

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روان رنجورخویی، احساس انسجام و مدیریت استرس در افراد مبتلا به فشارخون بالا

### *The Effectiveness of Treatment based on acceptance and commitment on Neuroticism, Sense of Coherence and Stress Management in people with high blood Pressure*

Seyed Mojtaba Aghili (Corresponding author)

سید مجتبی عقیلی (نویسنده مسئول)

Associate Professor, Department of Psychology, Payam  
Noor University, Tehran, Iran. aghili@pnu.ac.ir

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Email: aghili@pnu.ac.ir

Naimeh Belaj

نعیمه بلاژ

Master of Science in Psychology, Payam Noor  
University, Gorgan, Iran

کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران.

#### Abstract

**Purpose:** This research was conducted with the aim of investigating the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on neuroticism, sense of coherence and stress management in people with high blood pressure in Gomishan city in 2022.

**Method:** The research method was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group. The statistical population of the research was all the patients with high blood pressure who referred to the health and treatment centers of Gomishan in 2022, from among them 30 people were selected as a sample using available sampling and randomly divided into 2 experimental and control groups (each group 15 people) were placed. The experimental group underwent 8 sessions of 60-minute therapy based on acceptance and commitment, and the control group did not receive any intervention until the end of the study. The research tools included Antonovsky's sense of coherence questionnaires (1991), Neo's personality characteristics questionnaire (1985) and the perceived stress scale (1983). The research data was analyzed by multivariate analysis of covariance and using spss software version 22.

**Findings:** The research results showed that the treatment based on acceptance and commitment is effective on neuroticism, sense of coherence and stress management in people with high blood pressure ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** The findings suggest that Acceptance and Commitment Therapy enhances psychological flexibility and stress-coping, supporting its use in educational and therapeutic programs for patients with hypertension.

**Keywords:** treatment based on acceptance and commitment, neuroticism, sense of coherence, stress management, blood pressure

#### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روان رنجورخویی، احساس انسجام و مدیریت استرس در افراد مبتلا به فشارخون بالا در شهرستان گمیشان 1401 انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز خدمات بهداشتی و درمانی گمیشان در سال 1401 بودند که از میان آنها تعداد 30 نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در 2 گروه آزمایش و گواه (هر گروه 15 نفر) جای‌دهی شدند. گروه آزمایش تحت 8 جلسه 60 دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های احساس انسجام آنتونوسکی (1991)، پرسشنامه‌ی ویژگی‌های شخصیتی نئو (1985) و مقیاس استرس درک شده (1983) بود. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و استفاده از نرم افزار spss نسخه 22 تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روان رنجورخویی، احساس انسجام و مدیریت استرس در افراد مبتلا به فشارخون بالا اثربخش است ( $P < 0.05$ ). نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که آموزش مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش هیجانات، نقش مؤثری در ارتقای سلامت روان و توانایی مقابله مؤثرتر با استرس در بیماران مبتلا به پرفشاری خون داشته باشد. بنابراین، بهره‌گیری از این رویکرد در برنامه‌های آموزشی و درمانی بیماران مزمن توصیه می‌شود.

**کلمات کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روان رنجورخویی، احساس

انسجام، مدیریت استرس، فشارخون

تاریخ ارسال: 1402/0/18

تاریخ پذیرش: 1404/02/01

## مقدمه

فشار خون<sup>1</sup> از مهمترین علت‌های اصلی ناتوانی مزمن جهان است که دوره‌ای مزمن و پیشرونده دارد (چن<sup>2</sup> و همکاران، 2425). متأسفانه این بیماری، جز مهم‌ترین مسایل سلامت عمومی در کشورهای دنیا و سومین علت مرگ افراد در سراسر دنیاست. سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که حدود 233 میلیون نفر در دنیا مبتلا به فشار خون بالا هستند و هر سال حدود 1/7 میلیون نفر در نتیجه ابتلا به آن و عوارض جانبی حاصل از آن جان خود را از دست می‌دهند (کولکارنی و همکاران<sup>3</sup>، 2024). پرفشاری خون به فشار سیستولیک<sup>4</sup> بالای 140 میلی متر جیوه و فشار دیاستولیک بالای 90 میلی متر جیوه اطلاق می‌شود (رایکو، کایراکی<sup>5</sup>، 2018) و به علت همراهی آن با بیماری‌های قلبی-عروقی<sup>6</sup> با میزان مرگ و میر ارتباط مستقیمی دارد و اکنون یک مشکل عمده بهداشتی در سراسر جهان است (دانین<sup>7</sup> و همکاران، 2018). به دلیل وجود رابطه بین فشار خون بالا با میزان اضطراب و استرس که افراد دچار آن می‌شوند، پژوهشگران امکان استفاده از روش‌های مهار استرس در درمان فشار خون بالا را بررسی کرده‌اند (رودریگز-ایتورب<sup>8</sup> و همکاران، 2017).

یکی از ویژگی‌هایی که می‌تواند بیماران پرفشاری خون را در برابر فشارهای ناشی از بیماری یاری نماید احساس انسجام<sup>9</sup> است (هیلی و آلن<sup>10</sup>، 2020)؛ که به عنوان سازه‌ای است که آنتونوسکی<sup>11</sup> (1993) آن را عامل مناسبی برای مواجهه در برابر فشارها می‌داند، وی اعتقاد دارد که احساس انسجام یک منبع مقاومت تعمیم یافته‌ای است که پیامدهای فشار روانی را بر افراد کاهش می‌دهد (نیلاب<sup>12</sup> و همکاران، 2019)؛ همچنین احساس انسجام روش‌های کارآمدی را برای مواجهه با عوامل تنش‌زا در اختیار اشخاص می‌گذارد و در نتیجه آنان در مواجهه با تنش‌های مواجه شده بیشتر از قبل مقاومت می‌نمایند احساس انسجام یک سازه شخصیتی با سه مؤلفه در پذیرش، توانایی مدیریت و معناداری می‌باشد (مسینا<sup>13</sup> و همکاران، 2018). قدم‌پور و همکاران (1398) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل آشفتگی<sup>14</sup> و زیرمقیاس‌های یکی از رفتاردرمانی‌های آن در مبتلایان بهبه فشار خون تأثیر معنی‌داری داشته است. ابراهیم‌پور و همکاران (1397) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از تکنیک‌هایی چون

<sup>1</sup> Blood pressure

<sup>2</sup> Chen

<sup>3</sup> Kulkarni

<sup>4</sup> Systolic pressure

<sup>5</sup> Raikou & Kyriaki

<sup>6</sup> Cardiovascular

<sup>7</sup> Donin

<sup>8</sup> odriguez-Iturbe

<sup>9</sup> Feeling of coherence

<sup>10</sup> Healy & Allen

<sup>11</sup> Antonovsky

<sup>12</sup> Nilab

<sup>13</sup> Messina

<sup>14</sup> Tolerating chaos

توجه به زمان حال، پذیرش و ناهمجوشی شناختی در افزایش بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در بیماران مبتلایان به صرع به طور معنی‌داری موثر است.

استرس<sup>1</sup> واکنشی در مقابل تهدید (واقعی یا خیالی) ادراک شده نسبت به سلامت روانی، جسمانی و هیجانی فرد است که منجر به یک سلسله پاسخ‌ها و سازگاری‌های روانی و فیزیولوژیک می‌شود (شمس و باباخانی، 1397). استرس، فعال شدن ارگان‌های هدف و رفتار مقابله‌ای است، ارزیابی شناختی فرد از عامل استرس‌زا به این معنی است که فرد محرک استرس‌زا را چگونه تفسیر می‌کند و تعبیر عاطفی به معنی آمیختن و برچسب‌گذاری هیجانی به اطلاعات تفسیر شده درباره عامل استرس‌زا است. تلفیق این دو عامل (ارزیابی شناختی<sup>2</sup> و تعبیر عاطفی<sup>3</sup>) نمایانگر شیوه‌ای است که عامل استرس‌زا ادراک شده است (مارکوندز و همکاران، 2025). مهم‌تر از استرسور، ادراک و استنباط از استرسور است که اهمیت دارد، استرس ادراک شده<sup>4</sup>، که به عنوان تابعی از پردازش‌ها و ارزیابی‌های اولیه و ثانویه است، حالت یا فرآیندی روان‌شناختی است که طی آن، فرد بهزیستی جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند (بیرامی و همکاران، 1397). در واقع ایجاد استرس بستگی به چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت‌ها دارد. ممکن است یک موقعیت برای فردی بی‌خطر و برای فرد دیگری به صورت یک تهدید درک شود (کلارک<sup>6</sup>، 2016). بررسی‌های انجام شده درباره استرس بر این نکته مهم تاکید دارند که آنچه بر سلامت افراد تاثیرگذار است، خود استرس نیست، بلکه الگوی شیوه ارزیابی فرد از استرس و روش‌های مقابله با آن است. راهبردهای مقابله با استرس روندی است که در آن فرد برای مدیریت محرک‌های تنش‌زا تلاش می‌کند (بهرامی‌راد و رافضی، 1397). در برخورد با بحران‌ها و استرس‌های ناشی از آن، افراد مشکلات رفتاری دیگری همچون پرخاشگری<sup>7</sup>، افسردگی<sup>8</sup> و اضطراب را نشان خواهند داد (گلدشتاین<sup>9</sup> و همکاران، 2017). از دیدگاه یو<sup>10</sup> (2016) استرس از طریق کاهش فعالیت در نواحی جلوی مغز که در کنترل اجرایی نقش دارد، منجر به ایجاد تغییر در استدلال تحلیلی فرد شده و فرایند تفکر هیجانی و اکتشاف را که عامل تصمیم‌گیری‌های پرخطر و آنی هستند، افزایش می‌دهد.

یکی از روش‌های موثر در بهبود ویژگی‌های روانشناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>11</sup> است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز کمتری بر روی نشانه‌ها داشته و بیشتر تمرکز خود را بر روی افزایش کیفیت زندگی افراد می‌باشد (هیز<sup>12</sup>، 2013)، و تمایز و برتری آن به این خاطر است که از اصول زیربنایی مانند پذیرش یا تمایل به تجربه

<sup>1</sup> Stress

<sup>2</sup> Cognitive assessment

<sup>3</sup> Emotional expression

<sup>4</sup> Marcondes

<sup>5</sup> Perceived stress

<sup>6</sup> Clark

<sup>7</sup> Aggression

<sup>8</sup> Depression

<sup>9</sup> Goldstein

<sup>10</sup> Yu

<sup>11</sup> Acceptance and commitment therapy

<sup>12</sup> Hayes

درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل و عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته استفاده می‌نماید (الهی‌فر و همکاران، 1398). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شش فرآیند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه (اسفندیاری و همکاران، 1400). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هیز<sup>1</sup> و همکاران، 2016). در واقع هدف این نوع درمان، تعدیل شناخت‌های مراجع نیست (مانند شناخت درمانی سنتی)، بلکه هدف، افزایش ذهن‌آگاهی، افزایش فاصله از شناخت‌های فرد (برای مثال دیدن افکار خود؛ «فقط افکار»)، مشاهده شناخت‌ها و هیجان‌ها و هیجان‌ها فرد به شیوه‌ای غیر قضاوت‌گرایانه، شناسایی ارزش‌ها، ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان بیرون و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل است تا در نهایت انعطاف‌پذیری روانی فرد افزایش یابد (نیوسما<sup>2</sup> و همکاران، 2055). در راستای اهداف پژوهش نتایج مطالعات نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روان‌رنجورخویی (مشتاقی و همکاران، 1400؛ عباسی و همکاران، 1399؛ ورسب و همکاران، 2020)، احساس انسجام (بصیری‌فر و همکاران، 1401؛ فیضی‌خواه و همکاران، 1400؛ لیبیک، 2021) و مدیریت استرس (بایزیدی و همکاران، 1400؛ ثابت‌فر و همکاران، 1400 و استافورد و همکاران، 2019) در افراد مبتلا به فشارخون بالا اثربخش است.

فشارخون بالا یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در جهان است که علاوه بر پیامدهای جسمانی، تأثیر قابل توجهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران دارد. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که اضطراب، روان‌رنجورخویی و ناتوانی در مدیریت استرس می‌توانند به افزایش فشارخون و تشدید عوارض آن منجر شوند. با توجه به اهمیت ارتقای سلامت روان در کنترل بیماری‌های مزمن، بررسی رویکردهای روانشناختی مؤثر برای کاهش عوامل روان‌شناختی مخاطره‌آمیز ضروری است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پذیرش هیجان‌ها و عملکرد هدفمند، به عنوان یک رویکرد مبتنی بر شواهد، پتانسیل بالایی در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش روان‌رنجورخویی دارد. از این رو، انجام پژوهش حاضر اهمیت بالینی و علمی دارد، زیرا می‌تواند نشان دهد چگونه استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به ارتقای احساس انسجام، بهبود مدیریت استرس و کاهش روان‌رنجورخویی در بیماران مبتلا به فشارخون بالا منجر شود و در نتیجه راهکارهای درمانی و آموزشی مؤثرتر برای این گروه فراهم آورد. با توجه به آنچه بیان شد سوال اصلی این تحقیق این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر روان‌رنجورخویی، احساس انسجام و مدیریت استرس در افراد مبتلا به فشارخون بالا مؤثر است؟

## روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش تمامی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز خدمات بهداشتی و درمانی گمیشان در سال 1401 بودند. نمونه‌گیری

<sup>1</sup> Hayes

<sup>2</sup> Newsma

به صورت در دسترس بود؛ بدین صورت که پس از دریافت کد اخلاق (IR.PNU.REC.1401.400) از واحد پژوهش دانشگاه پیام نور، به پایگاه بهداشت ضمیمه و پایگاه بهداشت غیر ضمیمه گمیش تپه مراجعه شد. تعداد 30 نفر از بیماران مبتلا به پرفشاری خون به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه 55 نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود تمایل به شرکت در پژوهش و رضایت آگاهانه، حداقل تحصیلات دیپلم، تشخیص پرفشاری خون توسط پزشک و بررسی پرونده پزشکی، عدم مصرف داروهای روانپزشکی بود و ملاک های خروج عبارت بودند از غیبت بیش از 2 جلسه، عدم تمایل به شرکت در پژوهش و پاسنخدهی ناقص به پرسشنامه‌ها بود.

