MEJDS. 2020; 10:191.

Published online 2020 Dec. **Research Article**

Effects of Cognitive Restructuring on Health Control and Self-Care in Women With Hypertension

Ashrafi M[1], *Jomehri F[2], Niknam M[3], Rafieipour A[4]

Author Address
1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University of Tehran, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** farhadjomehri@yahoo.com

Received: 2020 August 5; **Accepted:** 2020 September 12

Abstract

Background & Objectives: Cognitive Restructuring (CR) consists of a set of techniques that teach individuals to consider their assumptions about situations and the world and to make their ideas more realistic and wiser. Self–care is among the main aspects of a health–oriented lifestyle and health–promoting behaviors. Self–care is a self–developed activity for the normal protection of biopsychological health. Hypertension is a symptom characterized by an increase in systemic arterial pressure. Numerous studies have been conducted in this field. It is necessary to assist individuals with hypertension to solve problems related to their condition. It is essential to recognize the factors affecting the health control and self–care of this population to improve those using different approaches. The current study aimed to determine the effects of CR on health control and self–care in women with hypertension.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population of the study included all women with hypertension referring to Farshchian Cardiovascular Clinic in Hamadan City, Iran, in 2019. The sample size equaled 30 individuals who were assigned into two groups of experimental and control (n=15/group). The study subjects were selected by convenience sampling method and participated voluntarily in the study. The inclusion criteria of the research were minimum education of diploma, providing informed consent forms for participation in the research, the lack of mental health disorders (based on medical records), and receiving no other psychological interventions. The exclusion criteria were the existence of mental health disorders requiring immediate treatments (e.g., psychotic symptoms) and substance dependence (based on medical records). Group CR training was performed in twelve 90–minute sessions based on Larson et al.'s training package (2016). The required data were collected using the Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) (Walston et al., 1976) and the Summary of Diabetes Self–Care Activities Measure (Toobert et al., 2000). The obtained data were analyzed using repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni post hoc test in SPSS.

Results: The collected results suggested that ANOVA data were significant for the within–subject factor (time) of self–care (p<0.001) and for between–subject (p<0.001) factors. Besides, respecting internal health, ANOVA data were significant for within–subject (time) (p<0.001) and between–subject (p<0.001) factors. In addition, ANOVA data were significant concerning health for within–subject (time) (p<0.001) and between–subject (p<0.001) factors. The health–related variable ANOVA results were significant for within–subject (time) (p<0.001) and between–subject (p<0.001) factors. The Bonferroni test data revealed that the test group's self–care scores were higher in the posttest stage, compared to those of the pretest (p<0.05). Furthermore, the follow–up scores of self–care significantly differed from those of the pretest stage (p<0.05); however, there was no significant difference between the values of the posttest and follow–up in this respect (p>0.05). Additionally, the experimental group's pretest scores of internal health were higher than those of the pretest (p<0.05); internal health scores presented a significant difference between the pretest and follow–up stages (p<0.05). However, there was no significant difference between the scores of the posttest and follow–up in this area (p>0.05). The test group's posttest scores of health were higher than those of the pretest (p<0.005); the same values presented a significant difference between the follow–up and pretest stages (p<0.05). However, there was no significant difference between the two stages of the posttest and follow–up in this regard (p>0.05). The experimental group's posttest scores of health were lower than those of the pretest (p<0.05); the same value suggested significant differences between follow–up and pretest stages in this aspect (p<0.05). Moreover, the health–related scores of the follow–up stage were significantly different from those of the pretest stage (p>0.05).

Conclusion: Based on the current research findings, CR was effective in health control and self–care in women with hypertension.

Keywords: Cognitive restructuring, Health control center, Self–Care, Women, Hypertension.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.226.5]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۹۱.

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی روش بازسازی شناختی بر کانون کنترل سلامت و خودمراقبتی در زنان مبتلا به فشارخون بالا

مائده اشرفی[۱]، *فرهاد جمهری[۲]، مژگان نیکنام[۳]، امین رفیعی‌پور[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیرهٔ کیش، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران؛

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور تهران، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** farhadjomehri@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۵ مرداد ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۲ شهریور ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: لازمهٔ کمک به افراد مبتلا به فشارخون بالا برای حل مشکلات مربوط به این بیماری، شناخت عوامل مؤثر بر کانون کنترل سلامت و خودمراقبتی این افراد است که می‌توان با استفاده از رویکردهای مختلف به بهبود آن‌ها پرداخت؛ بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روش بازسازی شناختی بر کانون کنترل سلامت و خودمراقبتی در زنان مبتلا به فشارخون بالا بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به فشارخون بالا مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی قلب و عروق فرشچیان شهر همدان در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. حجم نمونهٔ آماری ۳۰ نفر شامل دو گروه ۱۵ نفری (گروه آزمایش و گروه گواه) بود که به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس و داوطلبانه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. آموزش گروهی در بازسازی شناختی طی دوازده جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای براساس بستهٔ آموزشی لارسون و همکاران (۲۰۱۶) انجام شد. داده‌ها با استفاده از مقیاس چندوجهی منبع کانون کنترل سلامت (والستون و همکاران، ۱۹۷۶) و پرسشنامهٔ خلاصهٔ فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت (توبرت و همکاران، ۲۰۰۰) جمع‌آوری شد. در تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد که آموزش بازسازی شناختی بر کانون کنترل سلامت ($p<۰/۰۰۱$) و مؤلفه‌های آن شامل سلامت درونی، سلامت افراد مؤثر و سلامت مربوط به شانس ($p<۰/۰۰۱$) و همچنین خودمراقبتی ($p<۰/۰۰۱$) در زنان مبتلابه فشارخون بالا اثربخش بود و تغییر ایجادشده در مرحلهٔ پیگیری همچنان پایدار بود ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، روش بازسازی شناختی بر کانون کنترل سلامت و خودمراقبتی در زنان مبتلا به فشارخون بالا مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: روش بازسازی شناختی، کانون کنترل سلامت، خودمراقبتی، زنان مبتلا به فشارخون بالا.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.226.5]

۱ مقدمه

رویکرد بازسازی شناختی[1]، مجموعه‌ای از فنون است که به افراد یاد می‌دهد مفروضات خود را دربارهٔ وضعیت‌ها و دنیا بررسی کنند و عقایدشان را واقع‌بینانه‌تر و عاقلانه‌تر سازند. در استفاده از این فنون اعتقاد بر این است که افکار غیرمنطقی رفتارهای غیرمنطقی را به‌وجود می‌آورند که می‌توان آن‌ها را با تغییردادن افکار زیربنایی اصلاح کرد (۱). بازسازی شناختی با این پیش‌فرض بنیادی شروع می‌شود که مشکلات در زندگی از شناخت‌ها، باورها و افکار غلطی نشئت می‌گیرد که افراد در موقعیت‌های مختلف رشد و گسترش می‌دهند (۲).

خودمراقبتی[2] یکی از ابعاد مهم سبک زندگی سلامت‌محور و یکی از رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامتی است. رفتارهای خودمراقبتی ارتقای سلامت به‌عنوان فعالیت‌هایی تعریف می‌شود که توسط افراد برای ارتقا و حفظ سلامتی و کیفیت زندگی‌شان انجام می‌گیرد (۳). خودمراقبتی، فعالیت‌های خودتوسعه‌ای به‌منظور حفاظت عادی از سلامت فیزیکی و روانی است (۴). هایپرتانسیون[3] یا پُرفشاری خون، نشانگانی است که ویژگی آن افزایش فشار سرخرگ سیستمیک است. از لحاظ بالینی به فردی می‌گویند دچار پرفشاری خون شده است که فشارخون سرخرگی او بیش از ۱۴ (سیستولیک) روی ۱۰ (دیاستولیک) باشد. تقریباً بیش از ۲۵ تا ۳۰ درصد از جمعیت کشورهای غربی دچار پرفشاری خون هستند و احتمال ابتلا به حملات مغزی، انفارکتوس قلبی و بیماری‌های کلیوی در بین آن‌ها افزایش می‌یابد. شیوع پرفشاری خون در جامعه بسیار زیاد است و عواقب مهمی نیز دارد؛ ولی هنوز علت دقیق آن در بین بیشتر مردم ناشناخته است (۵). این گونه استنباط می‌شود که پرفشاری خون مربوط به زمانی است که فرد احساس فشار یا تنش می‌کند؛ ولی این‌گونه نیست؛ حتی افراد آرمیده نیز ممکن است مبتلا به پرفشاری خون باشند. این بیماری در میلیون‌ها نفر به‌طور پنهان وجود دارد (۶).

چاقی[4]، سبک زندگی پشت‌میزنشینی[5]، رژیم غذایی[6] و مصرف الکل[7]، تاریخچهٔ خانوادگی[8]، عوامل روان‌شناختی گوناگون[9]، عوامل عاطفی[10]، تنیدگی[11]، خشم[12] و خصومت[13] عواملی هستند که بر پرفشاری خون تأثیر می‌گذارند (۷). شرایط محیطی و ژنتیکی هر دو در تفاوت‌های منطقه‌ای و نژادی فشارخون و شیوع پرفشاری خون نقش دارند (۸). از بین مبتلایان به پرفشاری خون، ۰/۶۰ درصد از آن‌ها بیش از ۲۰ درصد از آن‌ها اضافه‌وزن دارند. شیوع پرفشاری خون در جمعیت‌های مختلف با میزان نمک طعام در رژیم غذایی ارتباط دارد و ممکن است اضافه‌شدن پرفشاری خون با افزایش سن با مصرف زیاد نمک تشدید شود (۹). همچنین ممکن است کمبود کلسیم و پتاسیم در رژیم غذایی در بروز پرفشاری خون نقش داشته باشد (۱۰). مصرف الکل، استرس روانی‌ـ اجتماعی و فعالیت بدنی ناکافی سایر عواملی هستند که احتمالاً در پیدایش پرفشاری خون دخیل‌اند (۱۱). شیوع پرفشاری خون در ایران ۱۳/۹ درصد است و ۴/۵ درصد از بار بیماری‌ها را در جهان به خود اختصاص داده است (۱۲). به پژوهش‌های متعددی در این راستا اشاره می‌شود؛ ازجمله لوین و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بازسازی شناختی بر استرس پس از سانحه و سلامت افراد مبتلا به بیماری روانی مؤثر است (۱۳). جاهنکو و همکاران در پژوهش خود دریافتند که انعطاف‌پذیری شناختی و بازسازی شناختی در درمان رفتاری‌شناختی اضطراب و افسردگی و کانون کنترل سلامت در سالمندان مؤثر است (۱۴). باتوجه به مشکلات و خطرات جبران‌ناپذیر فشارخون بالا به‌ویژه برای زنان که سلامت فرزندان و آرامش خانواده تا حدود زیادی به سلامت آنان وابسته است، شناسایی عوامل مرتبط و دستیابی به روش‌های درمانی مناسب اهمیت بسیار زیادی دارد؛ همچنین باتوجه به شیوع فشارخون و تأثیر عوامل روان‌شناختی در این بیماری و کمبود مطالعه در این زمینه، انجام پژوهش به‌منظور طرح‌ریزی راهکارهای درمانی غیردارویی مناسب، ضروری به‌نظر می‌رسد؛ به‌علاوه به‌دلیل عوارض ناشی‌از این بیماری و مخارج اقتصادی فراوان در درمان آن، تداخلات دارویی و عوارض جانبی آن‌ها که مشکلات عدیده‌ای را پیش روی این بیماران قرار داده است، به‌نظر می‌رسد دستیابی به شیوه‌های درمان غیردارویی می‌تواند به‌طور هم‌زمان و موازی با درمان‌های دارویی، طول مدت درمان را کاهش دهد و بهبودی را تسریع کند. باتوجه به مطالب گفته‌شده و اهمیت موضوع فشارخون بالا، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روش بازسازی شناختی بر کانون کنترل سلامت و خودمراقبتی در زنان مبتلا به فشارخون بالا بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به فشارخون بالا مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی قلب و عروق فرشچیان شهر همدان در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. حجم نمونهٔ آماری ۳۰ نفر شامل دو گروه، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه بود که به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس و داوطلبانه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. تعداد نمونهٔ لازم براساس مطالعات مشابه با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد (۱۵). معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش داشتن حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، رضایت آگاهانه دربارهٔ شرکت در پژوهش، نداشتن اختلال روان‌شناختی (براساس بررسی پروندهٔ پزشکی)، دریافت‌نکردن درمان روان‌شناختی دیگر (براساس پروندهٔ پزشکی و خوداظهاری شرکت‌کننده) بودند. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش وجود اختلال‌های روانی ایجاب‌کنندهٔ درمان‌های فوری (مثل نشانه‌های روان‌پریشی) و وجود وابستگی به مواد مخدر (براساس بررسی پروندهٔ پزشکی) بودند. آموزش گروهی در گروه بازسازی

