یافته) بر اساس نظر افراد، کارشناسان استفاده شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی بیماران و کارکنان کلینیک‌های پزشکی و بیمارستان‌های شهر تهران و کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش به تصویب رسیده است. همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

قطور، زینب، پوریجی، سیدمصطفی، داورنیا، رضا، سلیمی، آرمان، و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. *ارمغان دانش*. ۲۳ (۳): ۳۵۰-۳۶۳.

References

- Adams, D. R., Meyers, S. A., & Beidas, R. S. (2016). The relationship between financial strain, perceived stress, psychological symptoms, and academic and social integration in undergraduate students. *Journal of American college health*, 64(5), 362-370.
- Ali Besharat, M., & Pourbohloul, S. (2012). Mediation effect of anger rumination on the relationship between dimensions of anger and anger control with mental health. *International Journal of Psychological Research*, 5(2), 24-36.
- Ariapooran, S., & Khezeli, M. (2018). Suicidal ideation among divorced women in Kermanshah, Iran: the role of social support and psychological resilience. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 12(4), e3565.
- Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior Therapy*, 48(2), 207-221.
- Banegas, J. R., Ruilope, L. M., de la Sierra, A., Vinyoles, E., Gorostidi, M., de la Cruz, J. J., ... & Williams, B. (2018). Relationship between clinic and ambulatory blood-pressure measurements and mortality. *New England Journal of Medicine*, 378(16), 1509-1520.
- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., ... & Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience—A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical psychology review*, 59, 78-100.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*, 10(2), 1-2.
- Collins, R. N., Gilligan, L. J., & Poz, R. (2018). The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clinical gerontologist*, 41(5), 474-486.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Ettehad, D., Emdin, C. A., Kiran, A., Anderson, S. G., Callender, T., Emberson, J., ... & Rahimi, K. (2016). Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387(10022), 957-967.
- Flynn, J. T., Kaelber, D. C., Baker-Smith, C. M., Blowey, D., Carroll, A. E., Daniels, S. R., ... & Urbina, E. M. (2017). Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*, 140(3).
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., & Demarzo, M. (2016). Attachment-based compassion therapy. *Mindfulness & Compassion*, 1(2), 68-74.
- Gilbert, P. (2017). Exploring Compassion Focused Therapy in forensic settings. *Individual psychological therapies in forensic settings: Research and practice*.
- Gonzalez-Hernandez, E., Romero, R., Campos, D., Burychka, D., Diego-Pedro, R., Baños, R., ... & Cebolla, A. (2018). Cognitively-Based Compassion Training (CBCT®) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integrative cancer therapies*, 17(3), 684-696.
- Heinen, I., Bullinger, M., & Kocalevent, R. D. (2017). Perceived stress in first year medical students-associations with personal resources and emotional distress. *BMC medical education*, 17(1), 1-14.

- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1743.
- Khosravi, M., & Nikmanesh, Z. (2014). Relationship of spiritual intelligence with resilience and perceived stress. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 8(4), 52.
- Klein, E. M., Brähler, E., Dreier, M., Reinecke, L., Müller, K. W., Schmutzer, G., ... & Beutel, M. E. (2016). The German version of the Perceived Stress Scale—psychometric characteristics in a representative German community sample. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-10.
- Lonn, E. M., Bosch, J., López-Jaramillo, P., Zhu, J., Liu, L., Pais, P., ... & Yusuf, S. (2016). Blood-pressure lowering in intermediate-risk persons without cardiovascular disease. *New England Journal of Medicine*, 374(21), 2009-2020.
- Mathur, M. B., Epel, E., Kind, S., Desai, M., Parks, C. G., Sandler, D. P., & Khazeni, N. (2016). Perceived stress and telomere length: A systematic review, meta-analysis, and methodologic considerations for advancing the field. *Brain, behavior, and immunity*, 54, 158-169.
- Montero-Marín, J., Navarro-Gil, M., Puebla-Guedea, M., Luciano, J. V., Van Gordon, W., Shonin, E., & García-Campayo, J. (2018). Efficacy of “attachment-based compassion therapy” in the treatment of fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 307.
- Muntner, P., Carey, R. M., Gidding, S., Jones, D. W., Taler, S. J., Wright Jr, J. T., & Whelton, P. K. (2018). Potential US population impact of the 2017 ACC/AHA high blood pressure guideline. *Circulation*, 137(2), 109-118.
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2(1), 33-36.
- Sommer, F., Anderson, J. M., Bharti, R., Raes, J., & Rosenstiel, P. (2017). The resilience of the intestinal microbiota influences health and disease. *Nature Reviews Microbiology*, 15(10), 630-638.
- Sukhodolsky, D. G., Golub, A., & Cromwell, E. N. (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and individual differences*, 31(5), 689-700.

مقیاس استرس ادراک شده

پرسش‌ها	هرگز	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱-در طول ماه گذشته تا چه اندازه به دلیل پیش آمدن مساله ای که انتظارش را نداشته‌اید، ناراحت شده‌اید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۲-در طول ماه گذشته تا چه اندازه ای احساس کرده‌اید که نمی‌توانید از عهده مسایل مهمی که در زندگی تان وجود دارند، برآید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۳-در طول ماه گذشته تا چه اندازه عصبی و یا دچار احساس تنش شده‌اید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۴-در طول ماه گذشته تا چه اندازه احساس کرده‌اید که در برخورد با مشکلات و گرفتاری‌های روزمره زندگی موفق هستید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۵-در طول ماه گذشته تا چه اندازه احساس کرده‌اید که در برخورد با تغییرات مهمی که در زندگی تان پیش آمده‌اند، عملکرد موثر داشته‌اید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۶-در طول ماه گذشته تا چه اندازه هنگام حل مسایل شخصی خود نسبت به توانایی خویش احساس اطمینان داشته‌اید؟	۰	۱	۲	۳	۴
۷-در طول ماه گذشته تا چه اندازه احساس کرده‌اید که امور مختلف بر وفق مرادتان است؟	۰	۱	۲	۳	۴

۴	۳	۲	۱	۰	۸-در طول ماه گذشته تا چه اندازه متوجه شده اید که از عهده تمام کارهایی که باید انجام می دادید، نمی توانید بر آید؟
۴	۳	۲	۱	۰	۹-در طول ماه گذشته تا چه اندازه توانسته اید به خوبی با فراز و نشیب هایی که در زندگی تان پیش آمدند کنار بیایید؟
۴	۳	۲	۱	۰	۱۰-در طول ماه گذشته تا چه اندازه احساس کرده اید که بر همه امور تسلط دارید؟
۴	۳	۲	۱	۰	۱۱-در طول ماه گذشته تا چه اندازه بوجود آمدن مسأله ای که از کنترل شما خارج بوده باعث ناراحتی تان شده است؟
۴	۳	۲	۱	۰	۱۲-در طول ماه گذشته تا چه اندازه نگران کارهایی بوده اید که باید آنها را کامل می کردید؟
۴	۳	۲	۱	۰	۱۳-در طول ماه گذشته تا چه اندازه توانسته اید بطوریکه دلتان می خواسته است وقتتان را بگذرانید؟
۴	۳	۲	۱	۰	۱۴-در طول ماه گذشته تا چه اندازه احساس کرده اید که مشکلات آنقدر روی هم جمع شده اند که نمی توانید از عهده آنها برآید؟

پرسشنامه نشخوار خشم

ردیف	گویه	هرگز	گاهی اوقات	اغلب اوقات	همیشه
۱	فکر می کنید که چقدر احساس تنهایی می کنید	۱	۲	۳	۴
۲	فکر می کنید اگر در همین حالت باقی بمانید نمی توانید وظایفتان را انجام دهید	۱	۲	۳	۴
۳	فکر می کنید احساس دردمندی و خستگی می کنید	۱	۲	۳	۴
۴	فکر می کنید که چقدر تمرکز کردن دشوار است	۱	۲	۳	۴
۵	فکر می کنید که من چکار کرده ام که به این حالت دچار شده ام	۱	۲	۳	۴
۶	فکر می کنید چقدر بی حوصله و بی انگیزه اید	۱	۲	۳	۴
۷	با بررسی واقع اخیر سعی می کنید بفهمید چرا افسرده اید	۱	۲	۳	۴
۸	فکر می کنید که چرا نسبت به همه چیز بی تفاوت شده ام	۱	۲	۳	۴
۹	فکر می کنید که چرا دیگر نمی توانید ادامه دهید	۱	۲	۳	۴
۱۰	فکر می کنید که چرا اغلب به مسائل اینگونه واکنش نشان میدهم	۱	۲	۳	۴
۱۱	با خود خلوت کنید تا برای این احساسات خود دلیل پیدا کنید	۱	۲	۳	۴
۱۲	افکارتان را یادداشت و آنها را بررسی کنید	۱	۲	۳	۴
۱۳	به اوضاع اخیر فکر می کنید و که ای کاش اوضاع بهتر از این بود	۱	۲	۳	۴
۱۴	فکر می کنید اگر نتوانید جلوی این احساساتتان را بگیرید دیگر قادر به تمرکز نخواهید بود	۱	۲	۳	۴
۱۵	به این فکر کنید که چرا مشکلاتی دارم که دیگران ندارند	۱	۲	۳	۴
۱۶	فکر می کنید که چرا نمی توانم بهتر از عهده ی اداره کردن امور برآیم	۱	۲	۳	۴
۱۷	فکر می کنید که چقدر غمگین هستید	۱	۲	۳	۴
۱۸	به همه ی نقاط ضعف، شکست ها، کاستی ها و اشتباهات خود فکر می کنید	۱	۲	۳	۴
۱۹	فکر می کنید که چرا آنقدر سرحال نیستید که بتوانید کاری انجام دهید	۱	۲	۳	۴

مقیاس تاب‌آوری

گویه‌های مقیاس تاب‌آوری					
کاملاً نادرست	بندرت درست	گاهی درست	اغلب درست	همیشه درست	
۱	۲	۳	۴	۵	۱- وقتی تغییری رخ می‌دهد می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲- حداقل یک نفر است که رابطه‌ی نزدیک و صمیمی‌ام با او در زمان استرس به من کمک می‌کند.
۱	۲	۳	۴	۵	۳- وقتی که راه حل روشنی برای مشکلاتم وجود ندارد، گاهی خدا با تقدیر می‌تواند کمک کند.
۱	۲	۳	۴	۵	۴- می‌توانم برای هر چیزی که سرراهم قرار می‌گیرد، چاره‌ای بیابانم.
۱	۲	۳	۴	۵	۵- موقعیت‌هایی که در گذشته داشته‌ام چنان اطمینانی در من ایجاد کرده‌اند که می‌توانم با چالش‌ها و مشکلات پیش‌رو برخورد کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶- وقتی با مشکلات مواجه می‌شوم سعی می‌کنم جنبه خنده‌دار آنها را هم ببینم.
۱	۲	۳	۴	۵	۷- لزوم کنار آمدن با استرس موجب قوی‌تر شدنم می‌گردد.
۱	۲	۳	۴	۵	۸- معمولاً پس از بیماری، صدمه و سایر سختی‌ها به حال اولم برمی‌گردم.
۱	۲	۳	۴	۵	۹- معتقدم که در هر اتفاق خوب یا بدی مصلحتی هست.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۰- در هر کاری بیشترین تلاشم را می‌کنم و به نتیجه هم کاری ندارم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۱- معتقدم که علیرغم وجود موانع، می‌توانم به اهدافم دست یابم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۲- حتی وقتی که امور ناامیدکننده می‌شوند، مایوس نمی‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۳- در لحظات استرس و بحران، می‌دانم که برای کمک گرفتن به کجا مراجعه کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۴- وقتی که تحت فشار هستم، تمرکز را از دست نمی‌دهم و درست فکر می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۵- ترجیح می‌دهم که خودم مشکلاتم را حل کنم تا اینکه دیگران تمامی تصمیم‌ها را بگیرند.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۶- اگر شکست بخورم به راحتی دل‌سرد نمی‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۷- وقتی با چالش‌ها و مشکلات زندگی دست و پنجه نرم می‌کنم، خود را فردی توانا می‌دانم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۸- در صورت لزوم، می‌توانم تصمیم‌های دشوار و غیرمنتظره‌ای بگیریم که دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۹- می‌توانم احساسات ناخوشایندی چون غم، ترس و خشم را کنترل کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۰- در برخورد با مشکلات زندگی، گاهی لازم می‌شود که صرفاً بر اساس حدس و گمان عمل کنی.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۱- در زندگی یک حس نیرومند هدفمندی دارم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۲- حس می‌کنم بر زندگی‌ام کنترل دارم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۳- چالش‌های زندگی را دوست دارم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۴- بدون در نظر گرفتن موانع پیش‌رو، برای رسیدن به اهدافم تلاش می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۵- بخاطر پیشرفت‌هاییم به خودم می‌بالم.

The effectiveness of Cognitive behavioral therapy on Lifestyle based on self-efficacy and Body value in Women with obesity

Elahe. Sadeghlou¹, Sara. Pashang^{2*} & Mehrdad. Sabet³

Abstract

Aim: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of compassion-based therapy on resilience and rumination of perceived anger and stress in women with hypertension. **Methods:** The present study was an applied and quasi-experimental research using a pre-test, post-test and follow-up design with a control group. The statistical population of the present study consisted of all women with hypertension in Tehran. The sample of the present study was 30 people from the mentioned community who were selected by convenience sampling and randomly assigned to the experimental and control groups. Data were obtained using the Connor & Davidson (2003) Resilience Scale, the Sukhodolsky et al. (2001) Anger Rumination Scale, the Cohen et al. Perceived Stress Scale (1983), and the sphygmomanometer. Compassion-based therapy was performed in 10 sessions of 90 minutes based on the training package of Gilbert (2017). Data analysis was used in the descriptive statistics section: central indicators and dispersion indicators such as mean and standard deviation were used. Analysis of variance with repeated measures and SPSS.22 software were used. **Results:** The results showed the effectiveness of compassion-based therapy on resilience ($F= 6.57, P<0.01$), anger rumination ($F= 9.27, P<0.01$) and perceived stress ($F=14.14, P<0.01$) the difference is effective in women with high blood pressure. **Conclusion:** It can be concluded that compassion-based therapy was effective on resilience and rumination of perceived anger and stress in women with hypertension.

Keywords: Blood pressure, Perceived stress, Anger rumination, Resilience, compassion

1. Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran

2. *Corresponding Author: 2- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
Email: sarapashang@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran