

## اثر بخشی فعال سازی رفتاری بر نشخوار ذهنی، تنظیم هیجان و علایم روان تنی بیماران زن با تشخیص فشارخون بالا

علیرضا اقدمی باهر<sup>۱</sup>

علی خادمی<sup>۲</sup>

علی شاکر دولق<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۸/۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۱

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر فعال سازی رفتاری بر نشخوار ذهنی، تنظیم هیجان و علایم روان - تنی بیماران مبتلا به فشارخون انجام شد. تحقیقات نشان داده است که ویژگی های روانی بر فشارخون بالا تأثیر منفی می گذارد و نیز فعال سازی رفتاری تأثیر مفیدی بر سلامت روانی بیماران دارد. با وجود این، تحقیقات کافی در مورد تأثیر این رویکرد بر ویژگی های روان شناختی بیماران مبتلا به فشارخون بالا وجود ندارد. روش پژوهش نیمه آزمایشی طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. ابتدا، پژوهشگران نمونه ای متشکل از ۳۰ بیمار زن مبتلا به فشارخون را از بین بیماران زن مراجعه کننده به سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت تبریز به روش هدفمند انتخاب و آنها را به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین کردند. سپس، شرکت کنندگان به پرسشنامه های پاسخ نشخواری (نولن هوکسما و مورو، ۱۹۹۱)، شکایات روان - تنی (تاناکا و ساکاتا، ۲۰۰۴) و دشواری در تنظیم هیجان (گراتز و رومر، ۲۰۰۴) در پیش آزمون پاسخ دادند. برای گروه آزمایش، درمان فعال سازی رفتاری طی ۱۰ جلسه انجام شد و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. پس از اتمام دوره گروه آزمایش پرسشنامه های مربوط مجدداً به عنوان پس آزمون در اختیار گروه ها قرار داده شد. داده های بدست آمده با نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل گردید. بر اساس نتایج، فعال سازی رفتاری به طور معنی داری نشخوار ذهنی و علایم روان - تنی بیماران مبتلا به فشارخون بالا را کاهش داد و تنظیم هیجان آنها را بهبود بخشید ( $p < 0/05$ ). بنابراین، از فعال سازی رفتاری برای کاهش نشخوار ذهنی، دشواری در تنظیم هیجان و علایم روان - تنی زنان مبتلا به فشارخون بالا استفاده کرد.

**کلید واژه ها:** فعال سازی رفتاری، نشخوار ذهنی، تنظیم هیجان، علایم روان - تنی، فشارخون بالا

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

dr\_Ali\_khademi@yahoo.com

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

## مقدمه

شیوع بالای فشارخون و پیامدهای منفی آن، این بیماری را به مشکل عمده بهداشتی درمانی اغلب کشورها تبدیل نموده است. این بیماری، سالها بدون هیچ گونه علامت قابل توجهی، گسترش و به تدریج سلامت مبتلایان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (زینچنگو، پرویچکو، آسترومووا، ۲۰۱۳). افراد دارای فشارخون از ویژگی‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و روان - تنی متعددی برخوردارند. یکی از این ویژگی‌ها نشخوار ذهنی است که با پاسخ‌های قلبی-عروقی و فشارخون رابطه دارد. نشخوار ذهنی سبک تفکر تکرار شونده بدبینانه پایدار معطوف به خود در مورد مشکلات است که بر سلامت جسمی اثر می‌گذارد (روزنباوم و همکاران، ۲۰۱۸).

دشواری در تنظیم هیجان یکی دیگر از عوامل روانشناختی است که با سلامت جسمانی (ترودل، فیتزجرالد، گیلسانز، میتلمن، کویزانسکی، ۲۰۱۵) و فشارخون (پاولفو همکاران، ۲۰۱۴) ارتباط دارد. بنابر پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، عوامل روانشناختی مؤثر بر بیماری‌های جسمی، گروه وسیعی از بیماری‌هایی هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی مؤلفه اصلی آنهاست (شبه، فیضی، افشار، حسن‌زاده و ادیبی، ۱۳۹۵). این نشانه‌ها و علائم جسمی به وجود نوعی رابطه و تعامل پیچیده و چند وجهی زمینه‌ها و استعدادهای زیستی و فیزیولوژیک از یک سو و عوامل و فشارهای محیطی و روانی از سوی دیگر اشاره دارد (موسوی، مهدی‌زادگان، آقایی، ۱۳۹۳).

یکی از درمان‌هایی که می‌توان برای نشخوار ذهنی، تنظیم هیجان و علائم روان - تنی افراد مبتلا به فشارخون بالا استفاده کرد، فعال‌سازی رفتاری است. این روش درمانی مبتنی بر اصول رفتاری است که توسط لوینسون<sup>۱</sup> مطرح شده‌اند. هدف این درمان افزایش فراوانی رفتارهای مراجع است تا او بتواند با منابع پاداش موجود در زندگی خود تماس بیشتری یابد و مسائل زندگی خود را حل کند (دیمیدجان<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). این درمان به عنوان مداخله معتبر تجربی کوتاه مدت، مقرون به صرفه و مبتنی بر ارتقای کیفیت و سبک زندگی و کاهش هیجان‌های منفی در افراد بیمار مزمن و غیر مزمن به طور مؤثری مفید واقع شده‌است (صید، رجایی و برجلی، ۱۳۹۹). مطالعات مختلفی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری را نشان دادند (فرشیدفر، رحیمیان، اسدی و ایزدپناهی، ۱۳۹۹؛ مرادی و قدرتی اصفهانی، ۱۳۹۹؛ رضاپور، بختیاری، مسجدی آرانی و کیانی مقدم، ۱۳۹۹؛ رهبران، گرمی، شاه محمدی، ۱۳۹۸؛ لی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ گیلان، گان، بارکر، اشت و موزلی<sup>۴</sup>، ۲۰۲۱). با این وجود پژوهشی در زمینه اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر متغیرهای یاد شده در بیماران دچار فشارخون بالا وجود ندارد. با نظر به اینکه بیماران یاد شده گروه آسیب‌پذیری هستند که عملکرد جسمانی، روانی و اجتماعی آنها به صورت منفی تحت تأثیر این اختلال قرار می‌گیرد و نیز با توجه به هزینه‌هایی که به

1. Lewinsohn

2. Dimidjian

3. Lee

4. Gilam, Gunn, Barker, Eshetie, Moseley

دنبال آن بر جامعه و خانواده تحمیل می‌شود، پژوهشگر به دنبال آن است که بررسی کند آیا فعال سازی رفتاری بر نشخوار ذهنی، تنظیم هیجانی و علایم روان - تنی بیماران زن با تشخیص فشارخون موثر است؟

## روش

### الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، از طرح پیش‌آزمون — پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران زن مبتلا به فشارخون بالای مراجعه کننده به درمانگاه بهداشت و درمان صنعت نفت شمالغرب کشور بود. از بین جامعه فوق تعداد ۳۰ نفر به روش هدفمند بر اساس ملاک‌های ورود رضایتمندی برای شرکت در پژوهش، تشخیص فشارخون بالا توسط پزشک متخصص، عدم سوء مصرف مواد، تحصیلات حداقل دیپلم، دامنه سنی ۴۰-۵۵ سال و ملاک‌های خروج داشتن بیماری‌های روان - تنی دیگر همراه فشارخون، غیبت بیش از دو جلسه، عدم مشارکت و همکاری در طول جلسات انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان فعال سازی رفتاری به صورت گروهی قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1398.022 در معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه به تصویب رسیده است.

### ب) ابزار

پرسشنامه پاسخ‌های نشخواری: این پرسشنامه توسط نولن-هوکسما و مارو (۱۹۹۱) تدوین شده است. این پرسشنامه ۲۲ عبارت دارد که پاسخ دهندگان در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) آنها را درجه بندی کنند (باقری نژاد، صالحی فدردی، محمود طباطبایی، ۱۳۸۹). دامنه نمره‌های این ابزار از ۲۲ تا ۸۸ متغیر است (رجبی، گشتیل، امان الهی، ۱۳۹۷). ضریب آلفای کرونباخ آن در دامنه‌ای از ۸۸ در صد تا ۹۲ درصد قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای RRS، ۰/۶۷ است (لامنت، ۲۰۰۴). باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی (۱۳۸۹) همسانی درونی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ گزارش کردند.

مقیاس شکایات روان - تنی تاکاتا و ساکاتا: این مقیاس را تاکاتا و ساکاتا (۲۰۰۴) برای سنجش شکایات روان - تنی ساخته‌اند که دارای ۳۰ سؤال است. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۴ نقطه‌ای که برای گزینه‌های «هرگز»، «بندرت»، «گاهی اوقات» و «بطور مکرر» به ترتیب ۰، ۱، ۲ و ۳ می‌گیرند. روایی سازه آن نیز با تحلیل عامل بررسی شده و ساختار تک عاملی آن تأیید شده است (تاکاتا، ساکاتا، ۲۰۰۳). در پژوهش حاجلو (۱۳۹۱) روایی محتوایی نسخه ترجمه شده مقیاس شکایات روان - تنی توسط دو متخصص (روان شناس) تأیید شد. پایایی بازآزمایی مقیاس شکایات روان - تنی به فاصله یک ماه و در دو نوبت اجرا روی یک نمونه ۴۰ نفری از دانشجویان مورد تأیید قرار گرفت ( $r=0/83$ ). ضریب آلفای

کرونباخ به دست آمده روی نمونه اصلی برابر ۰/۸۵ بود که بیانگر همسانی درونی بالا برای بخش‌های این مقیاس است (حاجلو، ۱۳۹۱).

مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) ساخته شده و دارای ۳۶ سوال و شش خرده مقیاس عدم پذیرش<sup>۲</sup>، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند<sup>۳</sup>، دشواری‌های کنترل تکانه<sup>۴</sup>، فقدان آگاهی هیجانی<sup>۵</sup>، دستیابی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان<sup>۶</sup> و فقدان شفافیت هیجانی<sup>۷</sup> است (علوی، مدرس غروی، امین یزدی، صالحی فردی، ۱۳۸۹). پاسخ هر آزمودنی در دامنه‌ای از یک تا پنج قرار می‌گیرد. نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری‌های بیشتر در تنظیم هیجان است. ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس (۰/۹۳)، خرده مقیاس عدم پذیرش (۰/۸۵)، خرده مقیاس اهداف (۰/۸۹)، خرده مقیاس تکانه (۰/۸۶)، خرده مقیاس آگاهی (۰/۸۰)، خرده مقیاس راهبردها (۰/۸۸)، خرده مقیاس شفافیت (۰/۸۴) و پایایی آزمون-بازآزمون برای نمرات کلی (۰/۸۸ و  $P < 0.01$ ) و همچنین برای خرده مقیاس‌ها (۰/۶۹ برای عدم پذیرش، ۰/۶۹ برای اهداف، ۰/۵۷ برای تکانه، ۰/۶۸ برای آگاهی، ۰/۸۹ برای راهبردها و ۰/۸۰ برای شفافیت،  $P < 0.01$ ) است. در رابطه با روایی نیز بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش‌بین کافی برای این مقیاس است (گراتز و روئمر، ۲۰۰۴).

#### جدول ۱: خلاصه جلسات فعالسازی رفتاری لجزو و همکاران (۲۰۱۰)

جلسات	محتوا
اول	مقدمه و معرفی، معرفی منطق درمان فعالسازی رفتاری، فرم بازبینی روزانه تکلیف: انجام فرم بازبینی روزانه
دوم	مرور فرم‌های بازبینی روزانه، حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها تکالیف: تکمیل فرم بازبینی روزانه فرم ۱؛ بررسی سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها فرم سوم
سوم	بازبینی روزانه: بررسی تکلیف فرم ۱ سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: بررسی تکلیف فرم ۲؛ انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها فرم ۳ تکالیف: بازبینی روزانه فرم ۱؛ ادامه بررسی و تغییر سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها فرم ۲؛ بررسی و تغییر انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها
چهارم	بازبینی روزانه: بررسی تکلیف فرم ۱؛ بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت‌ها فرم ۱ تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده فرم ۱
پنجم	بررسی تکلیف فرم ۱؛ معرفی قراردادها فرم ۴، بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده فرم ۱ تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده فرم ۱؛ تداوم افزودن/اصلاح قراردادها فرم ۴
ششم	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف فرم ۱، قراردادها: بررسی تکلیف فرم ۴

1. Difficulties in emotion regulation scale (DERS)
4. Nonacceptance of emotional responses
5. Difficulty engaging in goal directed behavior
6. Impulse control difficulties
7. Lack of emotional awareness
8. Limited access to emotion regulation strategies
9. Lack of emotional clarity

تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده فرم ۱، تداوم افزودن/تغییر قراردادها فرم ۴	هفتم
بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف فرم ۱ (سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم فرم ۲)	
تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده فرم ۱، تداوم افزودن/تغییر قراردادها فرم ۴	هشتم
بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف فرم ۱؛ انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم فرم ۳؛ بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده فرم ۱	
تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده فرم ۱، تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادها فرم ۴	نهم
بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف فرم ۱ Y قراردادها: مرور و بازنگری مفاهیم فرم ۴؛ بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده فرم ۱	
تکالیف: بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده فرم ۱، تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادها فرم ۴	دهم
بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف فرم ۱؛ بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده فرم ۱، آمادگی برای خاتمه پایان دهی	
تکالیف: ازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده فرم ۱، تداوم افزودن/تغییر دادن قراردادها فرم ۴	

### یافته‌ها

در بخش اول تجزیه و تحلیل، شاخص‌های توصیفی از قبیل میانگین، انحراف استاندارد مربوط به متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه آزمایش و کنترل نشان داده شده است.

#### جدول ۱: توصیف نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون دشواری در تنظیم هیجانی به تفکیک گروه

موقعیت اندازه‌گیری	متغیرها	فعال‌سازی رفتاری		گروه کنترل												
		انحراف استاندارد	میانگین													
پیش‌آزمون	عدم پذیرش هیجانها	19.20	3.321	20.60												
	دشواری در انجام رفتار هدفمند	14.93	4.334	18.67												
	دشواری در کنترل تکانه	15.67	4.030	16.67												
	فقدان آگاهی هیجانی	16.67	4.337	17.27												
	دسترسی محدود به راهبردها	20.93	4.682	20.00												
	عدم وضوح هیجانی	15.27	4.652	15.40												
	نشخوار ذهنی	48.13	7.891	47.00												
	علایم روان - تنی	60.27	13.090	59.93												
	عدم پذیرش هیجانها	12.27	2.314	17.87												
	دشواری در انجام رفتار هدفمند	14.47	3.021	18.00												
پس‌آزمون	دشواری در کنترل تکانه	13.67	2.664	16.87												
	فقدان آگاهی هیجانی	12.27	2.434	17.80												
	دسترسی محدود به راهبردها	12.33	2.944	18.87												
	عدم وضوح هیجانی	12.53	2.475	14.60												
	نشخوار ذهنی	38.53	4.868	44.00												
	انحراف استاندارد	2.444	2.440	3.200	3.595	3.338	2.293	9.047	13.864	3.642	2.928	2.825	2.513	3.182	2.261	6.887

8.095	58.67	7.950	41.27	علایم روان - تنی	
2.924	17.87	1.981	11.93	عدم پذیرش هیجانها	
3.105	18.07	1.685	14.47	دشواری در انجام رفتار هدفمند	
3.109	16.33	2.849	13.60	دشواری در کنترل تکانه	
3.457	17.33	2.743	12.33	فقدان آگاهی هیجانی	پیگیری
3.397	18.40	2.295	12.87	دسترسی محدود به راهبردها	
2.200	14.47	2.604	12.93	عدم وضوح هیجانی	
6.486	45.27	7.457	40.80	نشخوار ذهنی	
6.871	55.27	4.873	45.20	علایم روان - تنی	

بر اساس نتایج، میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش متغیرهای پژوهش در مقایسه با گروه کنترل کاهش داشته‌اند.

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته (اندازه‌های مکرر بین‌گروهی) استفاده شد. قبل از بررسی فرضیه تحقیق ابتدا مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها و کرویت موخلی بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف نشان داد، توزیع داده‌ها نرمال است ( $P > 0/05$ ). بر اساس نتایج، مقدار آزمون موخلی (Mauchly's) برای مولفه عدم پذیرش هیجانها، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی، عدم وضوح هیجانی و علایم روان - تنی معنی‌دار است ( $P = 0/001$ )، بنابراین مفروضه کرویت برقرار نیست و به همین دلیل برای تفسیر نتایج آزمونهای F در مورد اثرهای اصلی درون‌گروهی (زمان) و اثرهای تعاملی (زمان \* عضویت گروهی) از سطرهای آزمون گرین‌هاوس-گیسر در جدول ۴-۵ استفاده شد. بر اساس نتایج، آزمون موخلی برای متغیر نشخوار معنی‌دار نیست ( $P > 0/05$ )، بنابراین مفروضه کرویت برقرار است. برای بررسی مفروضه همسانی واریانسها در گروههای مورد مطالعه از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد همسانی واریانسها برقرار است ( $P > 0/05$ ). برای بررسی مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج حاکی از برقراری مفروضه است.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره اثرات تعاملی

اثر	متغیر	ارزش	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	معناداری	اندازه اثر
	عدم پذیرش هیجانها	0.615	8.453	2	27	0.001	0.385
	دشواری در رفتار هدفمند	0.848	2.413	2	27	0.109	0.152
	دشواری در کنترل تکانه	0.735	4.874	2	27	0.016	0.265
تعاملی	فقدان آگاهی هیجانی	0.524	12.288	2	27	0.001	0.476
	دسترسی محدود	0.448	16.649	2	27	0.001	0.552
	عدم وضوح هیجانی	0.688	6.133	2	27	0.006	0.312
	نشخوار ذهنی	.809	3.197	2	27	0.057	0.191

0.359	0.002	27	2	7.568	.641	علایم روان - تنی
-------	-------	----	---	-------	------	------------------

بر اساس نتایج (جدول ۲) فعال سازی تفاوت معناداری را در تنظیم هیجانی (عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، عدم وضوح هیجانی) و علایم روان - تنی در مقایسه با گروه کنترل ایجاد کرده است ( $P < 0.05$ ).

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس آمیخته (اندازه گیری مکرر همراه با اثرات بین گروهی)

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذوز ایئا
عدم پذیرش هیجانها	مراحل(زمان (	483.889	1.46	331.447	48.44	.000	.634
	تعامل	95.756	1.46	65.589	9.586	.001	.255
بین گروهها	مراحل(زمان (	418.178	1	418.178	29.74	.000	.515
	تعامل	6.067	1.36	4.453	.419	.583	.015
دشواری در رفتار هدفمند	مراحل(زمان (	295.211	1.36	295.211	.011	.962	0.00
	تعامل	23.400	2	11.700	1.731	.186	.058
دشواری در کنترل تکانه	مراحل(زمان (	120.178	2	10.078	1.491	.234	.051
	تعامل	83.289	1	120.178	7.441	.011	.210
فقدان آگاهی هیجانی	مراحل(زمان (	309.878	1.39	59.682	4.318	.032	.134
	تعامل	109.956	2	54.978	5.700	.006	.169
دسترس ی محدود به راهبرده	مراحل(زمان (	309.878	1	309.878	24.92	.000	.471
	تعامل	470.467	1.39	336.458	34.02	.000	.549
تکانه	مراحل(زمان (	246.422	8	123.211	17.82	.000	.389
	تعامل	309.878	2	309.878	15.11	.001	.351
فقدان آگاهی هیجانی	مراحل(زمان (	58.067	1	309.878	15.11	.001	.351
	تعامل	58.067	2	29.033	4.668	.013	.143