1. Cognitive reconstruction approach
2. Self-Care
3. Hypertension
4. Obesity
5. Lifestyle behind the desk
6. Diet
7. Alcohol consumption
8. Family history
9. Various psychological factors
10. Emotional factors
11. Tension
12. Anger
13. Hostility

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.226.5]

شناختی طی دوازده هفته به‌صورت هفته‌ای یک‌بار و به‌مدت ۹۰ دقیقه انجام گرفت. گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس در پایان دوازده هفته آزمون‌های کانون کنترل سلامت و خودمراقبتی از هر دو گروه مجدداً گرفته شد. پس از سه ماه پیگیری ازطریق پرسشنامه‌ها به‌طورمجدد آزمون صورت گرفت و درنهایت اثربخشی مداخله و تداوم آن بررسی شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: ۱. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت نمودند؛ ۲. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ ۳. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین آن‌ها پرسشنامهٔ کانون کنترل سلامت و خودمراقبتی را تکمیل کردند.

در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

ـ مقیاس چندوجهی منبع کانون کنترل سلامت[1]: مقیاس چندوجهی منبع کانون کنترل سلامت توسط والستون و همکاران در سال ۱۹۷۶ به‌منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد شناخته شد (۱۶). این پرسشنامه شامل سه مؤلفهٔ منبع کنترل سلامت درونی[2]، منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر[3] و منبع کنترل سلامت مربوط به شانس[4] است. آزمودنی باید در مقیاس لیکرتی ۶درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هریک از عبارات آن بیان کند. هرچه نمرات مربوط به سلامت درونی و افراد مؤثر بیشتر باشد، فرد از کنترل سلامت بیشتری برخوردار است و هرچه سلامت مربوط به شانس بیشتر باشد، فرد کنترل سلامت کمتری دارد (۱۶). در پژوهش ماوتنر و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مؤثر و منبع کنترل مربوط به شانس به‌ترتیب ۰/۶۴، ۰/۶۶ و ۰/۶۳ بود (۱۷) در پژوهش مشکی و همکاران با روش دونیمه‌کردن و با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن ـ براون بین نسخه‌های فارسی و انگلیسی همبستگی گویه‌های درونی و شانس و افراد مؤثر به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۰ و ۰/۷۲ به‌دست آمد که نتایج معنادار بودند ($p<$۰/۰۰۱). همچنین در پژوهش مشکی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ منبع کنترل سلامت درونی، سلامت مربوط به افراد مؤثر و سلامت مربوط به شانس به‌ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۲ و ۰/۶۶ بود (۱۸).

ـ پرسشنامهٔ خلاصهٔ فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت[5]: پرسشنامهٔ خلاصهٔ فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت توسط توبرت و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شد (۱۹). پاسخ هر سؤال براساس طیف لیکرت ۵گزینه‌ای از کاملاً این طور است (امتیاز یک) تا اصلاً این طور نیست (امتیاز پنج) متغیر است. نمرهٔ کلی فرد از مجموع پاسخ‌ها به‌دست می‌آید و نمرات کمتر به‌معنای «مراقبت از خود مناسب‌تر خواهد بود» است. حداقل و حداکثر نمرهٔ فرد در این مقیاس به‌ترتیب ۱۲ و ۶۰ است (۱۹). چوی و همکاران روایی و پایایی پرسشنامه را بررسی کرده‌اند. آن‌ها پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۹ و روایی محتوایی آن را رضایت‌بخش به‌دست آوردند (۲۰). در پژوهش رئیسی و همکاران پایایی این پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بود (۲۱).

پروتکل درمان بازسازی شناختی در دوازده جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار به‌مدت سه ماه براساس بستهٔ آموزشی لارسون و همکاران اجرا شد (۲۲). روایی محتوایی این پروتکل توسط سه تن از متخصصان روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد بین‌المللی کیش به تأیید رسید و نتایج حاکی‌از روایی صوری و محتوایی مطلوب این پروتکل بود. مداخلهٔ درمان بازسازی شناختی به‌صورت گروهی اجرا شد. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان بازسازی شناختی ارائه شده است.

جدول ۱. عناوین جلسات آموزشی بازسازی شناختی

	عناوین جلسات آموزشی	اهداف رفتاری جلسات
پیش‌جلسه	معرفی برنامه‌ها، آموزش‌ها و برنامه‌های مربوط و ابزارهای پیش‌آزمون، معرفی رهبر گروه، معرفی اعضا در گروه، تعامل با اعضا، ارائهٔ تمرین.	آماده‌سازی شرکت‌کنندگان و خوشامدگویی به آن‌ها، تعیین اهداف کلی برنامهٔ آموزشی ـ درمانی.
جلسهٔ اول	ارائهٔ سخنرانی آموزشی: الف. اهمیت تشکیل گروه‌ها، خدمات روان‌شناختی و اهداف آن، جنبهٔ علمی و کاربردی سخنرانی‌های آموزشی؛ ب. تأکید بر ماهیت تعاملی سه سیستم مهم تفکر، باور، هیجان، بحث دربارهٔ تفکر و احساس، تمرین.	مشخص‌کردن اهداف فرایند برنامهٔ آموزشی ـ درمان. توضیح خطوط کلی جلسات برای اعضای گروه، تأکید بر مسئولیت‌پذیری، حقوق مساوی اعضا در زمان و تاریخ اعلام‌شده، ضرورت انجام تکالیف بین جلسات، چالش، مواجهه بین اعضا، داشتن مشارکت و رویکرد حمایت‌گرایانه با سایر اعضا و رهبر. افزایش دایرهٔ آگاهی و اطلاعات فردی افراد برای رسیدن به امیدواری، علاقه به خود، علاقهٔ اجتماعی، انعطاف‌پذیری، خطرپذیری و ایجاد تفکر نسبی در مقابله با مشکلات.
جلسهٔ دوم	سخنرانی آموزشی: الف. تفکر منفی و پیامدهای هیجانی	شناسایی افکار به‌عنوان علل ناراحتی و آشفتگی. شناسایی

[1]. Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale
[2]. Internal health locus of control
[3]. Health locus of control related to influential people
[4]. Health locus of control of luck
[5]. The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.226.5]

	آن، روش‌های تفکر، تمرین، سخنرانی آموزشی؛ ب. چگونگی تفکر و برهم‌ریختن آن، راهکارهای لازم برای ایجاد آرامش آن، تمرین.	توالی میان شناخت‌ها و انگیزه‌ها، رفتارها و احساس‌ها. آرامش روانی و مدیریت آن.
جلسهٔ سوم	سخنرانی آموزشی: الف. اضطراب و عوامل به‌وجودآورندهٔ آن، تمرین، سخنرانی آموزشی؛ ب. مقاومت به درمان، انجام‌ندادن تکلیف راه مقابله به درمان، تمرین.	افزایش اطلاعات شرکت‌کنندگان در زمینهٔ اضطراب و عوامل به‌وجودآورندهٔ آن. تفکر منفی و اضطراب. کمک به شرکت‌کنندگان برای شناخت مقاومت‌های احتمالی درمقابل درمان شناختی و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت‌ها.
جلسهٔ چهارم	سخنرانی آموزشی: الف. پیامدهای رفتاری باورها، تمرین سخنرانی آموزشی؛ ب. بررسی انواع پیامدهای رفتاری، تمرین.	آشناکردن شرکت‌کنندگان با موضوع به‌دنبال‌داشتن پیامدهای رفتاری و هیجانی افکار آن‌ها و امکان ناکارآمدبودن این پیامدهای رفتاری. آموزش به شرکت‌کنندگان دربارهٔ ماهیت خشم و مدیریت آن و راه‌های برخورد با آن.
جلسهٔ پنجم	سخنرانی آموزشی: الف. پیامد رفتاری باورها، روش پیکان عمودی، تمرین، سخنرانی آموزشی؛ ب. چگونگی به‌وجودآمدن احساسات توسط افکار، تمرین.	بررسی توالی میان شناخت‌ها و انگیزه‌ها، بررسی، ارزیابی و اصلاح شناخت‌ها. افزایش اطلاعات از روند تأثیر فکر بر احساس.
جلسهٔ ششم	سخنرانی آموزشی: الف. نقش تفکر (فکر) و بررسی انواع آن، مثبت، منفی و خنثی، تمرین، سخنرانی آموزشی؛ ب. ادامهٔ آموزش روش‌های پیداکردن افکار منفی، تمرین.	کار بیشتر روی پیکان عمودی و به‌کاربستن روش آن به‌منظور شناسایی طرحواره‌های منفی. تواناساختن شرکت‌کنندگان در شناسایی افکار. تواناساختن افراد در پیداکردن افکار منفی.
جلسهٔ هفتم	سخنرانی آموزشی: الف. سنجش افکار و تحریف‌های شناختی، تمرین، سخنرانی آموزشی؛ ب. ادامهٔ بحث‌های تحریف شناختی و شناسایی انواع آن، تمرین.	آموزش خطاهای شناختی و روش‌های یافتن آن. آموزش افکار خودآیند با عاطفهٔ منفی.
جلسهٔ هشتم	سخنرانی آموزشی: الف. وقوف بر افکار منفی و غلبه بر آن‌ها، تمرین، سخنرانی آموزشی؛ ب. ادامهٔ سایر روش‌های غلبه بر افکار منفی، تمرین.	آموزش غلبه بر افکار منفی.
جلسهٔ نهم	تمرین، سخنرانی آموزشی: الف. تعریف هیجان، انواع هیجان، زمان و چگونگی بروز هیجان، شدت هیجان، تمرین، سخنرانی آموزشی؛ ب. چگونگی دستیابی به هیجان، ثبت راهکارهای لازم برای ایجاد طرحواره‌های هیجانی، آموزش ثبت هیجان، تمرین.	آشنایی شرکت‌کنندگان با بیان هیجانی. نقش هیجان و ارتباط آن با افکار. یادگیری مثبت هیجان و تغییردادن آن.
جلسهٔ دهم	سخنرانی آموزشی: الف. بحث دربارهٔ باورهای مرکزی و تفاوت آن با افکار خودکار منفی، ارائهٔ روش‌های پیداکردن باورهای مرکزی، تمرین، سخنرانی آموزشی؛ ب. روش‌های غلبه بر افکار منفی، تمرین.	توضیح دربارهٔ باورهای مرکزی و آموزش روش‌های یافتن باورهای مرکزی. ارائهٔ راهکارها.
جلسهٔ یازدهم	سخنرانی آموزشی: الف. بحث دربارهٔ خود، تقویت آن، تمرکز بر افکار و اعمال ازطریق یادداشت دقیق کارهای روزانه، روش‌های مدیریت روزانه و درجه‌بندی فعالیت‌ها از نظر میزان تسلط و کسب لذت، تمرین، سخنرانی آموزشی؛ ب. ادامهٔ بحث قبلی مبنی‌بر روش‌های مدیریت خود و به‌دنبال آن افکار و اعمال، تمرین.	ارائهٔ روش‌های فعال‌کردن خود. تقویت خود و راه‌های شناسایی تمرکز بر خود، افکار و اعمال. ایجاد توانایی در مدیریت روز و فعالیت‌های روزانه.
جلسهٔ دوازدهم	تمرین، سخنرانی آموزشی: الف. روش توقف افکار مزاحم، تمرین، سخنرانی آموزشی؛ ب. مرور مطالب ۱۲ گانهٔ آموزشی، تمرین.	آموزش روش‌های توقف افکار مزاحم و مرور مطالب کل جلسات. ایجاد انسجام فکری از مطالب ارائه‌شده. تقویت روحیهٔ خودمحوری. ایجاد انگیزه در افراد برای ادامهٔ تمرینات در آینده.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.226.5]

برای توصیف داده‌ها، جداول و همچنین شاخص‌های مرکزی و شاخص‌های پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار محاسبه شد. برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف (برای نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. به‌منظور مقایسهٔ دو گروه از نظر سن، آزمون تی‌مستقل به‌کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین±انحراف معیار سن در گروه آزمایش ۷/۳۹±۳۹/۲۰ و در گروه گواه ۸/۸۱±۳۹ سال بود. دو گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند (p=۰/۵۴۹). کمینه و بیشینهٔ سن در گروه آزمایش به‌ترتیب ۲۱ و ۴۹ سال و در گروه گواه، ۲۴ و ۴۷ سال بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودمراقبتی	آزمایش	۳۹/۹۰	۴/۵۴	۵۰/۵۷	۴/۹۰	۵۰/۴۴	۴/۸۲
	گواه	۴۰/۶۱	۴/۲۱	۴۰/۹۵	۴/۲۷	۴۰/۳۸	۴/۱۲
سلامت درونی	آزمایش	۲۸/۷۳	۳/۷۹	۳۳/۲۵	۲/۶۹	۳۳/۱۱	۲/۴۵
	گواه	۲۷/۰۵	۴/۰۱	۲۷/۲۵	۳/۶۹	۲۷/۲۰	۳/۶۱
سلامت افراد مؤثر	آزمایش	۲۲/۰۰	۶/۸۸	۲۹/۲۱	۴/۸۶	۲۹/۱۳	۴/۸۰
	گواه	۲۲/۲۵	۶/۲۰	۲۳/۰۰	۶/۰۸	۲۲/۷۶	۵/۹۴
سلامت مربوط به شانس	آزمایش	۱۵/۸۰	۴/۲۱	۱۲/۱۱	۳/۸۱	۱۲/۰۵	۳/۷۵
	گواه	۱۹/۲۵	۵/۵۷	۱۸/۹۰	۵/۳۷	۱۸/۸۳	۵/۱۹

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت‌موچلی و لوین بررسی شد. ازآنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ کوواریانس رد نشد. همچنین معنادارنبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی است. درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد (p<۰/۰۰۱)؛ ازاین‌رو از آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. همچنین آزمون لاندای ویلکز با مقدار برابر با ۰/۱۴ (p<۰/۰۰۱) تفاوت معناداری را میان نمرات اثربخشی آموزش بازسازی شناختی بر بهبود کانون کنترل سلامت و خودمراقبتی در دو گروه آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر کانون کنترل سلامت و خودمراقبتی

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
خودمراقبتی	درون‌گروهی	زمان	۵۵۸/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۳
		زمان*گروه	۴۱۵/۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۱
	بین‌گروهی	گروه	۱۱۹/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۵
سلامت درونی	درون‌گروهی	زمان	۱۶۲/۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۱
		زمان*گروه	۱۵۳/۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۰
	بین‌گروهی	گروه	۶۴/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۳
سلامت افراد مؤثر	درون‌گروهی	زمان	۸۸/۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۰
		زمان*گروه	۱۰۱/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۲
	بین‌گروهی	گروه	۱۰۵/۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۳
سلامت مربوط به شانس	درون‌گروهی	زمان	۱۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۹
		زمان*گروه	۸۸/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۰
	بین‌گروهی	گروه	۴۱/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۲

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.226.5]