### ابزار

پرسشنامه احساس انسجام آنتونوسکی<sup>1</sup>: پرسشنامه حس انسجام شامل 29 ماده است که توسط آنتونوسکی (1993) تهیه شده است و بر اساس مقیاس 7 درجه ای لیکرت از 1 تا 7 است. پرسشنامه حس انسجام، کنترل بر استرس را ارزیابی می‌کند و مولفه‌های آن عبارتند از: قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنی دار بودن. در 26 مطالعه با استفاده از آزمون 29 سوال، اندازه‌ی آلفای کرونباخ به دست آمده برای ثبات درونی، از 0/82 الی 0/95 را شامل می‌شد. همبستگی به دست آمده از آزمون\_باز آزمون، ثبات قابل توجه 0/54 در فاصله دو سال را نشان می‌داد. آلفای به دست آمده برای پرسشنامه 29 سوالی در 124 پژوهش، رقم 0/70 الی 0/95 را نشان داد. آزمون\_باز آزمون بیانگر ثبات پرسشنامه‌ها بود و نشان دهنده همبستگی 0/69 تا 0/78 در فاصله یک سال، 0/44 برای دو سال، 0/42 تا 0/45 برای 4 سال، 0/59 تا 0/67 برای 5 سال و 0/54 برای 10 سال بود (آنتونوسکی، 1993). در پژوهشی که علی‌پور و شریف (1391) بر روی دانشجویان انجام دادند میزان روایی پرسشنامه 0/76 و پایایی آن، آلفای کرونباخ 0/9 را نشان داد که این پرسشنامه دارای روایی و پایایی مناسب و بالایی است.

پرسشنامه‌ی ویژگی‌های شخصیتی نئو<sup>2</sup>: پرسشنامه نئو یکی از جدیدترین پرسشنامه‌های مربوط به ارزیابی ساخت شخصیت بر اساس دیدگاه تحلیل عاملی است. این آزمون به لحاظ انعکاس 5 عامل اصلی امروزه به عنوان یک مدل فراگیر بر اساس تحلیل عوامل محسوب می‌شود. پرسشنامه شخصیتی مینه سوتا، جانشین تست نئو است که در سال 5985 توسط کاستا<sup>3</sup> و مک کری<sup>4</sup> تهیه شده بود. این پرسشنامه 5 عامل اصلی شخصیت و 6 خصوصیت در هر عامل یا به عبارتی 30 خصوصیت را اندازه می‌گیرد. و بر این اساس ارزیابی جامعی از شخصیت را ارائه می‌دهد. این پرسشنامه دارای دو فرم یکی (S) برای گزارش‌های شخصی است و شامل 240 سوال پنج درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است که توسط خود آزمودنی درجه‌بندی می‌شود و متناسب مردان و زنان در تمام سنین است. و دیگری فرم (R) یا تجدید نظر شده نام دارد و بر اساس درجه‌بندی‌های مشاهده‌گر است. این فرم نیز دارای همان 240 سوال

<sup>1</sup> Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire

<sup>2</sup> Neo Personality Characteristics Questionnaire

<sup>3</sup> Casta

<sup>4</sup> McKerry

بوده با این تفاوت که با ضمیر سوم شخص شروع می‌شود. فرم (R) هم می‌تواند به طور مستقل برای ارزیابی شخصیت به کار رود و هم به عنوان مکملی برای گزارش‌های شخصی فرم (S) و یا روایی آن مورد استفاده قرار گیرد (گروسی فرشی، 1380). این پرسشنامه فرم کوتاهی نیز به نام (NEO-FFI) نیز دارد که یک پرسشنامه‌ی 60 سؤالی است و برای ارزیابی 5 عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود اگر وقت اجرای تست خیلی محدود باشد و اطلاعات کلی از شخصیت کافی باشد از این پرسشنامه استفاده می‌شود. از سوی دیگر اجرای این آزمون از نظر هزینه و زمان مقرون به صرفه است مقیاس‌های آن از روایی بالایی برخوردارند و هم‌بستگی بین مقیاس‌ها زیاد است و از همه مهمتر این آزمون بر خلاف سایر آزمون‌های شخصیتی، انتقادات کمتری بر آن وارد شده است. در هنجاریابی این آزمون که توسط گروسی (1380) روی نمونه‌ای با حجم 2000 نفر انجام شد، ضرایب هم‌بستگی پنج عامل اصلی بین 0/56 تا 0/87 گزارش شد و روایی هم زمان این ابزار با پرسشنامه شخصیتی آیسنک<sup>1</sup> مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که ضریب هم‌بستگی 1/68 بود که از لحاظ آماری معنادار بوده است.

**مقیاس استرس درک شده:**<sup>2</sup> مقیاس تنیدگی درک شده در سال 1983 توسط کوهن<sup>3</sup> و همکاران ساخته شده است این مقیاس 14 آیتم دارد و هر آیتم براساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود، این گزینه‌ها به ترتیب نمره 0، 1، 2، 3 و 4 می‌گیرند. کمترین نمره کسب شده برابر با صفر و بیشترین نمره برابر با 56 می‌باشد. نمره برش این مقیاس 12/8 است و نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر می‌باشد (کوهن و همکاران، 1983). مقیاس تنیدگی درک شده دو خرده مقیاس را می‌سنجد: الف) خرده مقیاس درک منفی از تنیدگی و ب) خرده مقیاس درک شده مثبت از تنیدگی را در بر می‌گیرد و بطور معنی داری با رویدادهای زندگی، نشانه‌های افسردگی و جسمی، بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، اضطراب اجتماعی و رضایت از زندگی پایین هم‌بسته می‌باشد. یو (2016) در مطالعه خود، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را 0/86 گزارش کردند. در پژوهش صفایی و شکری (1393) اعتبار عاملی این پرسشنامه نیز مورد تایید قرار گرفت. همچنین آنها در پژوهش خود آلفای کرونباخ این پرسشنامه را 0/76 گزارش کردند که نشان دهنده همسانی درونی بالای این مقیاس است.

**دستگاه فشارخون:** دستگاهی است که فشار فرد بیمار را در طول دوران درمان روان‌شناختی اندازه‌گیری می‌کند. به طور غالب، فشار خون در شریان بازویی و در هر فرد در دو سطح حداکثر و حداقل اندازه‌گیری می‌شود. در زمانی که قلب منقبض می‌شود، فشارخون به حداکثر مقدار خود می‌رسد، این سطح را فشار ماکزیمم یا سیستولی می‌نامند. سطح مینیمم یا دیاستولی در زمان استراحت قلب که فشار خون به حداقل مقدار خود می‌رسد، به دست می‌آید. هر دو سطح فشارخون به صورت دو عدد کنار هم یا به صورت کسر بر حسب میلی‌متر جیوه نشان داده می‌شود یا عدد بزرگ‌تر معادل فشار ماکزیمم و عدد کوچکتر معادل فشار مینیمم است.

## روند اجرای پژوهش

<sup>1</sup> Aysenck

<sup>2</sup> Perceived Stress Scale

<sup>3</sup> Cohen

پس از دریافت کد اخلاق در پژوهش و مراجعه به مراکز بهداشت شهرستان گمیشان و اقدام به نمونه‌گیری، ابتدا هر دو گروه آزمایش و گواه به پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند و فشار خون شرکت‌کنندگان توسط پزشک شیفت، پایگاه بهداشت اندازه‌گیری و ثبت شد. گروه آزمایش تحت 8 جلسه 60 دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات به صورت یک روز در هفته و در نمازخانه مرکز بهداشت برگزار گردید. در پایان جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه آزمایش و گواه به پرسشنامه‌ها به‌عنوان پس‌آزمون پاسخ داده و فشار خون آنان توسط پزشک اندازه‌گیری و ثبت شد. همچنین این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، از افراد خواسته شد از ذکر نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها خودداری نمایند.

### مداخله درمانی

پروتکل جلسات درمانی مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد هیز و همکاران (2011) در جدول زیر خلاصه محتوای هر جلسه ارائه شده است.

جدول 1: خلاصه پروتکل روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
اول	خوشامدگویی و آشنایی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از حضور در جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آنها در گروه الزامی است، بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون پذیرش و تعهد و نتایج آن؛ اجرای پیش‌آزمون.
دوم	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روانشناختی احساس می‌شود؛ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه تکلیف در زمینه پذیرش خود.
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آنها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات؛ ارائه تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟
چهارم	بررسی تکالیف؛ ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم.
پنجم	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمیتوانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.
ششم	ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارائه تکنیک

توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خود آیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.

**هفتم** ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر.

**هشتم** بررسی تکالیف؛ جمع بندی مطالب؛ ارائه بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاس‌گزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس‌آزمون.

### یافته‌های استنباطی

ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد که بیشتر پاسخ‌دهندگان سن بین 11 تا 55 سال، دارای تحصیلات دیپلم و متاهل بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول زیر ارائه شده است.

جدول 2: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	گروه گواه	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو-ویلک	سطح معنی‌داری
روان‌رنجورخویی	پیش‌آزمون	00/11	3/12	پیش‌آزمون	60/27	2/17	0/92	0/49
	پس‌آزمون	47/30	4/24	پس‌آزمون	61/72	4/35	0/90	0/35
احساس انسجام	پیش‌آزمون	75/45	6/98	پیش‌آزمون	75/73	7/29	0/88	0/14
	پس‌آزمون	101/11	8/73	پس‌آزمون	76/33	6/28	0/89	0/4
استرس درک شده	پیش‌آزمون	98/53	14/59	پیش‌آزمون	98/06	13/14	0/93	0/44
	پس‌آزمون	85/88	14/58	پس‌آزمون	100/2	13/93	0/94	0/48

جدول 2 میانگین و انحراف معیار روان‌رنجورخویی، احساس انسجام و استرس درک شده برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد که پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات گروه آزمایش تفاوت معنادار داشته است. بدلیل آنکه سطوح معنی‌داری آزمون شاپیرو-ویلکز در هر دو مرحله و برای متغیرها بیش از 5 درصد شده است لذا متغیرهای مورد مطالعه از توزیع نرمال برخوردار خواهد بود. نتایج آزمون لوین نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای روان‌رنجورخویی (2/11)، احساس انسجام (1/49) و استرس درک شده (2/53) در سطح  $p > 0/05$  معنی‌دار می‌باشد.

جدول 3: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلایی	0/33	5/62	1	26	0/001	0/86
لامبدای ویلکز	0/54	5/62	1	26	0/001	0/86
اثر هتلینگ	0/88	5/62	1	26	0/001	0/86
بزرگترین ریشه روی	0/81	5/62	1	26	0/001	0/86

همان طور که در جدول 2 مشاهده می شود، یافته های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که F به دست آمده در تمامی آزمون ها، با درجه آزادی 1 و 26 در سطح  $P < 0/05$  معنادار است. یافته های حاصل نشان داد که در متغیرهای پژوهش پس از حذف اثر پیش آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد  $P < 0/05$  و (1 و  $Df=26$ ) و ( $F=5/62$  و  $Pillais Trace=0/33$ ). در ادامه برای درک دقیق تر و بررسی تاثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می شود.

نتایج جدول 4 نشان می دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در روان رنجورخویی، احساس انسجام و مدیریت استرس ( $F=17/07$ ,  $p < 0/001$ ) تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس آزمون، ناشی از تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد.

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روان رنجورخویی، احساس انسجام و مدیریت استرس در افراد مبتلا به فشارخون بالا انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش روان رنجورخویی در افراد مبتلا به فشارخون بالا شده است. این یافته با نتایج مطالعات مشتاقی و همکاران (1400)، عباسی و همکاران (1399)، ورسب و همکاران (2020) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد یاد می گیرند که چگونه با افکار ناکارآمد، احساسات و هیجانات منفی خود روبرو شوند و شرایط موجود خود را بپذیرند و قضاوت منفی در مورد خود و دیگران نداشته باشند. پذیرش وضعیت موجود سبب می شود تا این بیماران، هم با خود و هم با دیگران و اطرافیان و خانواده خود تعاملات بهتری برقرار کنند و تجربیات جدید را کشف کنند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تکنیک گسلش شناختی و پذیرش، زمینه ای که فکر در آن شکل می گیرد را تغییر می دهد و تجربیات و خاطرات افراد همانطور که هستند تجربه می شوند (مشتاقی و همکاران، 1400). زمانیکه آزمودنی ها توانستند پذیرش را در خود افزایش دهند، توانستند روی تجربیات منفی زندگی خود کنترل داشته باشند و در نتیجه اضطراب، افسردگی و به طور کلی هیجانات منفی آنها کاهش پیدا می کند. در این درمان از طریق کار روی ارزش ها، انعطاف پذیری، تماس با لحظه حاضر، پذیرش و گسلش شناختی به افراد نشان می دهد که

تغییر امکان‌پذیر است. همچنین تمرین‌های ذهن آگاهی که در جلسات آموزش داده شد، به نوبه خود مستلزم یادگیری فراشناختی و استراتژی‌های رفتاری جدید برای متمرکز شدن بر توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و تمایل به پاسخ‌های نگران‌کننده است و موجب گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات نامطلوب در افراد می‌شود (ورسب و همکاران، 2020).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش انسجام روانی در افراد مبتلا به فشارخون بالا شده است. این یافته با نتایج مطالعات بصیری‌فر و همکاران (1401)، فیضی‌خواه و همکاران (1400)، لیبیک (2021) همسو بود. در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که در رویکرد پذیرش و تعهد، به بیمار کمک می‌شود با در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه با استفاده از استعاره‌ها در طول درمان، روش‌ها و تکالیف درمانی یاد بگیرد هنگام رویارویی با رویدادهای زندگی توانمند باشد. استعاره‌های استفاده شده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند به تجربیات مثبت و خوب زندگی‌شان توجه کنند که در بهبودی آنها نقش دارد و در عین حال بتوانند رویدادهای روانی آسیب‌رسان را بپذیرند و در زمان حال زندگی کنند. همچنین این درمان به بیمارانی که افکار، رفتار و احساسات آنها آمیخته است، به گونه‌ای که معتقدند افکار آنها عین حقیقت و غیر قابل تغییر است، کمک می‌کند بتوانند بین افکار، رفتار و احساسات تمایز قائل شوند. بررسی افکار و مشخص کردن اینکه کدامیک از آنها درست و غلط است، به بیماران کمک می‌کند به جای اینکه ناامید باشند، بتوانند بر مشکلات غلبه کنند و سلامتی‌شان بهبود یابد (لیبیک، 2021). علاوه بر این، می‌توان گفت که یکی از فرایندهایی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آن توجه می‌شود فرایند عمل متعهدانه است. ترغیب افراد به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و درنهایت، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در راستای ارزش‌ها به وجود می‌آید و باعث می‌شود ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن، بر رضایت از زندگی افزوده شود و فرد را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی (اضطراب، یأس، افسردگی) رهایی می‌بخشد که به نوبه خود موجبات افزایش انسجام روانی و سلامت را در فرد فراهم می‌کند (بصیری‌فر و همکاران، 1401).

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش مدیریت استرس در افراد مبتلا به فشارخون بالا شده است. این یافته با نتایج مطالعات بایزیدی و همکاران (1400)، ثابت‌فر و همکاران (1400) و استافورد و همکاران (2019) همسو بود. این یافته اینگونه تبیین می‌شود که در درمان پذیرش و تعهد به جای آموزش راهبردهای بیشتر یا بهتر برای تغییر یا کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به افراد آموزش داده می‌شود تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات منفی، همان‌گونه که هستند، مهارت کسب کنند. این روش درمانی با ارائه تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربه مقابله با سختی یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آنها باعث درک بیشتر درباره ایستادگی در برابر چالش‌های زندگی می‌شود و افراد به این باور می‌رسند که توانایی مقابله با چالش‌های زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی را دارند. لذا اجتناب، پریشانی و ترس از چالش‌ها در آنان کاهش می‌یابد و در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث کاهش استرس ادراک شده بیماران شود (عباسی و همکاران، 1399). یکی دیگر از

فرایندهای پذیرش، ذهن آگاهی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند. افزایش انعطاف پذیری شناختی به افراد در پذیرش استرس (تحمل رویدادهای ناخوشایند بدون تلاش برای کنترل آنها) و یا افکار مرتبط با استرس و ارتقای جنبه های معنادار زندگی و افزایش فعالیت های ارزشمند کمک می کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد انعطاف پذیری و توانایی ایجاد رفتارهای سازگار با هدف و مبتنی بر پذیرش ناهماهنگی های زندگی و مشکلات آن را برای کاهش استرس و مدیریت استرس افزایش می دهد (بایزیدی و همکاران، 1400).

محدود بودن جامعه آماری پژوهش به بیماران مبتلا به فشار خون شهرستان گمیشان، پژوهش را از تعمیم دادن نتایج به سایر افراد و موقعیت ها باز می دارد. متغیرهایی از جمله، زمان ابتلا، سابقه خانوادگی فشار خون در خانواده و نوع درمان، در پژوهش حاضر لحاظ نگردید. از آنجایی که نمونه گیری از نوع در دسترس و در شهر گمیشان بود، تعمیم نتایج به گروه های عادی و مشابه را دشوار می کند. در راستای محدودیت های پژوهش حاضر توصیه می شود پژوهش در نمونه بزرگتری انجام شود تا قدرت تعمیم پذیری یافته ها افزایش یابد. پیشنهاد می گردد بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی سایر متغیرهای مهم و تأثیرگذار در بیماران مبتلا به فشار خون مانند کیفیت زندگی انجام شود. پیشنهاد می گردد برای افزایش غنای اطلاعات در کنار پرسشنامه از ابزارهای دیگر همچون مصاحبه استفاده شود. غربالگری و شناسایی افراد مبتلا به پرفشاری خون در مراحل اولیه تشخیص و ارجاع آنها به روانشناس نیز می تواند جهت پیشگیری و کاهش مشکلات روانی این گروه مؤثر باشد. همچنین به مشاوران و روانشناسان شاغل در بیمارستان ها و مراکز خدمات بهداشتی درمانی پیشنهاد می شود با بررسی میزان اضطراب و تحمل ناکامی افراد مبتلا به پرفشاری خون، آنان را به شرکت در دوره های آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تشویق کنند.

### تضاد منافع

در این پژوهش هیچگونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

### منابع

- ابراهیم پور، قدسیه؛ میرزانیان، بهرام؛ و حسن زاده، رمضان. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی، کیفیت زندگی و افسردگی بیماران مبتلا به صرع. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۷(۲)، ۱۲۶۲-۱۲۷۹.
- الهی فر، حسن؛ قمری، محمد؛ و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان پذیرش و تعهد بر افزایش شادکامی معلم های زن. فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۱۳(۱)، ۱۴۱-۱۶۲.
- اسفندیاری بیات، داریوش؛ اسدپور، اسماعیل؛ محسن زاده، فرشاد؛ و کسائی، عبدالرحیم. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد عقلانی-هیجانی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان بخشودگی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان شناختی، ۲۰(۹۷)، ۱۳۹-۱۴۸.

- بصیری‌فر، مهلا؛ و موسوی‌نژاد، سیدمحمود. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل‌پریشانی و انسجام روانی زنان نابارور. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، ۸(۱)، ۸۱-۹۲.
- بیرامی، منصور؛ باباپور خیرالدین، جلیل؛ هاشمی، تورج؛ و خلیل‌زاد بهروزیان، سعیده. (۱۳۹۷). بررسی رابطه ساختاری سرشت و منش، الکسی‌تایمیا و استرس ادراک‌شده با اعتیادپذیری در دانشجویان. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۳(۵۰)، ۷۷-۸۶.
- بهرامی‌راد، مینو؛ و رافضی، زهره. (۱۳۹۷). پیش‌بینی پذیرش درد بر اساس استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷(۲۸)، ۱۵۱-۱۶۶.
- بایزیدی، سعدی؛ بخشی‌پور، عباس؛ و علیوندی وفا، مرضیه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش میزان استرس، افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی. *پوست و زیبایی*، ۱۲(۱)، ۴۴-۵۲.
- ثابت‌فر، نیما؛ مسچی، فرحناز؛ و حسین‌زاده تقوایی، مرجان. (۱۴۰۰). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده، نظم‌جویی شناختی هیجانی و رفتارهای خودمراقبتی مبتلایان پرفشاری خون. *پرستاری مراقبت ویژه*، ۱۴(۴)، ۸-۱۹.
- شمس، ریحانه؛ و باباخانی، نرگس. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش تحلیل رویا (مبتنی بر نظریه‌های تلفیقی رویا‌پژوهی) بر میزان استرس ادراک‌شده و توانایی حل مسئله زنان جوان. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۳(۴۹)، ۱۷-۲۶.
- صفایی، مریم؛ و شکری، امید. (۱۳۹۳). سنجش استرس در بیماران سرطانی: روایی عاملی مقیاس استرس ادراک‌شده در ایران. *روان‌پرستاری*، ۱۳(۱)، ۱۳-۲۲.
- علی‌پور، احمد؛ و شریف، ن. (۱۳۹۱). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه حس انسجام در دانشجویان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، ۱۷(۱)، ۵۰-۵۶.
- عباسی، فروغ؛ مرادی‌منش، فردین؛ نادری، فرح؛ و بختیارپور، سعید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده و ادراک از بیماری در افراد مبتلا به آسم. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۱۰(۳۷)، ۷-۲۰.
- فیضی‌خواه، فاطمه؛ حسن‌زاده، رمضان؛ و عباسی، قدرت‌الله. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش تاب‌آوری بر حس انسجام فردی و طلاق عاطفی در زنان متقاضی طلاق. *سلامت اجتماعی*، ۸(۲)، ۱۵۲-۱۶۶.
- قدم‌پور، عزت‌الله؛ رادمهر، فرناز؛ و حیدریانی، لیلا. (۱۳۹۵). مقایسه میزان کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی در دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۹(۳)، ۳۵-۴۲.
- گروسی‌فروشی، میرتقی. (۱۳۸۰). *هنجاریابی آزمون جدید شخصیتی نئو و بررسی تحلیل ویژگی‌ها و ساختار عاملی آن در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران*. رساله‌ی دکتری، تهران: دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس.
- مشتاقی، مریم؛ اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد؛ و آقامحمدیان شعراف، حمیدرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روان‌شناختی و روان‌رنجورخویی در مادران دارای فرزند سندرم داون. *دستاوردهای روان‌شناختی*، ۲۷(۲)، ۲۳۳-۲۵۶.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725-733.

Chen, L., Wang, X., Luo, L., Li, Y., Wu, Y., Lv, G., Wu, X., Chen, L., Chen, L., An, X., Ying, B., Ding, Y., Chen, X., & Liang, X. (2025). The effect of comprehensive intervention on children

- with anxiety/depression and increased blood pressure. *Clinical and Experimental Hypertension*, 47(1), 2560635.
- Clark, K. D. (2017). The relationship of perceived stress and self-efficacy among correctional employees in close- security and medium-security-level institutions (Unpublished doctoral dissertation). Walden University.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 1(1), 5–13.
- Donin, A. S., Nightingale, C. M., Owen, C. G., Rudnicka, A. R., Cook, D. G., & Whincup, P. H. (2018). Takeaway meal consumption and risk markers for coronary heart disease, type 2 diabetes and obesity in children aged 9–10 years: A cross-sectional study. *Archives of Disease in Childhood*, 103(5), 431–436.
- Goldstein, A. L., Faulkner, B., & Wekerle, C. (2017). The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 22–32.
- Hayes, S. C. (2013). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2016). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Healy, R. W., & Allen, L. R. (2020). Bowen family systems therapy with transgender minors: A case study. *Clinical Social Work Journal*, 48(4), 402–411.
- Kulkarni, M. M., Hemagiri, K., & Patil, R. S. (2024). Prehypertension and associated factors among medical students of SSIMS & RC, Davangere: A cross-sectional study. *Journal of the Indian Medical Association*, 109(10), 733–744.
- Lybeck, S. (2021). The perceived usefulness of psychological techniques for infertility-related distress. *Faculty of Arts, University of Regina*, 19(7), 146–159.
- Marcondes, F. K., Cardozo, L. T., Lima, P. O., Casale, K. R., & de Azevedo, M. A. R. (2025). Effects of blended active methodology on learning about blood pressure control, students' perception, and test-induced stress and anxiety. *Advances in Physiology Education*, 49(4), 862–870.
- Messina, K. C., Kolbert, J. B., Bundick, M. J., Crothers, L. M., & Strano, D. A. (2018). The impact of counseling on Bowen's differentiation of self. *The Family Journal*, 26(2), 150–155.
- Nilab, R., Ghanbari Hashem Abadi, B., & Kimiaee, S. (2019). The effectiveness of Bowen's approach on self-differentiation and marital satisfaction among Turkish and Turkmen women. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 9(1), 34–50.
- Nieuwsma, J. A., Walser, R. D., Farnsworth, J. K., Drescher, K. D., Meador, K. G., & Nash, W. (2015). Possibilities within acceptance and commitment therapy for approaching moral injury. *Current Psychiatry Reviews*, 11(3), 193–206.
- Raikou, V., & Kyriaki, D. (2018). The association between intradialytic hypertension and metabolic disorders in end-stage renal disease. *International Journal of Hypertension*, 2(3), 168–177.

- Rodriguez-Iturbe, B., Pons, H., & Johnson, R. (2017). Role of the immune system in hypertension. *Physiological Reviews*, 97(3), 1127–1164.
- Stafford-Brown, J., & Pakenham, K. I. (2012). The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees. *Australian Psychologist*, 17(6), 125–132.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2020). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60–68.
- Yu, R. (2016). Stress potentiates decision biases: A stress-induced deliberation-to-intuition (IDI) model. *Neurobiology of Stress*, 3, 83–95.





پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی