MEJDS. 2021; 11:131.

Published online 2021 Nov. **Original Article**

The Effects of Acceptance and Commitment Group Therapy on Perceived Stress, Emotion Regulation, and Self-Care Behaviors in Patients with Hypertension

Sabetfar N[1], *Meschi F[2], Hoseinzade Taghvaei M[2]

Author Address
1. PhD student, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates;
2. PhD, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
***Corresponding author's email:** Fa_meschi@yahoo.com

Received: 2020 October 27; **Accepted:** 2021 March 16

Abstract

Background & Objectives: Hypertension is among the most common and chronic diseases with increasing global prevalence, which leads to other health issues, and causes extensive long–term changes in lifestyle. Mostly, individuals with hypertension encounter stress, which increases their blood pressure level. High blood pressure is crucial in survival prediction in Iran and globally. A compelling psychological approach for patients with hypertension is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT emphasizes the awareness of the present moment and its acceptance and is based on the theory that psychological trauma attempts to control or escape from negative thoughts and emotions. This study aimed to investigate the effects of group ACT on perceived stress, emotion regulation, and self–care behaviors in patients with hypertension.

Methods: This was a quasi–experimental study with pretest–posttest, a two–months follow–up, and a control group design. The statistical population included all patients diagnosed with hypertension in 2020 who were referred to one of the medical centers in Kish Island, Iran. In total, 32 patients who met the inclusion criteria were selected by the purposive sampling method and randomly assigned to the experimental and control (n=16/group) groups. The inclusion criteria were being diagnosed with primary hypertension according to the patient's medical record, being non–diabetic, having no history of heart attack or stroke, having no history of neuroleptic pharmacotherapy, no physical disability, no underlying diseases which lead to hypertension, such as alcohol poisoning, atherosclerosis, adrenal tumors or using birth control pills. Patients who did not participate in all therapy sessions or were under other interventions and those not willing to cooperate were excluded from the study. Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1983), Emotional Cognitive Regulation Questionnaire (Garenfeski et al., 2001), and Self–Care Behaviors of Patients with Hypertension (Han et al., 2014) were used for data collection. The group ACT was presented to the experimental group in 10 sessions based on the Forman and Herbert training package (2009); however, no intervention was provided to the control group. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, described the collected data. Inferential statistics, including repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA), Independent Samples t–test, and Bonferroni post hoc tests, were also used to analyze the obtained data in SPSS. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The effect of group on negative emotion (p<0.001), diet (p=0.008), medication (p<0.001), and disease management (p=0.018) was significant; however, on positive perceived stress (p=0.587), negative perceived stress (p=0.479), positive emotion (p=0.091) and food labeling (p=0.053) it was not significant. The effect of time and time and group interaction on positive and negative perceived stress, positive and negative emotions, diet, medication diet, food labeling, and disease management was significant (p<0.001). Concerning positive perceived stress (p=0.999), positive emotions (p=0.999), negative emotions (p=0.092), diet (p=0.668), medication (p=0.668), food labeling (p=0.602), and disease management (p=0.999), no significant difference was observed between the mean scores of the posttest and follow–up stages, which indicates the persistence of the intervention over time.

Conclusion: Considering the effectiveness of group ACT on negative emotion, diet, medication, and disease management in patients with hypertension, it is better to pay attention to the psychological components in individuals with chronic diseases along with physical features.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Perceived stress, Emotion regulation, Self–Care, Hypertension.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

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 ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۳۱.

انتشار برخط آبان ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده، نظم‌جویی شناختی‌هیجانی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون

نیما ثابت‌فر[۱]، *فرحناز مسچی[۲]، مرجان حسین‌زاده تقوایی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات، دبی، امارات متحدهٔ عربی؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

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

تاریخ دریافت: ۶ آبان ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۶ اسفند ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: ازجمله بیماری‌های شایع و مزمن عصر حاضر پرفشاری خون است که زمینه‌ساز سایر بیماری‌ها است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده، نظم‌جویی شناختی‌هیجانی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون بود.

روش‌بررسی: طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی افراد مبتلا به فشارخون مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کیش در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونهٔ پژوهش ۳۲ نفر از بین داوطلبان واجد شرایط بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. از مقیاس استرس ادراک‌شده (کوهن، ۱۹۸۳)، پرسشنامهٔ نظم‌جویی هیجانی و شناختی (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) و پرسشنامهٔ رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون (هان و همکاران، ۲۰۱۴) برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. برنامهٔ گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد طی ده جلسه براساس بستهٔ آموزشی فورمن و هربت (۲۰۰۹) صرفاً برای گروه آزمایش ارائه شد. تحلیل داده‌ها ازطریق روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون‌های تی مستقل و تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: اثر گروه بر متغیرهای هیجان منفی (p<۰/۰۰۱)، رژیم غذایی (p=۰/۰۰۸)، رژیم دارویی (p<۰/۰۰۱) و مدیریت بیماری (p=۰/۰۱۸) معنادار بود؛ اما بر متغیرهای استرس ادراک‌شدهٔ مثبت و منفی، هیجان مثبت و برچسب مواد غذایی معنادار نبود. اثر زمان و تعامل زمان و گروه بر متغیرهای استرس ادراک‌شدهٔ مثبت و منفی، هیجان‌های مثبت و منفی، رژیم غذایی، رژیم دارویی، برچسب مواد غذایی و مدیریت بیماری معنادار بود (p<۰/۰۰۱). در تمام متغیرهای مذکور به‌جز استرس ادراک‌شدهٔ منفی (p=۰/۰۱۰)، بین میانگین نمرات مراحل پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد که نشانگر ماندگاری مداخله در طول زمان است.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر هیجان منفی، رژیم غذایی، رژیم دارویی و مدیریت بیماری در بیماران مبتلا به فشارخون، بهتر است به مؤلفه‌های روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در کنار مؤلفه‌های جسمانی، توجه شود.

کلیدواژه‌ها: درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، استرس ادراک‌شده، نظم‌جویی هیجانی‌شناختی، خودمراقبتی، فشارخون.

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 2026-11-03]

۱ مقدمه

ازجمله بیماری‌های شایع و مزمن عصر حاضر پرفشاری خون[1] است که زمینه‌ساز سایر بیماری‌ها است و تغییرات وسیع و طولانی مدتی در رفتارهای مربوط به سبک زندگی ایجاد می‌کند؛ همچنین به‌طور کامل درمان نمی‌شود؛ بلکه فقط می‌تواند کنترل شود (۱). طبق پیش‌بینی‌های جهانی میزان ابتلا به فشارخون تا سال ۲۰۲۵ به ۲۹/۲ درصد می‌رسد (۲،۳). سیوارد در پژوهشی نشان داد، افراد مبتلا به فشارخون از استرس رنج می‌برند که باعث افزایش فشارخون در این افراد می‌شود (۴).

یکی از مفاهیم مرتبط با استرس، استرس ادراک‌شده[2] است. استرس ادراک‌شده، ارزیابی شناختی فرد از اهمیت چالش‌های محیطی و شخصی یا از وقایع زندگی در نظر گرفته می‌شود. میزانی از استرس برای رفع شرایط یکنواخت و نیز انگیزش کم مناسب است؛ اما تداوم علائم مرتبط با استرس ممکن است تضعیف سلامت روانی و فیزیکی و نیز کاهش کارآمدی در کار و یادگیری را در پی داشته باشد (۵). براساس نظریهٔ لازاروس و فولکمن، تفسیر و ارزیابی فرد از وقایع به ایجاد استرس منجر می‌شود (۶).

علاوه‌بر استرس، افراد مبتلا به فشارخون، علائم مهمی از آشفتگی‌های روان‌شناختی از خود نشان می‌دهند و همین خود عاملی برای شروع یا تشدید علائم فشارخون در بیماران در نظر گرفته می‌شود (۷). به‌کارگیری راهبردهای رفتاری و شناختی برای تغییر در طول زمان یا شدت تجربهٔ یک‌هیجان، نظم‌جویی هیجان[3] اطلاق می‌شود (۸). افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، از راهبردهای نظم‌جویی هیجان متفاوتی برای اصلاح یا تعدیل تجربهٔ هیجانی خود استفاده می‌کنند (۹). براساس مدل نظم‌جویی هیجان گروس، دو راهبرد اصلی نظم‌جویی هیجان، راهبردهای متمرکز بر پیشایند[4] و راهبردهای متمرکز بر پاسخ[5] است. راهبردهای متمرکز بر پیشایند چیزهایی را که افراد قبل از هیجانی کامل انجام می‌دهند، منعکس می‌کند و زمانی تجربه می‌شود که گرایش به پاسخ به‌طور کامل فعال نشده است. به‌طور معکوس، راهبردهای متمرکز بر پاسخ، چیزهایی را که بعد از گرایش به پاسخ انجام می‌شود، منعکس می‌کند و زمانی تجربه می‌شود که هیجان مربوط به آن رخ داده است (۱۰). راهبردهای متمرکز بر پیشایند انطباقی‌تر و بهتر از راهبردهای نظم‌جویی هیجان متمرکز بر پاسخ هستند (۱۱).

علاوه‌بر کنترل مسائل روانی و هیجانی در افراد مبتلا به بیماری فشارخون، مشارکت و همکاری بیمار در مراقبت از خود یا خودمراقبتی[6] از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۲). خودمراقبتی شامل پیشگیری، حفظ سلامتی و درمان بیماری‌ها توسط خود شخص است که دربرگیرندهٔ سبک زندگی سالم، درمان بیماری‌ها و مدیریت بیماری است (۱۳). با اینکه مزایای خودمراقبتی در بهبود فشارخون مشهود است، اغلب افراد از رفتارهای خودمراقبتی مانند کاهش وزن، فعالیت فیزیکی، توقف استعمال سیگار و مصرف غذاهای فاقد سدیم تبعیت نمی‌کنند (۱۴،۱۵).

ازجمله رویکردهای روان‌شناختی که می‌تواند بر بیماران مبتلا به فشارخون مؤثر باشد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[7] است. درمان مذکور بر آگاهی از لحظهٔ حال و پذیرش آن تأکید می‌کند و برمبنای این نظریه است که آسیب روانی، تلاشی درجهت کنترل یا فرار از افکار و هیجانات منفی است (۱۶). این درمان‌ها بر تغییر رابطهٔ افراد با تجارب درونی و اجتناب‌هایشان تمرکز دارند (۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد، مداخلات مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود و کنترل بیماری‌های مزمن مانند پرفشاری خون (۱۸)، چاقی (۱۹)، بیماری قلبی‌عروقی (۲۰)، ایدز (۲۱)، دیابت (۲۲) و ام‌اس (۲۳،۲۴) مؤثر است. مطالعهٔ مروری نظام‌مند هان و مک‌کراکن دربارهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بیماران مشخص کرد که این درمان به‌طور ویژه‌ای عملکرد فیزیکی و کلی را ارتقا می‌بخشد، افسردگی، اضطراب و استرس را درمقایسه با گروه گواه کاهش می‌دهد (۲۵) و بر استرس ادراک‌شدهٔ افراد (۲۶) و نظم‌جویی هیجانی (۲۷) تأثیر می‌گذارد. افراد مبتلا به پرفشاری خون از آشفتگی هیجانی روانی، تغییر سبک زندگی و استرس ایجادشده براساس آن رنج می‌برند؛ همچنین تاکنون پژوهشی در ایران انجام نشده است که اثر این نوع درمان روان‌شناختی را بر بیماران مبتلا به فشارخون بررسی کند؛ ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر بررسی تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده، نظم‌جویی شناختی‌هیجانی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و به‌صورت دو گروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به فشارخون شهر کیش تشکیل دادند که در سه‌ماههٔ نخست سال ۱۳۹۹ برای درمان به یکی از مراکز درمانی شهر کیش مراجعه کردند. برای انجام پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی حجم نمونه حداقل پانزده نفر برای هر گروه پیشنهاد شده است (۲۸)؛ ازاین‌رو نمونهٔ پژوهش حاضر شامل ۳۲ نفر از داوطلبان واجد شرایط بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند. سپس اعضای نمونه به‌صورت تصادفی در دو گروه شانزده‌نفره (یک گروه آزمایش و یک گروه گواه) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش شامل ابتلا به بیماری فشارخون اولیه براساس پروندهٔ پزشکی بیمار، مبتلانبودن به دیابت، نداشتن سابقهٔ سکتهٔ قلبی یا مغزی، مبتلانبودن به انواع اختلال‌های روان‌پزشکی منجربه مصرف داروهای روان‌پزشکی، شرکت‌نکردن در جلسات مشاوره و روان‌درمانی در طی شش ماه گذشته، نبود ناتوانی جسمی همانند معلولیت حرکتی، نبود پرفشاری خون ثانویه ایجادشده در اثر بیماری‌های دیگر از جمله مسمومیت با الکل، تصلب شرائین، تومور غدد فوق‌کلیوی یا مصرف قرص‌های

1. Blood pressure
2. Perceived stress
3. Emotion regulation
4. Antecedent-focused
5. Response-focused
6. Self-care
7. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

ضدبارداری، بود. ملاک‌های خروج بیماران از پژوهش عبارت بود از: غیبت بیش از یک جلسه؛ شرکت در کارگاه آموزشی یا درمانی دیگر؛ نداشتن تمایل به ادامهٔ همکاری. ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر به‌شرح زیر بود: دربارهٔ موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آن‌ها برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و رضایت آگاهانهٔ آنان با اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی کسب شد؛ به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد اطلاعات آن‌ها محرمانه است؛ حق انصراف از مطالعه در هر مرحله از پژوهش وجود داشت؛ بعد از مرحلهٔ پیگیری برای گروه گواه دورهٔ مداخله اجرا شد.

ابتدا داده‌های پیش‌آزمون جمع‌آوری شد. سپس گروه آزمایش مداخلهٔ درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد. در این مرحله برای گروه گواه هیچ‌گونه مداخلهٔ آزمایشی ارائه نشد؛ اما برای رعایت اصول اخلاقی یک جلسهٔ دوساعته برای این بیماران برگزار شد که در این جلسه فقط توصیف بیماری صورت گرفت. پس از گذشت ده جلسه، از هر دو گروه پس‌آزمون و بعد از گذشت دو ماه آزمون پیگیری گرفته شد. به‌دلیل شیوع بیماری کرونا جلسهٔ اول و جمع‌آوری اطلاعات پیش‌آزمون به‌شکل حضوری اجرا شد. جلسات دوم و سوم به‌صورت آنلاین، جلسهٔ چهارم به‌صورت حضوری، جلسات پنجم تا نهم به‌صورت آنلاین و جلسهٔ آخر و جمع‌آوری اطلاعات در پس‌آزمون و مرحلهٔ پیگیری نیز به‌صورت حضوری اجرا شد.

ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس استرس ادراک‌شده[1] : مقیاس استرس ادراک‌شده ابزار خودگزارش دهی مشتمل بر ۱۴ گویه است و توسط کوهن و همکاران در سال ۱۹۸۳ ساخته شد (۲۹). این مقیاس روی طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. . گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۳ استرس ادراک‌شدهٔ مثبت و گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۸، ۱۱، ۱۲ و ۱۴ استرس ادراک‌شدهٔ منفی را اندازه‌گیری می‌کند (۲۹). صفایی و شکری این ابزار را در ایران ترجمه کردند و پایایی آن را در نسخهٔ ایرانی ۰/۷۶ محاسبه کردند (۳۰).

ـ پرسشنامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجانی[2] : پرسشنامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجانی توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ برای شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی پس از تجربه‌کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی تدوین شد (۳۱). این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده است. پاسخ‌های پرسشنامه در پیوستاری پنج‌درجه‌ای در دامنهٔ ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد (۳۱). گارنفسکی و همکاران اعتبار این پرسشنامه را ازطریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه کردند (۳۱). همچنین برزگر بفرویی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را برای راهبردهای منفی، مثبت و کل به‌ترتیب ۰/۸۱، ۰/۸۵ و ۰/۸۳ به‌دست آوردند (۳۲).

جدول ۱. پروتکل درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسات	توضیحات
اول	توضیحاتی مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعان و اجرای پیش‌آزمون (به‌صورت حضوری برگزار شد)
دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی (به‌صورت آنلاین برگزار شد)
سوم	آموزش مراحل شش‌گانه: (به‌صورت آنلاین برگزار شد) ۱. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد دربارهٔ تجارب ذهنی افزایش یابد. ۲. بر آگاهی روانی فرد در لحظهٔ حال افزوده می‌شود. ۳. به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا کند. ۴. تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته، صورت می‌گیرد. ۵. به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد. ۶. ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه صورت می‌گیرد.
چهارم و پنجم	درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی شناختی (جلسهٔ چهارم به‌صورت حضوری و جلسهٔ پنجم به‌صورت آنلاین برگزار شد)
ششم و هفتم	آموزش ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن‌ها (به‌صورت آنلاین برگزار شد)
هشتم	آموزش تحمل پریشانی (به‌صورت آنلاین برگزار شد)
نهم	آموزش نظم‌جویی شناختی (به‌صورت آنلاین برگزار شد)
دهم	افزایش کارآمدی بین‌فردی، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون (به‌صورت حضوری برگزار شد)

ـ پرسشنامهٔ رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون[3] : پرسشنامهٔ خودمراقبتی مربوط به بیماران فشارخون توسط هان و همکاران در سال ۲۰۱۴ طراحی شد (۳۳). نسخهٔ اصلی این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال بود که پاسخ سؤال‌ها با مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای (همیشه= ۴، بیشتر اوقات=۳، به‌ندرت=۲، هیچ‌وقت=۱) سنجیده می‌شود. هان و همکاران آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با ۰/۸۷ محاسبه کردند (۳۳). قانعی قشلاق و همکاران این ابزار را روی ۳۲۵ بیمار مبتلا به فشارخون زیاد اجرا کردند. آن‌ها براساس نتایج تحلیل عامل اکتشافی چهار عامل رژیم غذایی (گویه‌های ۳، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱)، رژیم دارویی (۱، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۰)، برچسب مواد غذایی (۲، ۸) و مدیریت بیماری (۱۲، ۱۳، ۱۷، ۱۸، ۱۹) را استخراج کردند که ۵۱/۳۹درصد واریانس کل متغیرهای خودمراقبتی را تبیین

[1]. Perceived Stress Scale

[2]. Emotional Cognitive Regulation Questionnaire

[3]. Questionnaire of Self-Care Behaviors of Patients with Hypertension

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

می‌کنند. همسانی درونی کل ابزار براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶۵ بود (۱۲).

ـ جلسات درمانی مربوط به درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: جلسات آموزش گروهی پذیرش و تعهد طی ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای به‌مدت دو ماه، هفته‌ای دوبار براساس بستهٔ آموزشی فورمن و هربت اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۲۷). همچنین روایی محتوایی این بسته در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید دکتری روان‌شناسی تأیید شد. سپس در این پژوهش به‌کار رفت. در جدول ۱ خلاصه‌ای از جلسات درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ارائه شده است.

برای توصیف داده‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. باتوجه به طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با رعایت پیش‌فرض آن (آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای بررسی نرمال‌بودن داده‌ها، آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون‌های ام‌باکس و کرویت ماچلی) استفاده شد. همچنین برای تحلیل داده‌ها آزمون‌های تی مستقل و تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ انجام گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

جدول ۲ نشان‌دهندهٔ اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش است. همان‌طورکه مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار سنی گروه‌های آزمایش و گواه به‌ترتیب ۴/۴۶±۴۳/۲۵ و ۴/۳۵±۴۵/۰۶ سال است. در گروه آزمایش ۵ مرد و ۱۱ زن و در گروه گواه ۷ مرد و ۹ زن حضور داشتند. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد، بین دو گروه در متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معنادار وجود نداشت.

بر اساس جدول ۳، نتایج حاصل از آمار توصیفی این پژوهش به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد، تغییرات در مقادیر میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای وابسته، در گروه آزمایش مشهود است؛ درحالی‌که در گروه گواه تغییرات زیادی مشاهده نمی‌شود. برای بررسی معناداری این تغییرات، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ البته در ابتدا نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف مشخص کرد، فرض توزیع نرمال‌بودن متغیرها در هر دو گروه آزمایش و گواه و در همهٔ مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری رد نشد ($p>۰/۰۵$). همچنین شرایط آزمون ام‌باکس برای مفروضهٔ همگنی ماتریس کوواریانس و آزمون لون برای همگنی واریانس در دو گروه و در همهٔ مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار بود ($p>۰/۰۵$).

جدول ۲. مقایسهٔ مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	سطح	گروه آزمایش	گروه گواه	P-value
		میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
سن		۴۳/۲۵±۴/۶۴	۴۵/۰۶±۴/۵۳	۰/۵۸۲
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنسیت	مرد	۵ (۳۱/۲۵)	۷ (۴۳/۷۵)	۰/۳۵۶
	زن	۱۱ (۶۸/۷۵)	۹ (۵۶/۲۵)	
وضعیت تأهل	متأهل	۱۱ (۶۸/۷۵)	۱۲ (۷۵/۰۰)	۰/۵۹۱
	مجرد	۵ (۳۱/۲۵)	۴ (۲۵/۰۰)	
وضعیت اشتغال	بیکار	۰ (۰)	۱ (۶/۲۵)	۰/۶۸۳
	خانه‌دار	۰ (۰)	۱ (۶/۲۵)	
	کارمند	۸ (۵۰/۰)	۶ (۳۷/۵۰)	
	آزاد	۴ (۲۵/۰۰)	۴ (۲۵/۰۰)	
	سایر	۴ (۲۵/۰۰)	۴ (۲۵/۰۰)	
تحصیلات	دیپلم	۰ (۰)	۱ (۶/۲۵)	۰/۵۰۴
	دانشگاهی	۱۶ (۱۰۰/۰۰)	۱۵ (۹۳/۷۵)	
سطح درآمد	کمتر از یک‌میلیون	۱ (۶/۲۵)	۳ (۱۸/۷۵)	۰/۵۷۰
	بین یک تا دومیلیون	۱ (۶/۲۵)	۱ (۶/۲۵)	
	بین دو تا سه‌میلیون	۴ (۲۵/۰۰)	۲ (۱۲/۵۰)	
	بین سه تا چهارمیلیون	۱ (۶/۲۵)	۳ (۱۸/۷۵)	
	بیشتر از چهارمیلیون	۹ (۵۶/۲۵)	۷ (۴۳/۷۵)	

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین±انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین±انحراف معیار	پیگیری میانگین±انحراف معیار
استرس ادراک‌شدهٔ مثبت	آزمایش	۶/۵±۱/۷۸	۴/۹۳±۲/۰۱	۴/۷۵±۱/۷۳
	گواه	۵/۶۲±۲/۵۷	۵/۹۳±۲/۷۴	۵/۸۷±۲/۳۹
استرس ادراک‌شدهٔ منفی	آزمایش	۹/۲۵±۴/۸۳	۵/۸۱±۳/۱۲	±۳/۰۴ ۵/۳۱
	گواه	۷/۷۵±۳/۹۹	۷/۸۷±۳/۹۴	±۳/۹۱ ۷/۵۶
هیجان مثبت	آزمایش	۶۴/۳۱±۹/۹۷	۱۱/۱۷±۷۸/۰۶	۷۸/۰۰±۱۰/۶۶
	گواه	۶۷/۳۷±۸/۶۸	۴۸/۶۸±۹/۶۸	۶۸/۱۸±۷/۷۹
هیجان منفی	آزمایش	۴۵/۹۳±۷/۶۸	۳۱/۰۶±۱۱/۰۹	۳۲/۱۸±۱۱/۶۸
	گواه	۹/۶۸±۴۸/۶۸	۴۸/۶۸±۹/۶۱	۴۸/۸۷±۹/۱۶
رژیم غذایی	آزمایش	۱۷/۱۲±۳/۶۴	۲۳/۳۱±۵/۰۴	۲۲/۷۵±۴/۷۳
	گواه	۱۶/۵۶±۵/۳۱	۱۶/۵۶±۴/۶۸	۱۶/۳۱±۴/۵۵
رژیم دارویی	آزمایش	۱۰/۸۷±۲/۹۸	۱۵/۵۰±۲/۷۵	۱۵/۱۲±۲/۶۲
	گواه	۹/۹۳±۳/۶۷	۱۰/۰۶±۳/۲۳	۱۰/۰۶±۳/۳۳
برچسب مواد غذایی	آزمایش	۴/۷۵±۱/۶۵	۶/۰۰±۱/۵۰	۵/۸۷±۱/۵۰
	گواه	۴/۱۸±۱/۸۳	۴/۲۵±۱/۶۹	۴/۶۸±۱/۹۲
مدیریت بیماری	آزمایش	۱۶/۳۱±۲/۳۰	۱۸/۱۲±۱/۶۲	۱۸/۳۱±۰/۹۵۷
	گواه	۱۶/۳۷±۲/۰۶	۱۶/۱۸±۱/۹۷	۱۵/۹۳±۱/۹۴

جدول ۴. نتایج بین‌گروهی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال	مجذور اتا
استرس ادراک‌شدهٔ مثبت	گروه	۴/۱۶۷	۱	۴/۱۶۷	۰/۳۰۱	۰/۵۸۷	۰/۰۱۰
	خطا	۴۱۴/۷۹۲	۳۰	۱۳/۸۲۶			
استرس ادراک‌شدهٔ منفی	گروه	۲۱/۰۹۴	۱	۲۱/۰۹۴	۰/۵۱۴	۰/۴۷۹	۰/۰۱۷
	خطا	۱۲۳۲/۰۶۳	۳۰	۴۱/۰۶۹			
هیجان مثبت	گروه	۷۶۵/۰۱۰	۱	۷۶۵/۰۱۰	۳/۰۴۵	۰/۰۹۱	۰/۰۹۲
	خطا	۷۵۳۵/۸۹۶	۳۰	۲۵۱/۱۹۷			
هیجان منفی	گروه	۳۶۶۳/۰۱۰	۱	۳۶۶۳/۰۱۰	۱۳/۳۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۸
	خطا	۸۲۴۹/۱۴۶	۳۰	۲۷۴/۹۷۲			
رژیم غذایی	گروه	۵۰۴/۱۶۷	۱	۵۰۴/۱۶۷	۸/۰۷۰	۰/۰۰۸	۰/۲۱۲
	خطا	۱۸۷۴/۱۲۵	۳۰	۶۲/۴۷۱			
رژیم دارویی	گروه	۳۴۸/۸۴۴	۱	۳۴۸/۸۴۴	۱۲/۸۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۰
	خطا	۸۱۲/۹۷۹	۳۰	۲۷/۰۹۹			
برچسب مواد غذایی	گروه	۳۲/۶۶۷	۱	۳۲/۶۶۷	۴/۰۵۲	۰/۰۵۳	۰/۱۱۹
	خطا	۲۴۱/۸۳۳	۳۰	۸/۰۶۱			
مدیریت بیماری	گروه	۵۵/۵۱۰	۱	۵۵/۵۱۰	۶/۳۰۱	۰/۰۱۸	۰/۱۷۴
	خطا	۲۶۴/۳۱۳	۳۰	۸/۸۱۰			

براساس یافته‌های جدول ۴ نتایج آزمون اثر گروه در سه مرحله ارزیابی مشخص کرد، تفاوت گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای هیجان منفی (p<۰/۰۰۱)، رژیم غذایی (p=۰/۰۰۸)، رژیم دارویی (p<۰/۰۰۱) و مدیریت بیماری (p=۰/۰۱۸) معنادار بود؛ اما تفاوت دو گروه در متغیرهای استرس ادراک‌شدهٔ مثبت (p=۰/۵۸۷)، استرس ادراک‌شدهٔ منفی (p=۰/۴۷۹)، هیجان مثبت (p=۰/۰۹۱) و برچسب مواد غذایی (p=۰/۰۵۳) معنادار نبود.