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) متغیر خودمراقبتی، معنادار و برای عامل بین‌گروهی نیز معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون خودمراقبتی درمقایسه با میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد؛ همچنین برای متغیر سلامت درونی، تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و عامل بین‌گروهی معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان گفت، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون سلامت درونی درمقایسه با میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. علاوه‌براین، نتایج مربوط به متغیر سلامت افراد مؤثر بیانگر آن بود که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان بیان کرد، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون سلامت افراد مؤثر درمقایسه با میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج مربوط به متغیر سلامت مربوط به شانس نشان‌دهندهٔ آن بود که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین می‌توان گفت، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون سلامت مربوط به شانس درمقایسه با میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی تفاوت‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هریک از مؤلفه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	مراحل	اختلاف میانگین‌های هر دوره	
			پس‌آزمون	پیگیری
خودمراقبتی	آزمایش	پیش‌آزمون	-۱۰/۶۷*	-۱۰/۵۴*
		پس‌آزمون	-	۰/۱۳
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۰۴	۰/۱۰
		پس‌آزمون	-	۰/۰۸
سلامت درونی	آزمایش	پیش‌آزمون	-۴/۵۲*	-۴/۳۸*
		پس‌آزمون	-	۰/۱۴
	گواه	پیش‌آزمون	-۰/۰۵	-۰/۰۷
		پس‌آزمون	-	۰/۰۴
سلامت افراد مؤثر	آزمایش	پیش‌آزمون	-۷/۲۱*	-۷/۱۳*
		پس‌آزمون	-	۰/۰۸
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۰۲	۰/۱۱
		پس‌آزمون	-	۰/۰۸
سلامت مربوط به شانس	آزمایش	پیش‌آزمون	۳/۶۹*	۳/۷۵*
		پس‌آزمون	-	۰/۰۶
	گواه	پیش‌آزمون	۰/۰۲	۰/۱۱
		پس‌آزمون	-	۰/۰۸

*$p<۰/۰۵$

نتایج جدول ۴ و نمودار ۱ نشان می‌دهد، نمرات متغیر خودمراقبتی در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۵$). نتایج مشخص کرد که خودمراقبتی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۵$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود. نتایج نشان داد، نمرات متغیر سلامت درونی در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۵$)؛ همچنین سلامت درونی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۵$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود. نتایج مشخص کرد، نمرات متغیر سلامت افراد مؤثر در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۵$)؛ همچنین سلامت افراد مؤثر در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۵$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود. نتایج نشان داد، نمرات متغیر سلامت مربوط به شانس در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۵$) و سلامت مربوط به شانس در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۵$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود. نتایج حاکی‌از آن بود که اثربخشی درمان بازسازی شناختی در مرحلهٔ پیگیری برای هر چهار متغیر خودمراقبتی، سلامت درونی، سلامت افراد مؤثر و سلامت مربوط به شانس در مرحلهٔ پیگیری ماندگار بوده است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روش بازسازی شناختی بر کانون

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.226.5]

کنترل سلامت و خودمراقبتی در زنان مبتلا به فشارخون بالا بود. یافته‌ها نشان داد، روش بازسازی شناختی بر کانون‌کنترل سلامت و خودمراقبتی در زنان مبتلا به فشارخون بالا تأثیر دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش لوین و همکاران مبنی‌بر تأثیر بازسازی شناختی بر استرس پس از سانحه و سلامت افراد مبتلا به بیماری روانی (۱۳) و نتایج پژوهش جاهنکو و همکاران مبنی‌بر تأثیر انعطاف‌پذیری شناختی و بازسازی شناختی در درمان رفتاری‌شناختی اضطراب و افسردگی و کانون‌کنترل سلامت در سالمندان (۱۴)، همسوست. در تبیین اثربخشی روش بازسازی شناختی بر کانون کنترل سلامت زنان مبتلا به فشارخون بالا می‌توان گفت، در بیماری فشارخون که به مشارکت بیمار در فرایند درمان نیاز دارد، پیامد درمان به باورهای بهداشتی بیمار و درک وی از بیماری وابسته است (۲۳). یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای خودمراقبتی، کانون کنترل سلامت است؛ درواقع درجهٔ اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی است یا عوامل بیرونی. افرادی که کانون کنترل سلامتی از نوع بیرونی دارند، بر این اعتقاد هستند که پیامدهای معین و حوادث رخ‌داده در زندگی آن‌ها به‌واسطهٔ نیروهایی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبال تعیین می‌شود. درعوض افراد دارای کانون کنترل سلامتی از نوع درونی، به این امر اعتقاد دارند که پیامدها و حوادث معین درنتیجهٔ رفتار و اعمال خود آنان است و تعیین‌کنندهٔ سلامتی آن‌ها به‌طور مستقیم اعمال و رفتارهای آنان می‌باشد (۲۴). استفاده از روش درمانی بازسازی شناختی در بیماران مبتلا به فشارخون موجب شده است آن‌ها نقش خود را در تأمین سلامت بهتر درک کنند و نقش عوامل بیرونی سلامت کم‌رنگ‌تر شود. رویکرد بازسازی شناختی، مجموعه‌ای از فنون است که به افراد یاد می‌دهد مفروضات خود را دربارهٔ وضعیت‌ها و دنیا بررسی کنند و عقایدشان را واقع‌بینانه‌تر و عاقلانه‌تر سازند (۲). در استفاده از این فنون اعتقاد بر این است که افکار غیرمنطقی، رفتارهای غیرمنطقی را به‌وجود می‌آورند که می‌توان آن‌ها را با تغییردادن افکار زیربنایی اصلاح کرد. منظور از بازسازی شناختی این است که هر فردی به‌راحتی می‌تواند افکارش را تغییر دهد. بازسازی شناختی با این پیش‌فرض بنیادی شروع می‌شود که مشکلات در زندگی از شناخت‌ها، باورها و افکار غلطی نشئت می‌گیرد که افراد در موقعیت‌های مختلف رشد و گسترش می‌دهند (۱)؛ ازاین‌رو درمانگران شناختی به‌جای پرداختن به عوامل بیرونی، محیطی، ژنتیکی و وراثت و وقایع دوران کودکی، بر فکر و اصلاح شناخت و تفسیر فرد و منطقی و مستدل‌ساختن طرز تلقی او متمرکز می‌شوند. طبق پروتکل‌های مطرح‌شده در این روش درمانی، بیمار تحت آموزش به‌روش بازسازی می‌آموزد که بسیاری از باورهای او دربارهٔ عوامل ایجادکنندهٔ فشارخون در وی و روش‌های کنترل و پیشگیری‌اش، غیرمنطقی است و باید بازاندیشی شود و به‌طور واقعی مدنظر قرار گیرد؛ ازاین‌رو طی دورهٔ درمان، بیماران خود را بیش از قبل در کنترل و درمان وضعیت بیماری خود مسئول می‌دانند و به این وسیله کانون کنترل درونی سلامت افزایش می‌یابد. باتوجه به بازاندیشی شناختی و دقت در شرایط زندگی، تعاملات با دیگران و نوع تغذیه و سبک زندگی، منبع سلامت مربوط به افراد مؤثر در این روش به‌خوبی افزایش می‌یابد (۲۵).

همچنین در تبیین اثربخشی روش بازسازی شناختی بر خودمراقبتی زنان مبتلا به فشارخون بالا می‌توان گفت، براساس تئوری اورم مراقبت از خود، رفتاری یادگرفته‌شده است که می‌تواند نیازهای همگانی، رشد و تکامل و انحراف از سلامت مددجویان را تأمین کند (۳). رفتار خودمراقبتی تحت‌تأثیر عوامل گوناگونی قرار می‌گیرد. به‌طور تجربی ثابت شده است بین دو فردی که به‌لحاظ پزشکی و آسیب واردشده در شرایط یکسانی به‌سر می‌برند، از نظر واکنش‌ها و ناتوانی‌هایی که بروز می‌دهند و همچنین عملکرد اجتماعی و فیزیکی تفاوت بارزی وجود دارد. یکی از عوامل حیاتی در تبیین این تفاوت، مؤلفه‌های روان‌شناختی نظیر افکار و باورهای زیربنایی افراد است. تحقیقات نشان می‌دهد، افرادی که نگرش منفی به بیماری خود دارند و آن را جدی، کنترل‌ناپذیر و مزمن می‌دانند، بسیار منفعلانه عمل می‌کنند، عملکرد اجتماعی بسیار ضعیفی دارند و ناتوانی‌های زیادی از خود نشان می‌دهند (۴). افرادی که تحت درمان روش بازسازی شناختی قرار می‌گیرند، با بازنگری باورها و تفکرات خود دربارهٔ نقش خودمراقبتی و روش‌های صحیح آن شناخت بهتر و واقعی‌تری کسب می‌کنند و به این وسیله خودمراقبتی در آنان افزایش می‌یابد. استفاده از روش بازسازی شناختی فرد را دربارهٔ بازاندیشی عادات و رفتارهای خود واقف می‌کند و او را در کنارگذاشتن تفکرات غیرمنطقی دربارهٔ خودمراقبتی کمک می‌کند. فرد در بازنگری رفتارها و تفکرات درمی‌یابد که باید در زمینهٔ کنترل فشارخون خود، مراقبت داشته باشد و از عادات و رفتارهای منجربه افزایش فشارخون، بپرهیزد (۳).

از محدودیت‌های این پژوهش عبارت بود از: نبود امکان کنترل متغیر درون‌خانواده‌ای و وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده بر متغیرهای وابستهٔ تحقیق؛ وجود تفاوت‌های فرهنگی و تحصیلاتی بین افراد نمونهٔ آماری؛ محدودیت ابزار تحقیق در زمینهٔ میزان دقت و صحت پاسخ‌های پرسشنامه‌های خودابرازی آزمودنی‌ها. پیشنهاد می‌شود دربارهٔ تأثیر روش بازسازی شناختی در اصلاح عادات بدرفتاری و تغذیه‌ای افراد از سنین کودکی و نوجوانی پژوهش شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، روش بازسازی شناختی بر کانون‌کنترل سلامت و خودمراقبتی در زنان مبتلا به فشارخون بالا تأثیر دارد. استفاده از روش بازسازی شناختی فرد را دربارهٔ بازاندیشی عادات و رفتارهای خود واقف می‌کند و به او در کنارگذاشتن تفکرات غیرمنطقی دربارهٔ خودمراقبتی کمک می‌کند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش که ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری در رشتهٔ روان‌شناسی سلامت در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده ازسوی کلینیک تخصصی قلب و عروق فرشچیان شهر همدان با شماره نامهٔ ۱۸۶ صادر شده است. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت نمودند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.226.5]

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامد اصلی یا امثال آن امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

منابع مالی برای انجام این پژوهش از هزینه‌های شخصی تأمین شده است و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌ها را جمع‌آوری کرد و سپس آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم، سوم و چهارم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Asikhia OA. Effect of cognitive restructuring on the reduction of mathematics anxiety among senior secondary school students in Ogun State, Nigeria. International Journal of Education and Research. 2014;2(2):1–20.
2. Kranke D, Weiss EL, Gin J, Der-Martirosian C, Brown JLC, Saia R, et al. A “culture of compassionate bad asses”: A qualitative study of combat veterans engaging in peer-led disaster relief and utilizing cognitive restructuring to mitigate mental health stigma. Best Practices in Mental Health: An International Journal. 2017;13(1):20–33.
3. Ma Y, Cheng HY, Cheng L, Sit JW. The effectiveness of electronic health interventions on blood pressure control, self-care behavioural outcomes and psychosocial well-being in patients with hypertension: A systematic review and meta-analysis. Int J of Nurs Stud. 2019;92(1):27-46. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.11.007
4. Javadzade H, Larki A, Tahmasebi R, Reisi M. A theory-based self-care intervention with the application of health literacy strategies in patients with high blood pressure and limited health literacy: A protocol study. Int J Hypertens. 2018;12(1):255-72. doi: 10.1155/2018/4068538
5. Levine LD, Nkonde-Price C, Limaye M, Srinivas SK. Factors associated with postpartum follow-up and persistent hypertension among women with severe preeclampsia. J Perinatol. 2016;36(12):1079-92. doi: 10.1038/jp.2016.137
6. Ebong IA, Schreiner P, Lewis CE, Appiah D, Ghelani A, Wellons M. The association between high sensitivity C-reactive protein and hypertension in women of the CARDIA study: C-reactive protein and hypertension. Menopause. 2016;23(6):662-79. doi: 10.1097/GME.0000000000000609
7. Nawata K, Matsumoto A, Kajihara R, Kimura M. Evaluation of the distribution and factors affecting blood pressure using medical checkup data in Japan. Health. 2016;9(1):124-37.
8. Mariosa DF, Ferraz RR, Santos-Silva EN. Influence of environmental conditions on the prevalence of systemic hypertension in two riverine communities in the Amazon, Brazil. Cienc Saude Cole. 2018;23(4):1425-36. https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.20362016
9. Meshram II, Rao MV, Rao VS, Laxmaiah A, Polasa K. Regional variation in the prevalence of overweight/obesity, hypertension and diabetes and their correlates among the adult rural population in India. Br J Nutr. 2016;115(7):1265-72. https://doi.org/10.1017/S0007114516000039
10. Haghranjbar F, Shirzad M, Taghdisi MH, Sarami GR, Ahadi H. The mediating role of subjective-wellbeing in terms of perceived stress and hypertension. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2016;4(1):50–7. [Persian] doi: 10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.50
11. Leung AA, Daskalopoulou SS, Dasgupta K, McBrien K, Butalia S, Zarnke KB, et al. Hypertension Canada’s 2017 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults. Can J Cardiol. 2017;33(5):557–76. doi: 10.1016/j.cjca.2017.03.005
12. Motedayen M, Sarokhani D, Meysami A, Jouybari L, Sanagoo A, Hasanpour Dehkordi A. The prevalence of hypertension in diabetic patients in Iran; a systematic review and meta-analysis. J Nephropathol. 2018;7(3):137-44. doi: 10.15171/jnp.2018.32
13. Levin ME, Haeger J, An W, Twohig MP. Comparing cognitive defusion and cognitive restructuring delivered through a mobile app for individuals high in self-criticism. Cogn Ther Res. 2018;42(6):844–55. doi: 10.1007/s10608-018-9944-3
14. Johnco C, Wuthrich VM, Rapee RM. The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study. Behav Res Ther. 2014;57:55–64. doi: 10.1016/j.brat.2014.04.005
15. Lakens D. Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. Front Psychol. 2013;4:863. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863
16. Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA. Development and validation of the health locus of control (HLC) scale. J Consult Clin Psychol. 1976;44(4):580–5. doi: 10.1037//0022-006x.44.4.580
17. Mautner D, Peterson B, Cunningham A, Ku B, Scott K, LaNoue M. How multidimensional health locus of control predicts utilization of emergency and inpatient hospital services. J Health Psychol. 2017;22(3):314-23. https://doi.org/10.1177/1359105315603468
18. Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. BMC Public Health. 2007;7:295. doi: 10.1186/1471-2458-7-295

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.226.5]

19. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care. 2000;23(7):943–50. doi: 10.2337/diacare.23.7.943
20. Choi EJ, Nam M, Kim SH, Park CG, Toobert DJ, Yoo JS, Chu SH. Psychometric properties of a Korean version of the summary of diabetes self-care activities measure. Int J Nurs Stud. 2011;48(3):333-7. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.08.007
21. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in Iranians with type 2 diabetes. Oman Med J. 2016;31(1):52-63. doi: 10.5001/omj.2016.10
22. Larsson A, Hooper N, Osborne LA, Bennett P, McHugh L. Using brief cognitive restructuring and cognitive defusion techniques to cope with negative thoughts. Behav Modif. 2016;40(3):452-82. https://doi.org/10.1177/0145445515621488
23. Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Dasgupta K, Butalia S, et al. Hypertension Canada's 2018 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children. Can J Cardiol. 2018;34(5):506-25. https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.02.022
24. Kachooei M, Afsahi F. Comparison of Health-Promoting Lifestyle and Health Locus of Control in Individuals with Hypertension and Healthy Individuals. International Journal of Behavioral Sciences. 2019;13(3):111-26. article_97405_1cb434ec7aed309cd678414edd9c3727.pdf
25. da Silva LA, dos Santos I, Gomes AM, de Souza MD, da Cunha AL et al. Chronic psychiatric client: socio-cognitive reconstruction in the institutional care process/Cliente com enfermidade psiquiatrica cronica: reconstrucao sociocognitiva no contexto do processo de cuidado institucional/Cliente con enfermedad psiquiatrica cronica: reconstruccion socio-cognitiva en el contexto del proceso de atencion institucional. Enfermagem Uerj. 2017;25(1):128-39.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.226.5]