

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره هیجده‌هفتم، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۳

مقایسه اثربخشی درمان مثبت‌گرا با درمان شناختی-تحلیلی بر نشخوار خشم و مؤلفه‌های آن در مبتلایان به پرفشاری خون

طاهره ثمین^۱، نیلوفر طهمورسی^{۲*}، بیوک تاجری^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۵

خلاصه

مقدمه: پرفشاری خون بیماری است که علاوه بر عوامل زیستی، عوامل روان‌شناختی نیز در آن نقش دارند و ابتلای به آن با پیامدهای روانی و بهداشتی فراوانی همراه است. این پژوهش با هدف مقایسه درمان مثبت‌گرا با درمان شناختی-تحلیلی بر نشخوار خشم و مؤلفه‌های آن در مبتلایان به پرفشاری خون اجرا شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با پی‌گیری سه ماهه بود. تمامی مراجعان با پرفشاری خون به بیمارستان لاله شهر تهران سال ۱۴۰۱ به تعداد ۲۱۸ نفر جمعیت مطالعه را تشکیل دادند، که با نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و در سه گروه مساوی گمارش شدند. گردآوری اطلاعات علاوه بر چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی، با پرسشنامه نشخوار خشم Sukhodolsky انجام شد. درمان مثبت‌گرا طبق پروتکل Seligman و درمان شناختی-تحلیلی طبق پروتکل Ryle طی ۸ جلسه اعمال شد. داده‌ها توسط آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: نمرات نشخوار خشم ($F=۸۹/۴۸$ و $\eta^2=۰/۶۳$)، پس‌فکرهای خشم ($F=۹/۷۱$ ، $\eta^2=۰/۲۵$)، افکار انتقام ($F=۲۵/۱۵$)، $\eta^2=۰/۴۷$)، خاطرات خشم ($F=۱۳/۵۵$ ، $\eta^2=۰/۳۲$) و شناختن علت ($F=۲۴/۵۹$ ، $\eta^2=۰/۴۶$) در گروه‌های آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بهبود یافت و این بهبود در مرحله پی‌گیری پایدار بود ($P<۰/۰۵$). آزمون بن‌فرونی بین دو شیوه درمانی از نظر میزان اثربخشی تفاوت معنی‌داری نشان نداد ($P>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: هر دو رویکرد درمانی بر کاهش شاخص‌های نشخوار خشم در مبتلایان به پرفشاری خون سودمندی داشتند. پیشنهاد می‌شود در طرح‌ریزی مداخلات توانبخشی و درمانی جهت ارتقای عملکرد هیجانی-رفتاری این بیماران از تمرینات برگرفته از این رویکردها بیشتر استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: درمان مثبت‌گرا، درمان شناختی-تحلیلی، نشخوار خشم، پرفشاری خون

^۱ دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Niloufar.tahmouresi@kiau.ac.ir تلفن: ۰۹۰۲۸۵۵۱۷۱۱

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران.

مقدمه

پرفشاری خون (Hypertension) یکی از عمده‌ترین مسائل سلامت همگانی و مهم‌ترین عامل خطر ساز بیماری‌های قلبی-عروقی می‌باشد [۱]. در ایران نیز شیوع پرفشاری خون در سنین ۳۵-۳۰ و بیش از ۵۵ سال به ترتیب در حدود ۲۳ و ۵۰ درصد برآورد شده است [۲]. پرفشاری خون از جمله بیماری‌های روان-تنی می‌باشد. افزایش فشارخون ثانوی معمولاً با تدابیر پزشکی درمان می‌شود اما در اغلب موارد فشارخون بالا (بیش از ۹۰ درصد) اولیه است، بدین معنا که سازوکارهای ایجادکننده آن چند عاملی بوده و عوامل روانی-اجتماعی در آن دخیل هستند [۳]. الگوهای شخصیتی مرتبط با پرفشاری خون شامل افرادی است که عموماً آماده پرخاشگری و عصبانیت هستند، انعطاف‌ناپذیرند و بیشتر از نشخوارخشم (Anger rumination) استفاده می‌کنند [۴].

یافته‌ها حاکی از آن است که بین نشخوارخشم با ادراک استرس بالاتر و نارسایی هیجانی در بیماران روان-تنی و تجربه مشکلات خلقی و برانگیختگی‌های فیزیولوژیکی در افراد بهنجار همبستگی معنی‌داری وجود دارد [۴-۶]. به باور Dammen و همکاران [۴] میزان بالای نشخوار به احتمال بیشتری منجر به تحریف شناختی، فعال‌سازی فیزیولوژیکی و اجتناب می‌شود و در نتیجه افزایش نشخوار مداوم منجر به نارسایی در سیستم گردش خون، تنفس و ضربان قلب می‌گردد. در این زمینه Cherry و همکاران [۷] طی پژوهشی نشان دادند که بین نشخوارهای فکری و خشم با طیف وسیعی از آسیب‌پذیری‌ها از جمله پریشانی روانی، خودمدیریتی پایین در بیماران دیابتی ارتباط تنگاتنگ وجود دارد. Kamali و همکاران [۸] نیز دریافتند که نشخوارخشم در رابطه بین باورهای فراشناختی با عدم تحمل بلا تکلیفی و ادراک شدت در در بیماران با درد مزمن نقش میانجی دارد. بنابراین با توجه به نتایج پژوهشی ذکر شده

[۵-۸]، لزوم مداخلات درمانی مؤثر و به جا، ضروری می‌نماید. Sundstrom و همکاران [۹] خاطرنشان می‌سازند که در خصوص میزان اثربخشی درمان دارویی (لیزینوپریل، هیدروکلروتیازید، آملودیپین و کاندسارتان) برای پرفشاری خون نتایج ناهمگون و متوسطی وجود دارد. در عین حال نتایج نشان می‌دهد که درمان دارویی به تنهایی نمی‌تواند تمامی ابعاد روانی-عاطفی زندگی بیماران را پوشش دهد و مصرف دارو همواره با برخی عوارض جانبی از قبیل مشکلات کلیوی، خارش پوست، بی‌خوابی، سردرد و تبعیت درمانی پایین همراه می‌باشد [۱۰]. این در حالی است که در سال‌های اخیر درمان‌های روان‌شناختی به منظور کاهش عوارض جسمی-روانی، بیماران جسمانی مورد توجه قرار گرفته‌اند [۱۱، ۱۲].

از جمله این درمان‌ها می‌توان به روان‌درمانی مثبت‌گرا (Positive psychotherapy) اشاره کرد، که توسط Seligman در سال ۱۹۹۸ طراحی شده است و بر افزایش ساختارهای روان‌شناختی مثبت تأکید می‌کند [۱۳]. نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که این ساختارها با نتایج متعدد سلامتی همراه است [۱۴]. این شیوه درمانی علاوه بر بهبود فرایندهای شناختی-عاطفی، بر افزایش توانمندی‌ها و فضیلت‌های انسانی تأکید دارد، که امکان دستیابی به بهزیستی روانی و ارتقای کارکردهای سالم جسمی را فراهم می‌آورد [۱۳]. Fisher و همکاران [۱۵] طی پژوهشی نشان دادند که شرکت در جلسات روان‌درمانی مثبت‌گرا در بیماران با آسیب مغزی منجر به کاهش علائم افسردگی و بهبود کیفیت زندگی شده است. همچنین، Tönis و همکاران [۱۶] در یک پژوهش مروری سیستماتیک و متاآنالیز که با ۲۰ مطالعه و با ۱۲۲۲ شرکت‌کننده انجام شد، دریافتند که مداخلات روان‌شناسی مثبت در بهبود بهزیستی روانی و کاهش پریشانی بیماران پرفشاری خون مؤثر هستند. این محققان نتیجه‌گیری کردند که به پژوهش‌های

و عدم توجه به وضعیت روانی بیماران مبتلا به پرفشاری خون، منجر به عوارض کشنده، هزینه‌های مالی و اجتماعی فراوان برای فرد مبتلا، خانواده و جامعه می‌شود، شناسایی روش‌های مداخلاتی با کم‌ترین هزینه و در کوتاه‌ترین زمان ممکن سودمند خواهد بود. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مثبت‌گرا با درمان شناختی-تحلیلی بر نشخوار خشم و مؤلفه‌های آن در مبتلایان به پرفشاری خون انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پی‌گیری سه ماهه بود (کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1401.079). جامعه آماری پژوهش را تمامی افراد مبتلا به پرفشاری خون به تعداد ۲۱۸ نفر که در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۱ به بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی لاله شهر تهران مراجعه داشتند، تشکیل دادند. با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد که بر اساس پژوهش Shah-Moradi و همکاران [۱۹]، و با توجه به مقادیر $\sigma=3/8$ (انحراف معیار نمره نشخوار خشم)، $d=4/82$ (اختلاف میانگین پس‌آزمون نشخوار خشم در گروه آزمایش و کنترل)، $\alpha=0/05$ (توان آماری و سطح خطا یا α برابر با ۰/۰۵، حجم نمونه برابر با ۱۵ نفر برای هر گروه به‌دست آمد. آزمودنی‌ها بعد از انتخاب شدن به‌صورت تصادفی ساده (پرتاب تاس) در سه گروه (گروه آزمایش اول= روان‌درمانی مثبت‌گرا، گروه آزمایش دوم= روان‌درمانی شناختی-تحلیلی و یک گروه کنترل) قرار گرفتند، به این صورت که اعداد ۱ و ۲ برای گروه آزمایش اول، اعداد ۳ و ۴ برای گروه آزمایش دوم و اعداد ۵ و ۶ برای گروه کنترل در نظر گرفته شد.

$$n_1 = n_2 = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

گسترده‌تری نیاز است تا بتوان از این رویکرد به‌عنوان مکملی ارزشمند برای عملکرد بالینی و افزایش سلامت در بیماران با توجه به تفاوت‌های فردی-اجتماعی استفاده کرد. از دیگر سو، از جمله مداخلات درمانی که از پشتوانه علمی قابل قبولی طی چند سال اخیر در رابطه با برخی از سازه‌های روانی و هیجانی در جمعیت‌های مختلف برخوردار بوده است، درمان شناختی-تحلیلی (Cognitive-analytic therapy) می‌باشد [۱۱، ۱۲]. این درمان که توسط Ryle در سال ۱۹۸۰ طراحی شده است، به‌عنوان یکی از درمان‌های کوتاه‌مدت به ارائه بینش در ارتباط با خطاهای شناختی می‌پردازد. سپس، فرد شروع به تغییر با هدف دستیابی به راهبردهای سازنده‌تر و هدایت افکار می‌کند. این درمان برای افرادی به کار گرفته می‌شود که هم تمایل دارند مهارت‌های مؤثر را برای درک بیماری‌شان یاد بگیرند و هم سلامتی‌شان را حفظ و یا بهبود بخشند [۱۷]. به‌عنوان مثال، Owen و همکاران [۱۱] نشان دادند که درمان شناختی-تحلیلی در بیماران منجر به کاهش ۴۶ درصد علائم افسردگی و ۷۱ درصد علائم اضطراب شده است و این نتایج در دوره پی‌گیری نیز پایدار بوده است.

Baronian و همکاران [۱۸] تأثیر ۸ جلسه درمان شناختی-تحلیلی را بر وضعیت روان‌شناختی و شدت درد ۵۳ بزرگسال مبتلا به درد مزمن بررسی کردند و نشان دادند که درمان بر کاهش خطاهای شناختی، بهبود خودکارآمدی مرتبط با درد و تبعیت از رژیم‌های درمانی سودمند بوده است. در مجموع، ویژگی‌های روان‌شناختی مبتلایان به پرفشاری خون، شیوع بالا و کاهش کیفیت زندگی در این بیماران، دلایل مستدلی هستند که ضرورت رشد درمان‌های مؤثر برای این ناراحتی و دسترسی گسترده به این درمان‌ها را تبیین می‌کنند [۸، ۴]. با اذعان به این امر که افزایش ابتلای به پرفشاری خون بالا یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشت عمومی در کشورهای مختلف جهان می‌باشد [۱-۳]

جمع‌آوری شد. در این پژوهش، روان‌درمانی مثبت‌گرا با توجه به پروتکل تدوین شده توسط Seligman و همکاران [۱۳] و روان‌درمانی شناختی-تحلیلی با توجه به پروتکل تدوین شده توسط Ryle و همکاران [۱۷] طی ۸ جلسه آموزش گروهی (هفته‌ای یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) ارائه شدند. محتوای جلسات مداخله در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

برای گردآوری اطلاعات علاوه بر چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی-فرم محقق‌ساخته (شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و مدت ابتلا به بیمار) از پرسشنامه نشخوارخشم (Anger rumination scale) استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ به‌وسیله Sukhodolsky و همکاران با هدف سنجش نشخوارخشم تدوین یافت. این ابزار دارای ۱۹ سؤال با ۴ زیرمقیاس پس‌فکرهای خشم (سؤالات ۱، ۸، ۹، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۷)، افکار تلافی‌جویانه (سؤالات ۱۵، ۱۳، ۶ و ۴)، خاطره‌های خشم (سؤالات ۱۴، ۵، ۳، ۲ و ۱) و شناختن علت‌ها (سؤالات ۱۶، ۱۲، ۱۱ و ۱۰) است. نمره گذاری سؤالات در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (گزینه خیلی کم با ۱ امتیاز تا خیلی زیاد با ۴ امتیاز) انجام می‌شود. دامنه نمرات اکتسابی بین ۱۹ تا ۷۶ در نوسان خواهد بود و نمره بیشتر بیانگر نشخوارخشم بیشتر است. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۹۳، پس‌فکرهای خشم ۰/۸۷، افکار تلافی‌جویانه ۰/۸۳، خاطره‌های خشم ۰/۸۹ و شناختن علت‌ها ۰/۹۵ محاسبه شد، که نشانه همسانی درونی خوب ابزار است. ضرایب همبستگی بین نمرات ۲۱۴ نفر نمونه مذکر در دو نوبت با فاصله چهار تا شش هفته برای نمره کل نشخوارخشم $r=0/77$ و زیرمقیاس‌های پس‌فکرهای خشم $r=0/79$ ، افکار تلافی‌جویانه $r=0/83$ ، خاطره‌های خشم $r=0/81$ و شناختن علت‌ها $r=0/74$ به‌دست آمد [۲۰]. Maxwell و همکاران [۲۱] ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های این ابزار را با

ملاک‌های ورود به پژوهش، تشخیص قطعی پرفشاری خون از نوع اولیه توسط متخصص مربوطه، تکمیل و امضای رضایت‌نامه کتبی توسط آزمودنی، داشتن سواد خواندن و نوشتن و تکلم به زبان فارسی، سن ۴۵ الی ۶۵ سال، رژیم دارویی مشابه و روتین، سپری شدن حداقل ۶ ماه از ابتلا به بیماری، عدم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی دیگر به‌طور همزمان و توانایی شرکت منظم در جلسات درمانی تعیین شده بود. ملاک‌های خروج از پژوهش به قرار زیر بود: سابقه بیماری‌های عروق مغزی و سایر اختلالات نورولوژیک، ابتلا به پرفشاری خون به‌علت بیماری‌های زمینه‌ای براساس نظر متخصص، اختلالات عروق کلیوی و بیماری بافت کلیه، بیماری‌های روماتیسمی و انسدادی مزمن ریه و آسم، اختلالات غدد فوق‌کلیوی و هورمون‌های مترشحه داخلی، فنوکروموسیتوم، هایپرالدسترونیزم، کوارکتاسیون آئورت، مصرف هر نوع داروی استروئیدی و ضدالتهابی غیراستروئیدی، دکونژستان‌های بینی، اختلال چربی‌های خون، غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری بیمار به دلیل شدت یافتن ناراحتی یا تجربه رویدادهای تنش‌زا (فوت یکی از بستگان، طلاق و ...)، ابتلا به دیگر بیماری‌های مزمن طبی (سرطان، دیابت و ..) یا روان‌شناختی و یا اعتیاد به هر یک از مواد مخدر و الکل.

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به‌منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، توضیحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی‌ها ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح شد. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابند، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به‌صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل می‌شوند. پس از اخذ موافقت و رضایت‌نامه کتبی، پرسشنامه خودگزارشی در بین آزمودنی‌ها توزیع و پس از تکمیل

پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۸۷ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ محاسبه شد.

تحلیل داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر بود. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلک، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین، برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام‌باکس، برای پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی و برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تا ۰/۸۵ گزارش کردند. روایی محتوایی پرسشنامه نشخوارخشم براساس داوری ده تن از متخصصان روان‌شناسی کشور بررسی و ضرایب توافق کندال، برای نمره کل نشخوارخشم و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ محاسبه و تأیید شد. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) این ابزار از طریق اجرای همزمان پرسشنامه خشم چندبعدی تهران در مورد آزمودنی‌ها محاسبه و تأیید شد. روایی همزمان پرسشنامه نشخوارخشم نیز با استفاده از پرسشنامه پرخاشگری Buss و Perry ارزیابی گردید که ضریب همبستگی ۰/۸۷ به‌دست آمد و نشان‌دهنده همبستگی مثبت و معنی‌دار آن می‌باشد. در پژوهش Kamali و همکاران [۸] ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد. در

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان مثبت‌گرا براساس پروتکل Seligman و همکاران [۱۳] در مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به بیمارستان لاله شهر تهران سال ۱۴۰۱

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، برقراری ارتباط اولیه، جهت‌دهی درمان‌جو در چارچوب روان‌شناسی مثبت و تعریف مراجع از خود به صورت مثبت
دوم	ارائه خلاصه از جلسه قبل و مرور آن، بیان مفاهیم اصلی در مثبت‌اندیشی، شناسایی علائم و نشانه‌های مثبت‌اندیشی، بررسی توانمندی‌ها و کمک به درمان‌جو جهت پرورش توانمندی‌های مثبت
سوم	ارائه خلاصه از جلسه قبل، کمک به درمان‌جو برای درک نقش خاطرات خوب و بد، تهیه دفترچه شکرگذاری و نوشتن سه خاطره خوب، همچنین، نوشتن سه خاطره بد و ابراز هیجانات منفی، ارائه تکالیفی در همین راستا
چهارم	ارائه خلاصه از جلسه قبل، تبدیل هیجانات منفی به مثبت، تمرکز بر روی قدردانی، بخشش و همچنین، ارائه تکالیفی در همین راستا
پنجم	ارائه خلاصه از جلسه قبل، لذت بردن از زمان حال و امور خوب در زندگی، آموزش عملی لذت بردن و آموزش سبک پاسخ‌دهی و بهبود روابط با دیگران، بحث و گفت‌وگو درباره پاسخ‌دهی فعال و سازنده و ایجاد تعامل با سایر افراد
ششم	ارائه خلاصه از جلسه قبل، افزایش امید و بخشش و هدف‌گذاری، گفت‌وگو پیرامون ویژگی‌های شخصیتی و ارزش‌های مورد علاقه فرد و روش‌های مقابله با اضطراب‌ها
هفتم	ارائه خلاصه از جلسه قبل، استفاده از توانمندی‌ها به شکلی نوین، بحث پیرامون این توانمندی‌های مثبت و شیوه‌های بروز آن، شناسایی هیجانات و نحوه ابراز آن‌ها
هشتم	افزایش هیجانات مثبت و مرور و جمع‌بندی جلسات قبل، آموزش مثبت‌اندیشی و انتخاب یک تمرین مورد علاقه از تمرینات ارائه شده و بحث از آن

جدول ۲- خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی-تحلیلی براساس پروتکل Ryle و همکاران [۱۷] در مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به بیمارستان لاله شهر تهران سال ۱۴۰۱

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، برقراری ارتباط اولیه، تدوین فهرست مشکلات آماجی درمان‌جو و ترغیب وی به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات با همکاری متقابل بین درمانگر و درمان‌جو
دوم	ایجاد یکپارچگی درمان، بازنگری فرمول‌بندی بر اساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه‌های بیماری و افکار ناکارآمد، شناسایی تله یا چرخه تکراری رفتار، نوشتن نامه فرمول‌بندی بازنگری شده با کمک درمان‌جو
سوم	تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمول‌بندی نهایی مربوط به مشکلات و علائم بالینی، بازشناسی رخ داده‌های آشکارساز مشکلات، نقاط قوت و توانمندی بیمار، شناسایی روند آسیب‌شناسی، ارائه فرمول‌بندی ترسیمی
چهارم	بازشناسی مشکلات و اشتغالات ذهنی و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه‌ها و افکار ناکارآمد با همکاری بیمار و بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابط، نشانه‌ها و روش زندگی، بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین‌فردی و آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابط، نشانه‌ها و روش زندگی
پنجم	بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه‌ها و اصلاح بازبینی‌های انجام گرفته توسط بیمار، تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شدت هیجان و رفتارهای بیمار بر علائم و

نشخوارهای ذهنی و آگاهی از نحوه استمرار طرح‌واره‌های قدیمی مرتبط با بیماری نظیر میزان کنترل و احساس مسئولیت	ششم
تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش‌گذاری اجتناب‌های بیمار و ارزیابی افکار خودآیند منفی، ارزشیابی وضعیت فعلی درمان‌جو، کسب بینش نسبت به چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه	هفتم
تجدیدنظر رویه‌ای براساس بینش‌افزایی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش مشغله‌های ذهنی، مدیریت زندگی، تعریف مجدد از زندگی	هشتم
نوشتن نامه خداحافظی و اختتام جلسات توسط درمانگر و بیمار و خلاصه‌سازی روند درمان براساس آنچه کسب شده و هر آنچه که نیازمند تغییر است.	

یافته‌ها

نظر متغیرهای سن، سطوح تحصیلی، وضعیت شغلی، مدت ابتلا به بیماری و وضعیت تأهل تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > 0.05$).

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های گروه درمان مثبت‌گرا $50/14 \pm 6/13$ ، درمان شناختی-تحلیلی $4/17 \pm 52/20$ و کنترل $51/66 \pm 5/38$ سال بود. افراد سه گروه از

جدول ۳- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به بیمارستان لاله شهر تهران ۱۴۰۱ (تعداد هرگروه=۱۵ نفر)

P	گروه کنترل	گروه درمان شناختی-تحلیلی	گروه درمان مثبت‌گرا	متغیر جمعیت‌شناختی
	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	
۰/۳۰۱	۷۳ (۱۱)	۶۷ (۱۰)	۷۳ (۱۱)	سطح تحصیلی
	۲۷ (۴)	۳۳ (۵)	۲۷ (۴)	دیپلم و کمتر از آن
	۲۰ (۳)	۲۷ (۴)	۲۰ (۳)	دانشگاهی
۰/۱۹۴	۸۰ (۱۲)	۷۳ (۱۱)	۸۰ (۱۲)	وضعیت تأهل
	۴۰ (۶)	۳۳ (۵)	۴۶ (۷)	مجرد
	۶۰ (۹)	۶۷ (۱۰)	۵۴ (۸)	متاهل
۰/۵۶۹	۲۷ (۴)	۲۰ (۳)	۲۰ (۳)	وضعیت شغلی
	۷۳ (۱۱)	۸۰ (۱۲)	۸۰ (۱۲)	کارمند-دولتی
				آزاد-خصوصی
۰/۳۳۷	۲۷ (۴)	۲۰ (۳)	۲۰ (۳)	مدت ابتلاء به بیماری
	۷۳ (۱۱)	۸۰ (۱۲)	۸۰ (۱۲)	کم‌تر از ۶ ماه
				بین ۶ ماه تا یک‌سال

نوع آزمون: مجذور کای، $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

در جلسات درمانی (درمان مثبت‌گرا و شناختی-تحلیلی) از مرحله پیش‌آزمون به مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری کاهش داشته است، اما در آزمودنی‌های گروه کنترل این تغییر از پیش‌آزمون به مراحل دیگر سنجش مشهود نبوده است.

نتایج حاصل از آماره‌های توصیفی نشخوار خشم و زیرمقیاس‌های آن در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به نتایج این جدول مشاهده می‌شود که نمره کل نشخوار خشم و هر یک از زیرمقیاس‌های آن در آزمودنی‌های شرکت‌کننده

جدول ۴- آماره‌های توصیفی نشخوار خشم به تفکیک گروه و مراحل مختلف سنجش در مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به بیمارستان لاله شهر تهران ۱۴۰۱ (تعداد هر گروه=۱۵ نفر)

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پی‌گیری
		انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
پس‌فکرهای خشم	مثبت‌گرا	$16/13 \pm 2/44$	$13/86 \pm 3/39$	$13/33 \pm 3/53$
	شناختی-تحلیلی	$15/52 \pm 4/71$	$12/66 \pm 3/24$	$12/33 \pm 3/55$
	کنترل	$17/00 \pm 3/13$	$17/73 \pm 2/52$	$17/46 \pm 3/09$
افکار انتقام	مثبت‌گرا	$11/92 \pm 2/15$	$9/00 \pm 2/23$	$8/73 \pm 2/21$
	شناختی-تحلیلی	$10/73 \pm 2/54$	$8/40 \pm 2/02$	$8/00 \pm 1/64$
	کنترل	$11/60 \pm 2/66$	$12/60 \pm 1/91$	$12/86 \pm 1/95$
خاطرات خشم	مثبت‌گرا	$13/15 \pm 2/94$	$10/86 \pm 3/20$	$10/26 \pm 2/63$
	شناختی-تحلیلی	$13/00 \pm 2/97$	$10/40 \pm 3/24$	$13/46 \pm 2/38$
	کنترل	$12/65 \pm 2/84$	$13/06 \pm 2/71$	$13/46 \pm 2/38$
شناختن علت	مثبت‌گرا	$10/60 \pm 1/99$	$8/13 \pm 2/09$	$7/86 \pm 2/16$
	شناختی-تحلیلی	$10/60 \pm 2/19$	$8/46 \pm 2/93$	$8/13 \pm 2/55$

۱۲/۴۰ ± ۲/۰۲	۱۲/۵۳ ± ۲/۰۳	۱۱/۰۰ ± ۲/۲۳	کنترل	
۴۰/۱۸ ± ۱۰/۵۳	۴۱/۸۵ ± ۱۰/۹۱	۵۱/۸۰ ± ۹/۵۲	مثبت‌گرا	نشخوار خشم (کل)
۳۸/۴۷ ± ۱۰/۸۱	۳۹/۹۲ ± ۱۱/۴۳	۴۹/۸۵ ± ۱۲/۴۱	شناختی-تحلیلی	
۵۶/۱۸ ± ۹/۴۴	۵۵/۹۲ ± ۹/۱۷	۵۲/۲۵ ± ۱۰/۸۶	کنترل	

نیستند، رد می‌کند. با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون گرین هاوس-گیسر برای انجام آزمون عامل نمره نشخوار خشم و زیرمقیاس‌های آن در دوبار اندازه‌گیری و برای آثار درون آزمودنی‌ها استفاده شد.

جدول ۵ نشان می‌دهد که در مورد نمره کل نشخوار خشم و تمامی زیرمقیاس‌های آن، هر سه اثر بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی بین‌گروهی×درون‌گروهی معنی‌دار است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در نمره کل نشخوار خشم و زیرمقیاس‌های آن نمرات بهتری کسب کرده‌اند و اندازه اثر آن بر پس‌فکر خشم ۰/۲۵، افکار انتقام ۰/۴۷، خاطرات خشم ۰/۳۲، شناختن علت ۰/۴۶ و نمره کل نشخوار خشم ۰/۶۳ درصد بوده است.

تحلیل داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای پس‌فکرهای خشم ($F=۰/۹۵۲$ و $p>۰/۵۶۱$)، افکار انتقام ($F=۰/۹۱۸$ و $p>۰/۱۷۸$)، خاطرات خشم ($F=۰/۹۳۳$ و $p>۰/۳۰۵$)، شناخت علت ($F=۰/۹۲۶$ و $p>۰/۱۱۳$) و نمره کل نشخوار خشم ($F=۰/۹۴۱$ و $p>۰/۳۹۵$) بر نرمال بودن توزیع نمرات دلالت داشت. نتایج آزمون لوین نشان داد فرض همگنی واریانس‌ها محقق شده و می‌توان اطمینان داشت پراکندگی نمرات در گروه‌های مورد مطالعه یکسان است. آزمون ام‌باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوارینانس برقرار است (نمره کل نشخوار خشم $F=۱/۴۸۱$ ، $p>۰/۱۲۳$ ، $M=۱۹/۸۵۳$ ، Box's $M=۱۹/۸۵۳$). همچنین، بررسی نتایج آزمون موجلی برقراری شرط کرویت را همان‌گونه که آماره‌های چندمتغیره نیازمند رعایت کرویت

جدول ۵- نتایج درون‌آزمودنی-بین‌آزمودنی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیرهای وابسته در مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به بیمارستان لاله شهر تهران (۱۴۰۱ (تعداد هر گروه=۱۵ نفر)

متغیر وابسته	منابع تغییر	آماره F	p	ضریب تأثیر	توان آماری
پس‌فکرهای خشم	گروه	۸/۶۰۹	*۰/۰۰۷	۰/۲۳۵	۰/۸۰۸
	زمان	۴/۱۵۲	*۰/۰۰۶	۰/۱۲۹	۰/۵۹۶
	زمان*گروه	۹/۷۱۷	*۰/۰۰۱	۰/۲۵۸	۰/۹۲۸
افکار انتقام	گروه	۱۲/۳۸۸	*۰/۰۰۱	۰/۳۰۷	۰/۹۲۵
	زمان	۵/۲۶۶	*۰/۰۲۴	۰/۱۵۸	۰/۶۴۸
	زمان*گروه	۲۵/۱۵۱	*۰/۰۰۱	۰/۴۷۳	۰/۹۹۹
خاطرات خشم	گروه	۳/۱۱۴	*۰/۰۰۹	۰/۳۴۴	۰/۹۳۳
	زمان	۴/۹۰۳	*۰/۰۱۷	۰/۱۴۹	۰/۷۱۷
	زمان*گروه	۱۳/۵۵۸	*۰/۰۰۰	۰/۳۲۶	۰/۹۸۱
شناختن علت	گروه	۲۲/۲۴۰	*۰/۰۰۵	۰/۴۴۳	۰/۸۹۵
	زمان	۱۲/۰۸۷	*۰/۰۱۸	۰/۲۶۹	۰/۶۹۹
	زمان*گروه	۲۴/۵۹۲	*۰/۰۱۰	۰/۴۶۸	۰/۸۹۹
نشخوار خشم (کل)	گروه	۶۳/۴۵۵	*۰/۰۰۱	۰/۵۹۴	۰/۸۸۶
	زمان	۲۰/۸۱۲	*۰/۰۰۱	۰/۴۲۶	۰/۹۹۴
	زمان*گروه	۸۹/۴۸۵	*۰/۰۰۲	۰/۶۳۴	۰/۹۹۴

نتایج بر اساس اصلاح گرین هاوس-گیسر ارائه شده است؛ * $p<۰/۰۵$ اختلاف معنی‌دار

پرفشاری خون نشان داد (جدول ۶). اگرچه دو روش موجب کاهش نشخوار خشم شدند، اما بین دو روش مداخلاتی از این نظر تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$).

آزمون تعقیبی بن‌فرونی بر حسب مقایسه دو گروهی، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل در اثرگذاری بر شاخص‌های نشخوار خشم در مبتلایان به

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی متغیرهای وابسته برای شناسایی درمان مؤثرتر در مبتلایان به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به بیمارستان لاله شهر تهران ۱۴۰۱ (تعداد هر گروه=۱۵ نفر)

متغیر وابسته	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	P
نشخوار خشم	رویکرد درمانی	درمان مثبت‌گرا- درمان شناختی/تحلیلی	۰/۷۲۷
	مراحل	درمان مثبت‌گرا- کنترل	۱/۸۶۷
		درمان شناختی/تحلیلی- کنترل	-۱۰/۱۷۸
		پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۹/۰۴۴
		پیش‌آزمون- پی‌گیری	۵/۴۰۱
		پس‌آزمون- پی‌گیری	۶/۳۵۶
		۰/۱۱۹	

$p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

بحث

پژوهش همسو با پژوهش حاضر، حاکی از تأثیرات مثبت این رویکرد مداخلاتی بر ساختارهای شناختی و رفتاری در آزمودنی‌ها بود.

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مثبت‌گرا با درمان شناختی-تحلیلی بر نشخوار خشم و زیرمقیاس‌های آن در مبتلایان به پرفشاری خون انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مثبت‌گرا بر کاهش نمرات نشخوار خشم در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون اثربخش بوده و این تأثیر مثبت در دوره پیگیری پابرجا مانده است. این یافته همسو با نتایج Fisher و همکاران [۱۵]، Tönis و همکاران [۱۶] و Esmailyan و همکاران [۲۲] می‌باشد اما با نتیجه پژوهش Hendriks و همکاران [۲۳] ناهمسو بود.

Brown و همکاران [۲۵] نیز در یک پژوهش مرور سیستماتیک نقش درمان مثبت‌گرا را بر هیجانات و اضطراب‌های بیماران پزشکی مورد سنجش قرار دادند. در این پژوهش ۱۲ کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی و کنترل شده (شامل ۱۱۳۱ بیمار) و ۱۱ کارآزمایی بالینی غیرتصادفی‌سازی (با ۳۰۰ بیمار) تحلیل شدند. نتایج این پژوهش همسو با مطالعه حاضر، حاکی از تأثیر مثبت درمان مثبت‌گرا بر متغیرهای مورد سنجش (با اندازه اثر ۰/۵۴ تا ۰/۸۰) بود. با توجه به این‌که مهارت‌هایی که در طول جلسات هفتگی روان‌درمانی مثبت‌گرا ارائه می‌شوند، از طریق ایجاد عواطف مثبت، افزایش سرمایه روان‌شناختی، شناخت و ارتقای توانمندی‌ها، پذیرای تجربه جدید بودن و داشتن اهداف کوتاه و بلندمدت در زندگی به افزایش بهزیستی ذهنی و انعطاف‌پذیری شناختی می‌انجامد، افزایش این ویژگی‌های روان‌شناختی علاوه بر کاهش در نشخوارهای فکری به‌طور کلی و نشخوار خشم به‌طور ویژه، فواید

Esmailyan و همکاران [۲۲] که طی پژوهشی به سنجش تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر تبعیت درمان و هموگلوبین گلیکوزیه (A hemoglobin A1C) در بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دوم پرداختند، همسو با یافته حاضر نشان دادند شرکت در ۸ جلسه روان‌درمانی مثبت‌گرا منجر به افزایش نمره تبعیت درمانی و کاهش قابل توجه در نمره هموگلوبین گلیکوزیه شده است. Carr و همکاران [۲۴] نیز طی یک پژوهش مروری سیستماتیک تأثیر درمان مثبت‌گرا را بر نشخوار فکری و رشد پس‌از آسیب در دانشجویان پس از همه‌گیری COVID-19 بررسی نمودند. یافته‌های این

نشخوار فکری و حسادت مرضی بود. یافته Hamilton و همکاران [۲۷] که نشان دادند، شرکت در ۱۶ جلسه درمان شناختی-تحلیلی منجر به کاهش علائم استرس، افکار منفی و ادراک نگرانی در زنان باردار شده و این سودمندی در دوره پی‌گیری یک‌ماهه پایدار بوده است، همسو با یافته تحقیق حاضر بود.

Hallam و همکاران [۲۸] نیز با بررسی ۲۵ مطالعه نشان دادند که درمان شناختی-تحلیلی موجب کاهش مشکلات خلقی (۵۸۶ بیمار، اندازه اثر درمان ۰/۵۶)، کاهش مشکلات بین‌فردی (۴۶۰ بیمار، اندازه اثر درمان ۰/۷۹) و بهبود عملکردهای شناختی-عاطفی (۶۲۸ بیمار، اندازه اثر درمان ۰/۷۱) شده است، که این یافته در راستای نتایج پژوهش حاضر است. اما نتایج پژوهش Gimeno و Chiclana [۲۹] که با هدف سنجش تأثیر ۸ جلسه درمان شناختی-تحلیلی در افراد بزرگسال انجام شد و نشان داد این درمان مشکلات بین‌فردی را کاهش داده اما بر توانایی‌های شناختی و ذهنی اثر معنی‌داری نداشته است، با نتیجه پژوهش حاضر ناهمسو است. در خصوص این ناهمسو می‌توان به تفاوت در ابزارهای سنجش، جامعه مورد مطالعه و تعداد نمونه (تنها ۶ نفر بزرگسال عادی) استناد نمود.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر کاهش نشخوار خشم می‌توان گفت، این درمان موجب افزایش ظرفیت‌های درونی از جمله تحمل کردن، انتظار کشیدن و صبر کردن در موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود، به‌طوری که آگاهی‌فراشناختی و تمرین‌های مربوطه از جمله استفاده از یک نقشه برای نشان دادن تله‌ها و دام‌های کلیدی موجب کاهش نگرش‌های منفی در مورد رویدادها و ناتوانی جهت مقابله با شرایط تنش‌زا می‌شود؛ این امر می‌تواند منجر به کاهش نشخوار خشم بیماران شود. عدم تحمل بلا تکلیفی که

فیزیولوژیکی مستقیمی را با ماهیت درمانی به همراه داشته و بر وضعیت فشارخون بیماران نیز اثر می‌گذارد.

اگرچه پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده، نشان می‌دهد که ارائه مداخلات مثبت‌گرا در بیشتر موارد سبب افزایش رضایت از زندگی و بهزیستی روانی و عاطفی گردیده است، اما پژوهش Hendriks و همکاران [۲۳] با بررسی ۱۸۷ مطالعه کارآزمایی بالینی از ۲۴ کشور، یافته‌های متناقضی را نشان داد، به این صورت که ۷۸/۲٪ از پژوهش‌ها متمرکز بر جوامع صنعتی و دموکراتیک غربی بوده و جمعیت مورد تحقیق در آن‌ها غالباً افراد دارای تحصیلات و سطح رفاهی-اجتماعی بالا بوده است. به زعم محققین پژوهش حاضر، علت این تناقض را می‌توان در کارکرد متفاوت جوامع فردگرا و جمع‌گرا، اهمیت شهود و شکرگزاری در برخی فرهنگ‌ها، خطر انگ و برجسب از ابراز هیجانات به‌طور آزادانه در برخی جوامع و به‌طور کامل تناسب یا عدم تناسب آموزه‌های مثبت‌گرا (مانند بخشش، شفقت‌ورزی به خود، شکرگزاری، امیدواری، خوش‌بینی و ...) و تفاوت فرهنگی-اجتماعی گزارش کرد. با وجود یافته‌های متناقض، می‌توان بیان کرد ایجاد هیجانات و افکار مثبت که از تمرینات و مفروضات اصلی درمان مثبت‌گرا نشأت می‌گیرند، ممکن است منجر به خنثی نمودن تأثیر نشخوارهای فکری ناسالم و خشم و افزایش منابع شخصی و ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی و ذهنی شود.

پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-تحلیلی بر کاهش نمرات نشخوار خشم در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده و این تأثیر مثبت در دوره پی‌گیری پابرجا مانده است. در پژوهشی موردی، Kellett و Stockton [۲۶] به سنجش تأثیر ۸ جلسه درمان شناختی-تحلیلی در بیمار وسواسی پرداختند، نتایج همسو با یافته حاضر حاکی از سودمندی این رویکرد درمانی بر کاهش

در تبیین تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر نشخوار فکری می‌توان گفت این رویکرد درمانی با گذر از مقاومت بیمار از طریق ایجاد زنجیره متوالی فرایندهای ذهنی سبب نزدیک شدن بیمار به هسته زنجیره‌وار مشکلات خود می‌شود و هر آنچه در بیمار نیاز به تغییر داشته باشد، در رویکرد درمانی برای تعدیل فراخوانده می‌شود. در این پژوهش درمانگر با ارائه آگاهی در زمینه خطاهای شناختی و ماهیت علائم، مراجع را مجاب به تغییر و دستیابی به روش‌های سازنده‌تر و هدایت افکارش نمود. به گونه‌ای که، ابتدا راه‌های این تغییر نگرش در طی جلسات درمان به مراجعان ارائه شد و آن‌ها آموختند به جای اجتناب شناختی و رفتاری از تجارب حسی، فکری و عاطفی، بتوانند آن‌ها را به‌عنوان بخشی از پیامدهای بیماری خود بپذیرند و سعی در اصلاح رفتاری و نشخوارهای خشم خود داشته باشند.

در تبیین تأثیر درمان مثبت‌نگر بر نشخوار خشم می‌توان بیان داشت که در درمان مثبت‌گرا، انگاره‌های منفی بیماران اصلاح و رفتارهای مناسب به صورت مداوم ارائه می‌شوند. در نهایت، حذف این انگاره‌های منفی منجر به کاهش نشخوار خشم بیماران می‌گردد. زمانی که این انگاره‌ها رفع شدند، رفتارهای مراجعان نیز متعادل‌تر شده و استرس ادراک شده و هیجانات منفی تجربه شده در زندگی با وجود پرفشاری خون کاهش پیدا می‌کند. در کل، گرایش و پرداختن به جنبه‌های مثبت وجود خود، با بهداشت روانی و سلامت شخص سازگار است. به بیانی دیگر، هرگاه بر جنبه‌های مثبت افکار بیشتر تأکید شود، عملکرد افراد تقریباً یک‌و‌نیم برابر زمانی خواهد بود که بر جنبه‌های منفی تأکید می‌شود [۲۸]. همچنین، در تبیین این یافته می‌توان به نظر Seligman و همکاران [۱۳] استناد نمود که بیان می‌کنند بهبود سرمایه روان‌شناختی به‌عنوان یکی از پیامدهای رویکرد مثبت‌گرا اثرات منفی نشخوار ذهنی را تعدیل

در بیماران پرفشاری خون، ممکن است ارزیابی فرد از توانایی‌اش در حل مشکلات را متأثر سازد [۸، ۷]. با تمرینات ترسیم دیاگرام و نامه برای شناسایی و چالش کشیدن در رویکرد درمانی شناختی-تحلیلی روند ارزیابی بیماران از هیجانات و توانایی‌هایشان اصلاح می‌شود و به این ترتیب میزان نشخوار خشم کاهش می‌یابد. در پژوهش حاضر بیماران مبتلا به فشار خون اساسی از طریق روابط بین‌فردی و آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابط، توانایی بیشتری برای بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی پیدا کردند، که این امر باعث شد آن‌ها موقعیت‌های نامعین یا مبهم را کمتر فشارآور و آشفتگی‌کننده درک کنند و در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی به جای راهبردهای هیجانی منفی مانند نشخوار خشم از مقابله‌های کارآمدتری استفاده کنند.

یافته‌های پژوهش همسو با نتایج برخی از مطالعات پیشین [۲۸-۲۶، ۲۲، ۱۷، ۱۵] نشان داد با وجود اثربخشی دو رویکرد درمانی مثبت‌گرا و شناختی-تحلیلی بر کاهش شاخص‌های نشخوار خشم در مبتلایان به پرفشاری خون، تفاوت بین دو شیوه درمانی از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. Wakefield و همکاران [۳۰] همسو با یافته حاضر نشان دادند که بین درمان شناختی-رفتاری متداول با درمان شناختی-تحلیلی برای بیماران مبتلا به مشکلات فکری و رفتاری که تبعیت درمانی پایینی دارند، از نظر میزان اثربخشی تفاوتی وجود ندارد. Barello و همکاران [۳۱] که در یک مرور سیستماتیک نقش مداخلات روان‌شناختی را بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بررسی کردند، گزارش نمودند مداخلات روان‌شناختی موجب کاهش مشکلات خلقی و اضطرابی و افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی گردید، که این یافته در راستای نتیجه پژوهش حاضر است.

رویکردهای درمانی می‌توانند به‌عنوان درمان‌های مؤثر و مفیدی به تنهایی و یا به‌عنوان درمان‌های مکمل در کنار درمان طبی و دارویی متداول برای کاهش نشخوارخشم بیماران با پرفشاری خون در مراکز درمانی استفاده شوند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکترای تخصصی رشته روانشناسی سلامت، نویسنده اول مقاله (طاهره ثمین) است. دکتر نیلوفر طهمورسی، استاد راهنما و دکتر بیوک تاجری، استاد مشاور بودند.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از مسئولین بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی لاله شهر تهران و همچنین، بیماران محترم مبتلا به پرفشاری خون که با صبوری در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

می‌نماید و اندیشیدن در مورد نتایج مثبت باعث کاهش فرآینگری و نشخوار فکری فرد بیمار خواهد شد.

این پژوهش محدودیت‌هایی داشت از جمله این‌که یافته‌ها فقط قابل تعمیم به بیمارانی است که ملاک‌های ورود به این پژوهش را دارا بوده‌اند و برای افرادی که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ملاک‌های شمول متفاوت از آزمودنی‌های پژوهش حاضر هستند، قابلیت تعمیم ندارد. کوتاه بودن دوره پی‌گیری (سه ماهه) در حالی که در مطالعات خارج از ایران دوره پی‌گیری ۶ الی ۱ ساله اجرا شده است. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر که می‌تواند در بخشی از نتایج آن ابهام ایجاد نماید، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی در گردآوری اطلاعات بود. دیگر محدودیت پژوهش حاضر روش نمونه‌گیری آن (در دسترس) می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی جمعیت مورد مطالعه از بین مبتلایان به سایر مشکلات طبی مزمن از قبیل بیماران قلبی-عروقی، دیابت نوع دوم، مولتیپل اسکروزیس و .. با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شوند که توان تعمیم نتایج بالا باشد. پیشنهاد می‌شود برای سنجش متغیرهای پژوهش علاوه بر پرسشنامه از دیگر روش‌های گردآوری اطلاعات مانند مصاحبه نیز استفاده شود. به لحاظ روش‌شناختی پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی با استفاده از طرح‌های آزمایشی حقیقی بین آزمودنی‌ها از جمله طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با دوره پی‌گیری و گروه کنترل و تعداد شرکت‌کنندگان بیشتر به ارزیابی دقیق‌تر روایی و میزان تأثیر و ماندگاری آن با کمک این مداخلات در بهبود متغیرهای وابسته پرداخته شود.

نتیجه‌گیری: هر دو روش درمان مثبت‌گرا و شناختی-

تحلیلی بر کاهش شاخص‌های نشخوارخشم در مبتلایان به پرفشاری خون سودمند بوده‌اند و این تأثیر مثبت در طول زمان (دوره پی‌گیری سه ماهه) پایدار مانده است. این

References

1. Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, Ching SM, Neupane D, Marques FZ, et al. Lifestyle management of hypertension: International society of hypertension position paper endorsed by the world hypertension league and european society of hypertension. *J Hypertens* 2024; 42(1):23-49.
2. Homayounfar R, Farjam M, Bahramali E, Sharafi M, Poustchi H, Malekzadeh R, et al. Cohort profile: The Fasa adults cohort study (FACS): A prospective study of non-communicable diseases risks. *Int J Epidemiol* 2023; 52(3):e172-8.
3. Boland R, Verduin M, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry (2 Volume Set), 12th Edition. Publisher: Lippincott Williams & Wilkins, North American edition 2022.
4. Dammen T, Munkhaugen J, Sverre E, Moum T, Papageorgiou C. Psychiatric disorders, rumination, and metacognitions in patients with type D personality and coronary heart disease. *Nord J Psychiatry* 2023; 77(6):540-6.
5. Gavrilova L, Zawadzki MJ. Testing the associations between state and trait anxiety, anger, sadness, and ambulatory blood pressure and whether race impacts these relationships. *Ann Behav Med* 2023; 57(1):38-49.
6. Mitolo M, D'Adda F, Evangelisti S, Pellegrini L, Gramegna LL, Bianchini C, et al. Emotion dysregulation, impulsivity and anger rumination in borderline personality disorder: The role of amygdala and insula. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2024; 274(1):109-16.
7. Cherry MG, Brown SL, Purewal R, Fisher PL. Do metacognitive beliefs predict rumination and psychological distress independently of illness representations in adults with diabetes mellitus? A prospective mediation study. *Br J Health Psychol* 2023; 28(3):814-28.
8. Kamali R, Davoodi A, Naziry G, Fath N. The mediating role of anger rumination in the relationship between metacognitive beliefs and uncertainty intolerance with perceived pain intensity in patients with chronic pain. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)* 2024; 12(11):119-30. [Persian]
9. Sundström J, Lind L, Nowrouzi S, Hagström E, Held C, Lytsy P, et al. Heterogeneity in blood pressure response to 4 antihypertensive drugs: a randomized clinical trial. *JAMA* 2023; 329(14):1160-9.
10. Carey RM. Is personalized antihypertensive drug selection feasible?. *JAMA* 2023; 329(14):1153-4.
11. Owen K, Laphan A, Gee B, Lince K. Evaluating cognitive analytic therapy within a primary care psychological therapy service. *Br J Clin Psychol* 2023; 62(3):663-73.
12. Vita A, Barlati S, Ceraso A, Deste G, Nibbio G, Wykes T. Acceptability of cognitive remediation for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med* 2023; 53(8):3661-71.
13. Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006; 61(8):774-88.
14. Badecka P. The Possibilities of transcultural positive psychotherapy in supporting the development of post-traumatic growth (PTG). *The Global Psychotherapist* 2023; 3(1):98-103.
15. Fisher Z, Field S, Fitzsimmons D, Hutchings H, Carter K, Tod D, et al. Group-based positive psychotherapy for people living with acquired brain injury: A protocol for a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud* 2024; 10(1):1-11.
16. Tönis KJ, Kraiss JT, Linssen GC, Bohlmeijer ET. The effects of positive psychology interventions on well-being and distress in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and Meta-analysis. *J Psychosom Res* 2023 Apr 17:111328.
17. Ryle, A, Kerr IB. *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice of a relational approach to mental health* (2nd ed.). John Wiley & Sons Ltd 2020.
18. Baronian R, Leggett SJ. Brief cognitive analytic therapy for adults with chronic pain: A preliminary evaluation of treatment outcome. *Br J Pain* 2020; 14(1):57-67.
19. Shah-Moradi FS, Shokrgozar A, Ali-Mehdi M, Narimani Zaman-Abadi M. Comparing the efficacy of acceptance and commitment therapy with spiritual therapy on cognitive attentional syndrome indicators in patients with idiopathic pain. *Community Health Journal* 2024;18(1):22-33. [Persian]
20. Sukhodolsky DG, Golub A, Cromwell EN. Development and validation of the anger rumination scale. *Pers Individ Dif* 2001; 31(5):689-700.
21. Maxwell JP, Sukhodolsky DG, Chow CC, Wong CF. Anger rumination in Hong Kong and Great Britain: validation of the scale and a cross-cultural comparison. *Pers Individ Dif* 2005; 39(6):1147-57.
22. Esmailyan Z, Rahmani MA, Tizdast T. Effectiveness of positive psychotherapy on adherence to treatment and glycosylated hemoglobin in female patients with type 2 diabetes. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)* 2023; 4(2):381-94. [Persian]
23. Hendriks T, Warren MA, Schotanus-Dijkstra M, Hassankhan A, Graafsma T, Bohlmeijer E, et al. How WEIRD are positive psychology interventions? A bibliometric analysis of randomized controlled trials on the science of well-being. *J Posit Psychol* 2019; 14(4):489-501.

24. Carr A, Finneran L, Boyd C, Shirey C, Canning C, Stafford O, et al. The Evidence-base for positive psychology interventions: A mega-analysis of meta-analyses. *J Posit Psychol* 2024; 19(2):191-205.
25. Brown L, Pablo Ospina J, Celano CM, Huffman JC. The Effects of positive psychological interventions on medical patients' anxiety: A meta-analysis. *Psychosom Med* 2019; 81(7):595-602.
26. Kellett S, Stockton D. Treatment of obsessive morbid jealousy with cognitive analytic therapy: A mixed-methods quasi-experimental case study. *British Journal of Guidance & Counselling* 2023; 51(1):96-114.
27. Hamilton J, Saxon D, Best E, Glover V, Walters SJ, Kerr IB. A Randomized, controlled pilot study of cognitive analytic therapy for stressed pregnant women with underlying anxiety and depression in a routine health service setting. *Clin Psychol Psychother* 2021; 28(2):394-408.
28. Hallam C, Simmonds-Buckley M, Kellett S, Greenhill B, Jones A. The Acceptability, effectiveness, and durability of cognitive analytic therapy: Systematic review and meta-analysis. *Psychol Psychother* 2021; 94:8-35.
29. Gimeno E, Chiclana C. Cognitive analytic therapy and mentalizing function. *European Psychiatry*. 2017; 41(S1):776.
30. Wakefield S, Delgadillo J, Kellett S, White S, Hepple J. The Effectiveness of brief cognitive analytic therapy for anxiety and depression: A quasi-experimental case-control study. *Br J Clin Psychol* 2021; 60(2):194-211.
31. Barello S, Anderson G, Acampora M, Bosio C, Guida E, Irace V, et al. The Effect of psychosocial interventions on depression, anxiety, and quality of life in hemodialysis patients: A systematic review and a meta-analysis. *Int Urol Nephrol* 2023; 55(4):897-912.

Comparing the Effectiveness of Positive Psychotherapy with Cognitive-Analytical Therapy on Anger Rumination and Its Components in Hypertensive Patients

Samin T¹, Tahmouresi N^{2*}, Tajeri B³

1-PhD Student in Health Psychology, Dept. of Clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2-Assistant Prof., Dept. of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

(Corresponding Author) E-mail: Niloufar.tahmouresi@kiau.ac.ir, Tel: 09028551711

3-Assistant Prof., Dept. of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Received: 29 April 2024

Accepted: 9 November 2024

Introduction: Hypertension is a disease that, in addition to biological factors, psychological factors also play a role in it, and suffering from it has many psychological and health consequences. Therefore, this study was conducted with the aim of comparing positive psychotherapy with cognitive-analytical therapy on anger rumination and its components in hypertensive patients.

Material and Methods: This study was a quasi-experimental study with pre-test, post-test, and a control group with 3-month follow-up. All patients suffering from high blood pressure in the first 6 months of 2023 at Laleh Hospital in Tehran (218 people) formed the statistical population of the study, out of which 45 people were selected by convenience sampling and randomly assigned into three equal groups of 15. To collect data, along with the demographic information checklist-form made by the researcher, Sukhodolsky's Anger Rumination Scale was also used. Intervention was respectively applied for participants in positive therapy and cognitive-analytical therapy sessions according to Seligman et al.'s and Ryle et al.'s protocols during 8 sessions. Data were analyzed by repeated measures ANOVA

Results: The scores of anger rumination ($\eta=0.63$, $F=89.48$) and anger afterthoughts ($\eta=0.25$, $F=9.71$), thoughts of revenge ($\eta=0.47$, $F=25.15$), anger memories ($\eta=0.32$, $F=13.55$), and understanding of causes ($\eta=0.46$, $F=24.59$) in the test groups in the post-test stage significantly improved compared to the control group and, this improvement remained stable in the follow-up stage ($p<0.05$). Also, the results of Benferroni's post hoc test showed no significant difference between the two treatment approaches in terms of effectiveness ($p>0.05$).

Conclusion: Both treatment approaches had a positive effect on reducing anger rumination indices in hypertensive patients. It is suggested to use more exercises derived from these approaches in planning rehabilitation and therapeutic interventions to improve the emotional-behavioral performance of these patients.

Keywords: Positive psychotherapy, Cognitive-analytical therapy, Anger rumination, Hypertension

Please cite this article as follows:

Samin T, Tahmouresi N, Tajeri B. Comparing the Effectiveness of Positive Psychotherapy with Cognitive-Analytical Therapy on Anger Rumination and Its Components in Hypertensive Patients. *Community Health Journal* 2024;18 (2): 27-40.

Funding: This research was funded by the Islamic Azad University, Karaj Branch, Iran.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Karaj Branch, approved the study (IR.IAU.K.REC.1401.079).