براساس جدول ۵ نتایج آزمون اثر درون‌گروهی (زمان) در سه مرحله ارزیابی برای گروه آزمایش در متغیرهای استرس ادراک‌شدهٔ مثبت (p<۰/۰۰۱)، استرس ادراک‌شدهٔ منفی (p<۰/۰۰۱)، هیجان مثبت (p<۰/۰۰۱)، هیجان منفی (p<۰/۰۰۱)، رژیم غذایی (p<۰/۰۰۱)، رژیم دارویی (p<۰/۰۰۱)، برچسب مواد غذایی (p<۰/۰۰۱) و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

مدیریت بیماری ($p<۰/۰۰۱$) معنادار بود. همچنین نتایج نشان داد، اثر درون‌گروهی برای تعامل زمان و گروه برای متغیرهای استرس ادراک‌شدهٔ مثبت ($p<۰/۰۰۱$)، استرس ادراک‌شدهٔ منفی ($p<۰/۰۰۱$)، هیجان مثبت ($p<۰/۰۰۱$)، هیجان منفی ($p<۰/۰۰۱$)، رژیم غذایی ($p<۰/۰۰۱$)، رژیم دارویی ($p<۰/۰۰۱$)، مدیریت بیماری ($p<۰/۰۰۱$) و برچسب مواد غذایی ($p<۰/۰۰۱$) معنادار بود.

جدول ۵. نتایج درون‌گروهی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار احتمال	مجذور اتا
استرس ادراک‌شدهٔ مثبت	فاکتور ۱ (زمان)	۱۰/۳۳۳	۲	۵/۱۶۷	۸/۲۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۱۶
	زمان*گروه	۲۰/۰۸۳	۲	۱۰/۰۴۲	۱۶/۰۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۸
	خطا	۳۷/۵۸۳	۶۰	۰/۶۲۶			
استرس ادراک‌شدهٔ منفی	فاکتور ۱ (زمان)	۷۶/۳۹۶	۲	۳۸/۱۹۸	۲۱/۳۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۵
	زمان*گروه	۷۱/۴۳۸	۲	۳۵/۲۵۰۷۱۹	۱۹/۹۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۹
	خطا	۱۰۷/۵۰۰	۶۰	۱/۷۹۲			
هیجان مثبت	فاکتور ۱ (زمان)	۱۱۰۲/۳۳۳	۲	۵۵۱/۱۶۷	۵۶/۳۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۳
	زمان*گروه	۹۱۰/۵۸۳	۲	۴۵۵/۲۹۲	۴۶/۵۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۸
	خطا	۵۸۶/۴۱۷	۶۰	۹/۷۷۴			
هیجان منفی	فاکتور ۱ (زمان)	۱۰۸۵/۱۴۶	۲	۵۴۲/۵۷۳	۵۵/۵۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۹
	زمان*گروه	۱۱۱۰/۳۹۶	۲	۵۵۵/۱۹۸	۵۶/۸۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۵
	خطا	۵۸۵/۷۹۲	۶۰	۹/۷۶۳			
رژیم غذایی	فاکتور ۱ (زمان)	۱۸۰/۸۹۶	۲	۹۰/۴۴۸	۴۹/۶۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۳
	زمان*گروه	۱۹۴/۳۹۶	۲	۹۷/۱۹۸	۵۳/۳۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۰
	خطا	۱۰۹/۳۷۵	۶۰	۱/۸۲۳			
رژیم دارویی	فاکتور ۱ (زمان)	۱۱۱/۵۸۳	۲	۵۵/۷۹۲	۵۱/۲۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۱
	زمان*گروه	۹۹/۷۵۰	۲	۴۹/۸۷۵	۴۵/۸۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۴
	خطا	۶۵/۳۳۳	۶۰	۱/۰۸۹			
برچسب مواد غذایی	فاکتور ۱ (زمان)	۱۱/۸۹۶	۲	۵/۹۴۸	۲۲/۵۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
	زمان*گروه	۵/۶۴۶	۲	۲/۸۲۳	۱۰/۷۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۳
	خطا	۱۵/۷۹۲	۶۰	۰/۲۶۳			
مدیریت بیماری	فاکتور ۱ (زمان)	۱۶/۵۸۳	۲	۸/۲۹۲	۱۰/۴۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۵۸
	زمان*گروه	۳۲/۳۳۳	۲	۱۶/۱۶۷	۲۰/۳۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۴
	خطا	۴۷/۷۵۰	۶۰	۰/۷۹۶			

براساس یافته‌های جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای ارزیابی در سه دورهٔ زمانی نشان داد، در متغیر استرس ادراک‌شدهٔ مثبت بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p=۰/۰۲۲$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($p=۰/۰۰۳$) تفاوت معنادار وجود داشت؛ ولی بین مرحلهٔ پس‌آزمون با مرحلهٔ پیگیری تفاوت معنادار دیده نشد ($p=۰/۹۹۹$). در متغیر استرس ادراک‌شدهٔ منفی بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$)، پیش‌آزمون با پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) و پس‌آزمون با پیگیری ($p=۰/۰۱۰$) تفاوت معناداری مشاهده شد. در متغیر هیجان مثبت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون با پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار وجود داشت؛ ولی بین میانگین نمرات پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=۰/۹۹۹$). در متغیر هیجان منفی بین میانگین نمرات در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون با پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار وجود داشت؛ ولی بین مرحلهٔ پس‌آزمون با مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=۰/۰۹۲$). در متغیر رژیم غذایی بین میانگین‌های مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و مراحل پیش‌آزمون با پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت به‌صورت معنادار بود؛ ولی بین میانگین نمرات رژیم غذایی در مرحلهٔ پس‌آزمون با مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=۰/۶۶۸$). در متغیر رژیم دارویی میانگین نمرات بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون با پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری داشت؛ ولی بین میانگین نمرات در مرحلهٔ پس‌آزمون با مرحلهٔ پیگیری تفاوت معنادار دیده نشد ($p=۰/۶۶۸$). در متغیر برچسب مواد غذایی میانگین نمرات بین

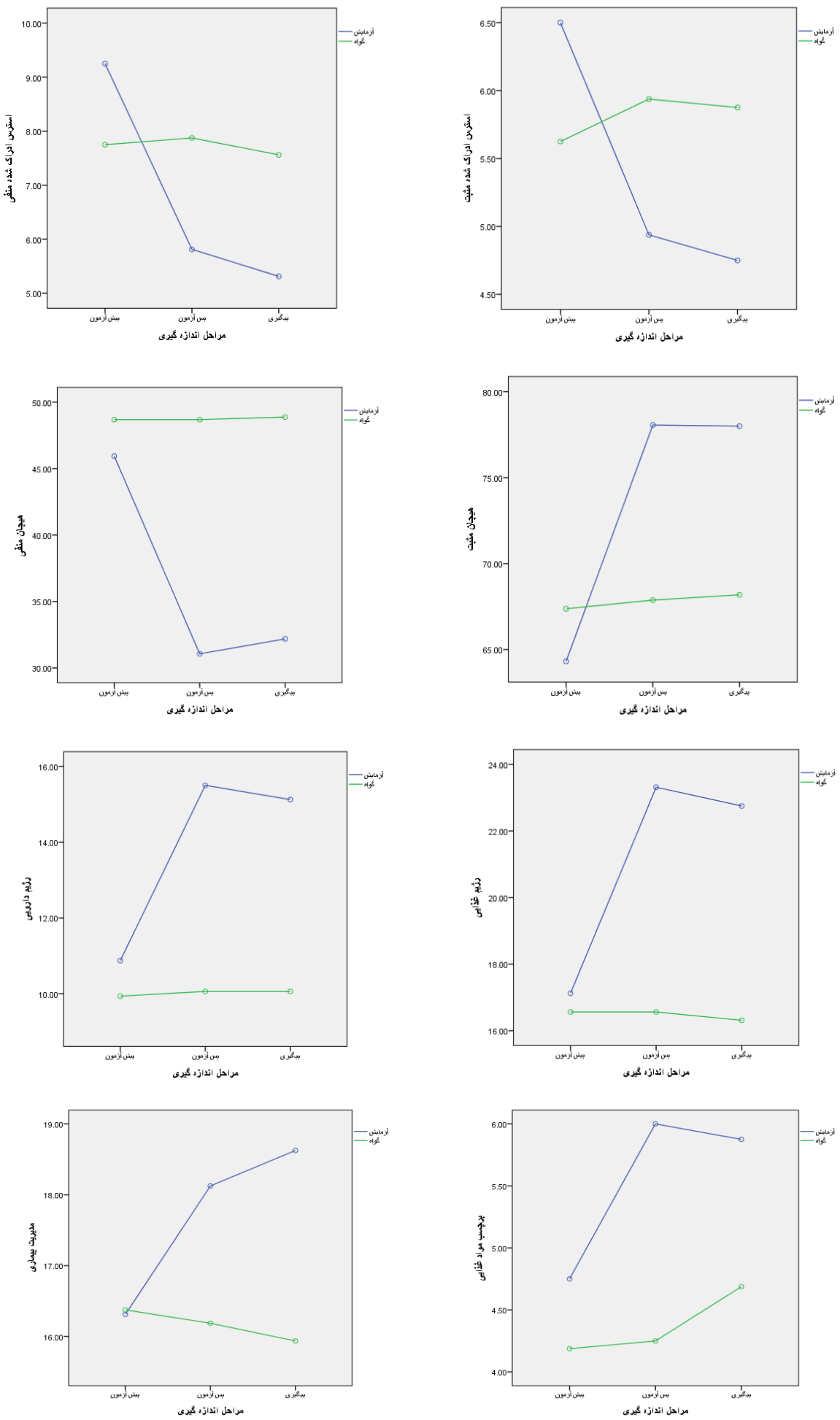
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون با پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) دارای تفاوت معنادار بود؛ ولی بین میانگین نمرات در مرحلهٔ پس‌آزمون با مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p=۰/۶۰۲$). همچنین در متغیر مدیریت بیماری میانگین نمرات بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p=۰/۰۰۳$) و پیش‌آزمون با پیگیری ($p=۰/۰۰۷$) تفاوت معناداری داشت؛ ولی بین میانگین نمرات مرحلهٔ پس‌آزمون با مرحلهٔ پیگیری تفاوت معنادار نبود ($p=۰/۹۹۹$).

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی میانگین‌های اثر زمان

متغیر	مقایسهٔ مراحل اندازه‌گیری		تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
استرس ادراک‌شدهٔ مثبت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۶۲۵	۰/۲۱۷	۰/۰۲۲
		پیگیری	۰/۷۵۰	۰/۲۰۴	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۲۵	۰/۱۶۹	۰/۹۹۹
استرس ادراک‌شدهٔ منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۶۵۶	۰/۳۹۰	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۰۶۳	۰/۴۱۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۰۶	۰/۱۲۷	۰/۰۱۰
هیجان مثبت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۱۲۵	۰/۷۸۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۷/۲۵۰	۰/۹۲۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۲۵	۰/۶۱۱	۰/۹۹۹
هیجان منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۴۳۸	۰/۹۱۸	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۶/۷۸۱	۰/۹۵۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۶۵۶	۰/۲۸۹	۰/۰۹۲
رژیم غذایی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۰۹۴	۰/۳۹۶	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۲/۶۸۸	۰/۳۹۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۰۶	۰/۱۵۱	۰/۶۶۸
رژیم دارویی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲/۳۷۵	۰/۲۸۴	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۲/۶۸۸	۰/۳۱۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۸۸	۰/۱۵۱	۰/۶۶۸
برچسب مواد غذایی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۶۵۶	۰/۱۲۰	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۰/۸۱۳	۰/۳۱۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۵۶	۰/۱۱۹	۰/۶۰۲
مدیریت بیماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۸۱۳	۰/۲۲۱	۰/۰۰۳
		پیگیری	-۰/۹۳۸	۰/۲۸۰	۰/۰۰۷
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۲۵	۰/۱۴۸	۰/۹۹۹

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]



شکل ۱. نمودار میانگین‌های گروه آزمایش و گروه گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

در شکل ۱ میانگین‌های گروه آزمایش و گروه گواه برای متغیرهای تحقیق در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در قالب نمودار ارائه شده است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده، نظم‌جویی شناختی‌هیجانی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون بود. نتایج تحقیق نشان داد، در گروه آزمایش و گروه گواه بین استرس ادراک‌شدهٔ مثبت و منفی تفاوت معنادار وجود نداشت. این بدان معناست که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر استرس ادراک‌شدهٔ مثبت و منفی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه که آموزشی دریافت نکردند، نداشته است. این نتایج با یافته‌های پژوهش رهنما و سجادیان مبنی‌بر تأثیر معنادار درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بهبود استرس ادارک‌شده در بیماران کرونر قلبی (۳۴) ناهمسوست. به‌نظر می‌رسد دلیل اثربخش‌نبودن درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر گروه آزمایش، برگزاری بیشتر جلسات آموزش به‌صورت آنلاین بود و شاید جلسات آنلاین کیفیت جلسات حضوری را نداشته است و آن‌طورکه باید شرکت‌کنندگان در تحقیق نتوانستند از مزایای درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد استفادهٔ بهتری کنند.

دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر هیجان مثبت نداشت، اما هیجان منفی در گروه آزمایش به‌صورت معناداری کاهش یافت. درواقع، مقدار هیجان مثبت در گروه آزمایش بیشتر از گروه گواه بود، ولی این تفاوت معنادار نبود، اما هیجان منفی به‌صورت معناداری در گروه آزمایش کمتر از گروه گواه بود. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های پلامپ ویلاردگا و همکاران (۳۵) و یراقچی و همکاران (۳۶) مبنی‌بر اثرگذاری درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر هیجان منفی همسوست.

در تبیین این یافتهٔ پژوهش باید گفت، تمرینات مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، خودآگاهی و هوشیاری فیزیکی و شناختی را افزایش می‌دهد، این خودآگاهی موجب ارزیابی صحیح خود می‌شود، الگوهای معیوب قبلی افکار و احساسات را می‌شکند، فرد بیشتر در حال زندگی می‌کند، فرایند شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تسهیل می‌شود و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه خواهد کرد. وقتی فرد بتواند الگوهای واکنش‌دهی از روی عادت منفی خود را کنترل کند، احتمال زیادی وجود دارد که کارکردهای خودنظم‌دهی بروز کنند که به‌عنوان کارکردهایی سالم‌تر، متعادل‌تر و معقول‌تر محسوب می‌شوند. از سویی، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به افراد این توانایی را می‌دهد تا توجه انتخابی خود را به مسائل در هر لحظه معطوف کنند؛ بنابراین با یادگیری تکنیک‌های توجه لحظه به لحظه‌ای که در این درمان وجود دارد، الگوهای قدیمی و جاافتادهٔ تفکر منفی فراخوانی نمی‌شوند و همین فقدان فراخوانی افکار و الگوهای تفکر منفی منجربه داشتن احساس بهتر توسط فرد می‌شود؛ ازاین‌رو بیماران ممکن است بتوانند الگوهای منفی واکنش به موقعیت‌ها را به‌طور کلی کنار بگذارند و کارکردهای خودنظم‌دهی بیشتری را که به‌صورت سلامتی بیشتر، تعادل بیشتر، معقول‌بودن و تغییرات عصب‌روان‌شناختی تجربه می‌شود، نشان دهند (۳۷). با بهبود تنظیم هیجان به‌وسیلهٔ مداخلهٔ مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، حالت خودکاری زنجیرهٔ واکنش‌های رفتاری کند می‌شود و شخص می‌تواند افکار و رفتارش را کنترل کند. این درمان به مراجعان کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی‌شان به‌خصوص عملکرد هیجانات و نقشی را که روابط نامناسب با تجارب درونی می‌تواند در تداوم ناراحتی داشته باشد، بفهمند (۳۸).

دیگر نتایج پژوهش نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر بهبود رژیم غذایی، رژیم دارویی و مدیریت بیماری گروه آزمایش داشت، ولی بر مؤلفهٔ برچسب موادغذایی این گروه تأثیر معناداری نداشت. این نتایج همسو با یافته‌های مطالعات خلعتبری و همکاران (۳۹) و حسن‌نژاد و همکاران (۴۰) بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، در فرایند درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اساس این درمان است. شخصی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارد، از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌کند و در کنترل و تغییر آن‌ها سعی نمی‌کند؛ بنابراین انرژی خود را به‌جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و رسیدن به اهدفش می‌کند (۴۱)؛ ازاین‌رو درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند تا مسئولیت تغییرات رفتاری که در اینجا همان رفتارهای خودمراقبتی هستند، بپذیرد و با تعهد به یک‌سری از اعمال و رفتارها (متعهدبودن به رژیم دارویی، رژیم غذایی و مدیریت بیماری) برای رسیدن به هدف خودمراقبتی تلاش کند؛ ازاین‌رو به‌نظر می‌رسد درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد از طریق توسعه و پذیرش روانی و افزایش عمل به ارزش‌ها در بیماران مبتلا به فشارخون موجب بهبود رفتارهای خودمراقبتی آن‌ها می‌شود. علاوه‌براین شاید اثربخش‌بودن درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد را بتوان این‌گونه توجیه کرد که در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، بعد از پذیرش افکار و شرایط موجود، فرد به‌جای ناامیدی، گله و شکایت اقدام به انجام‌دادن اعمال متعهدانه برای رسیدن به اهداف و ارزش‌هایش می‌کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت قلمروی زمانی و مکانی پژوهش اشاره داشت. به‌دلیل اینکه پژوهش حاضر روی مراکز درمانی شهر کیش انجام شد، در تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط را رعایت کرد. انجام مطالعات طولانی‌تر و با پیگیری بلندمدت و چندمرحله‌ای، نتایج کامل‌تری را در زمینهٔ میزان پایداری این مدل درمانی به پژوهشگران ارائه می‌دهد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که گروه‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر هیجان منفی، رژیم غذایی، رژیم دارویی و مدیریت بیماری در بیماران مبتلا به فشارخون مؤثر است. در این نوع درمان تلاش بر آن است که در فرد پذیرش روانی برای تجارب ذهنی و احساسات ایجاد شود.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از حمایت‌های علمی و معنوی معاونت پژوهشی و مدیریت مراکز درمانی شهر کیش که صمیمانه ما را در جمع‌آوری اطلاعات یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات بود و با کد اخلاق IR.SBMU.RETECH.REC.1399.590 انجام شد. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش حاضر عبارت بود از: دربارهٔ موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آن‌ها برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و رضایت آگاهانهٔ آنان با اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی کسب شد؛ به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد اطلاعات آن‌ها محرمانه است؛ حق انصراف از مطالعه در هر مرحله از پژوهش وجود داشت؛ بعد از مرحلهٔ پیگیری برای گروه گواه دورهٔ مداخله اجرا شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش به‌طور مستقل و بدون حمایت مالی مؤسسه یا سازمان خاصی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان در انجام تمام مراحل تحقیق مشارکت داشتند.

References

1. Park S-H, Han KS. Blood pressure response to meditation and yoga: a systematic review and meta-analysis. J Altern Complement Med. 2017;23(9):685–95. https://doi.org/10.1089/acm.2016.0234
2. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005;365(9455):217–23. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)17741-1
3. Esteghamati A, Etemad K, Koohpayehzadeh J, Abbasi M, Meysamie A, Khajeh E, et al. Awareness, treatment and control of pre-hypertension and hypertension among adults in Iran. Arch Iran Med. 2016;19(7):456–64.
4. Seaward BL. Managing stress: principles and strategies for health and well being. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2011.
5. Chai MS, Low CS. Personality, coping and stress among university students. American Journal of Applied Psychology. 2015;4(3):33–8. https://doi.org/10.11648/j.ajap.s.2015040301.16
6. Lazarus RS, Folkman S. Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In: Appley MH, Trumbull R, editors. Dynamics of stress: physiological, psychological and social perspectives. Boston, MA: Springer US; 1986. pp: 63–80. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-5122-1_4
7. Montano D. Depressive symptoms and blood pressure: A cross-sectional study of population data. Journal of Psychophysiology. 2020;34(2):123–35. https://doi.org/10.1027/0269-8803/a000242
8. Rottenberg J, Gross JJ. Emotion and emotion regulation: A map for psychotherapy researchers. Clinical Psychology: Science and Practice. 2007;14(4):323–8. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00093.x
9. Weems CF, Pina AA. The assessment of emotion regulation: improving construct validity in research on psychopathology in youth—an introduction to the special section. J Psychopathol Behav Assess. 2010;32(1):1–7. https://doi.org/10.1007/s10862-010-9178-5
10. Gross JJ. Handbook of emotion regulation. New York, NY: Guilford Press; 2013.
11. John OP, Gross JJ. Individual differences in emotion regulation. In: Handbook of emotion regulation. New York, NY, US: The Guilford Press; 2007. pp: 351–72.
12. Ghanei Gheshlagh R, Parizad N, Ghalenoee M, Dalvand S, Farajzadeh M, Ebadi A. Psychometric properties of Persian version of Hypertension Self-Care Profile in patients with high blood pressure. Koomesh. 2019;21(1):25–32. [Persian] http://koomeshjournal.semums.ac.ir/article-1-3921-en.pdf
13. Gohar F, Greenfield SM, Beevers DG, Lip GYH, Jolly K. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. BMC Complement Altern Med. 2008;8:4. https://doi.org/10.1186/1472-6882-8-4
14. Hu H, Li G, Arao T. Prevalence rates of self-care behaviors and related factors in a rural hypertension population: a questionnaire survey. Int J Hypertens. 2013;2013:526949. https://doi.org/10.1155/2013/526949
15. Yang S-O, Jeong GH, Kim S-J, Lee SH. Correlates of self-care behaviors among low-income elderly women with hypertension in South Korea. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2014;43(1):97–106. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12265
16. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist. 2012;40(7):976–1002. https://doi.org/10.1177/0011000012460836
17. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2008;76(6):1083–9. https://doi.org/10.1037/a0012720
18. Utami TW, Astuti YS. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in hypertensive patient. Indonesian Journal of Global Health Research. 2020;2(1):7–14. https://doi.org/10.37287/ijghr.v2i1.53
19. Berman MI, Morton SN, Hegel MT. Uncontrolled pilot study of an acceptance and commitment therapy and health at every size intervention for obese, depressed women: accept yourself! Psychotherapy (Chic). 2016;53(4):462–7. https://doi.org/10.1037/pst0000083
20. Sheibani H, Sheibani KA, Amreei NN, Masrour MJ. An investigation of the effects of the acceptance and commitment therapy in groups on the cognitive strategies of emotion regulation and self-control in coronary heart disease patients. J Med Life. 2019;12(4):361–7. https://doi.org/10.25122/jml-2019-0035
21. Matin Faezipour AG. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing depression among people living with HIV/AIDS. Journal of International Translational Medicine. 2018;6(3):125–9. https://doi.org/10.11910/2227-6394.2018.06.03.04

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

22. Ryan AK, Pakenham KI, Burton NW. A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy-informed resilience training program for people with diabetes. Australian Psychologist. 2020;55(3):196–207. https://doi.org/10.1111/ap.12429
23. Pak R, Abdi R, Chalbianloo G. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on disease acceptance and experiential avoidance in patients with Multiple Sclerosis (MS). Contemporary Psychology. 2017;12(1):63–72. [Persian] http://bjcp.ir/article-1-1206-en.pdf
24. Shareh H, Dalalmoqaddam F, Haghi E. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in the meaning in life, emotional distress tolerance and pain self-efficacy in patients with multiple sclerosis. Journal of Clinical Psychology. 2019;11(3):39–50. [Persian] https://dx.doi.org/10.22075/jcp.2019.16347.1557
25. Hann KEJ, McCracken LM. A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. Journal of Contextual Behavioral Science. 2014;3(4):217–27. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.001
26. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2011;9(4):73–83. [Persian] http://rbs.mui.ac.ir/article-1-207-en.pdf
27. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In: General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2009. pp: 77–101.
28. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2004. [Persian]
29. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385–96.
30. Safaei M, Shokri O. Assessing stress in cancer patients: factorial validity of the Perceived Stress Scale in Iran. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2014;2(4):13-22. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-283-fa.html
31. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences. 2001;30(8):1311–27. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6
32. Barzegar Bafrooei K, Kavosian J, Biyabani H, Khani R . Estimating the math anxiety based on cognitive emotion regulation and problem-solving ability in second year students of science. Journal of Cognitive Psychology. 2016;3(3):53–60. [Persian] https://jcp.khu.ac.ir/article-1-2490-en.pdf
33. Han H-R, Song H-J, Nguyen T, Kim MT. Measuring self-care in patients with hypertension: a systematic review of literature. J Cardiovasc Nurs. 2014;29(1):55–67. https://doi.org/10.1097/jcn.0b013e3182775fd1
34. Rahnam M, Sajjadian I. Tasir darman mobtani bar paziresh va ta'hod bar estres edrak-shode va rahbordhaye moghabele ba estres dar bimaran coroner ghalbi [The effect of acceptance and commitment based therapy on perceived stress and coping strategies in coronary heart disease patients]. Sixth Congress of the Iranian Psychological Association, Tehran; 2017.
35. Plumb Vilardaga JC, Winger JG, Teo I, Owen L, Sutton LM, Keefe FJ, et al. Coping skills training and acceptance and commitment therapy for symptom management: feasibility and acceptability of a brief telephone-delivered protocol for patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage. 2020;59(2):270–8. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.09.005
36. Yaraghchi A, Jomehri F, Seyrafi M, Kraskian Mujembari A, Mohammadi Farsani G. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight loss and cognitive emotion regulation in obese individuals. Iran J Health Educ Health Promot. 2019;7(2):192-201. [Persian] doi: 10.30699/ijhehp.7.2.192
37. Aghalar S, Moradi Manesh F, Saraj Khorami N, Hafezi F. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and its comparison with behavioral cognitive behavioral therapy on cognitive regulatory strategies excitement of patients with irritable bowel syndrome. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2020;63(2):2455-70. [Persian] doi: 10.22038/MJMS.2020.17143
38. Lee JY, Lindquist KA, Nam CS. Emotional granularity effects on event-related brain potentials during affective picture processing. Front Hum Neurosci. 2017;11:133. https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00133
39. Khalatbari A, Ghorbanshiroudi S, Zarbakhsh M R, Tizdast T. Comparison of the effectiveness of compassion-based therapy and acceptance-based therapy and commitment to self-care behavior and glycosylated hemoglobin in patients with type 2 diabetes. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2020;29(3):34-49. [Persian] doi: 10.32598/JGUMS.29.3.1584.1
40. Hassannezhad M, Nejat H, Toozandejani H. Acceptance and commitment group therapy on self-care and life satisfaction behaviors in patients with type 2 diabetes. MEJDS. 2019;9;54. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-1127-fa.html
41. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. Annu Rev Clin Psychol. 2011;7:141-68. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]