.041	.308	1.202	7.478	2	14.956	تعامل	عدم
.091	.105	2.802	34.844	1	34.844	بین گروه‌ها	وضوح هیجانی
0.24	0.00	9.152	316.811	2	633.622	مراحل(زمان)	
6	0					(	
0.08	0.07	2.741	94.900	2	189.800	تعامل	نشخوار ذهنی
9	3						
0.07	0.14	2.220	193.600	1	193.600	بین گروه‌ها	
3	7						
0.31	0.00	12.81	1394.69	1.43	2001.06	مراحل(زمان)	
4	1	6	1	5	7	(	علایم روان - تنی
0.21	0.00	7.628	830.111	1.43	1191.02	تعامل	
4	4			5	2		
0.34	0.00	14.66	1840.54	1	1840.54	بین گروه‌ها	
4	1	8	4		4		

بر اساس نتایج، اثر اصلی زمان در متغیرهای عدم پذیرش هیجانها ( $\eta^2 = 0/634$ ،  $P = 0/001$ ) و ( $F = 48/443$ )، فقدان آگاهی هیجانی ( $\eta^2 = 0/134$ ،  $P = 0/032$  و  $F = 4/318$ )؛ دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی ( $\eta^2 = 0/549$ ،  $P = 0/001$  و  $F = 34/029$ )، عدم وضوح هیجانی ( $\eta^2 = 0/143$ ،  $P = 0/013$  و  $F = 4/668$ )؛ متغیر نشخوار ذهنی ( $\eta^2 = 0/246$ ،  $P = 0/001$  و  $F = 9/152$ )، و علایم روان - تنی ( $\eta^2 = 0/314$ ،  $P = 0/001$  و  $F = 12/816$ )؛ معنادار است. بنابراین بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عدم پذیرش هیجانها، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی، عدم وضوح هیجانی، نشخوار ذهنی و علایم روان - تنی هر گروه بدون در نظر گرفتن گروه دیگر تفاوت وجود دارد. همچنین طبق نتایج (جدول ۴) اثر تعاملی (تعامل زمان\*گروه) برای متغیرهای عدم پذیرش هیجانها ( $\eta^2 = 0/255$ ،  $P = 0/001$  و  $F = 9/586$ )؛ فقدان آگاهی هیجانی ( $\eta^2 = 0/169$ ،  $P = 0/006$  و  $F = 5/7$ )؛ دسترسی محدود به راهبردها ( $\eta^2 = 0/389$ ،  $P = 0/001$  و  $F = 17/824$ ) معنادار است. بنابراین متغیر زمان با متغیر گروه اثر تعاملی دارد و در سطوح مختلف آن تغییر می‌کند. همچنین اثر بین‌گروهی معنادار است چون که نشان می‌دهد بین گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). در ادامه به بررسی ماندگاری اثر پراخته شده‌است.

#### جدول ۵: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه جفتی میانگین در مراحل مختلف اندازه‌گیری به تفکیک گروه

گروه درمان فراشناختی		گروه کنترل		منبع تغییرات	متغیرها
تفاوت میانگینها	سطح معناداری	تفاوت میانگینها	سطح معناداری		
6.933*	.000	2.733	.058	پیش- پس‌آزمون	عدم پذیرش هیجانها



.009	2.733*	.000	7.267*	پیش‌آزمون - پیگیری	
1.000	.000	1.000	.333	پس‌آزمون - پیگیری	
1.000	.667	1.000	.467	پیش - پس‌آزمون	دشواری در انجام رفتار هدفمند
1.000	.600	1.000	.467	پیش‌آزمون - پیگیری	
1.000	-.067	1.000	.000	پس‌آزمون - پیگیری	
1.000	-.200	.179	2.000	پیش - پس‌آزمون	دشواری در کنترل تکانه
1.000	.333	.248	2.067	پیش‌آزمون - پیگیری	
1.000	.533	1.000	.067	پس‌آزمون - پیگیری	
1.000	-.533	.026	4.400*	پیش - پس‌آزمون	فقدان آگاهی هیجانی
1.000	-.067	.025	4.333*	پیش‌آزمون - پیگیری	
1.000	.467	1.000	-.067	پس‌آزمون - پیگیری	
.773	1.133	.000	8.600*	پیش - پس‌آزمون	دسترسی محدود به راهبردها
.348	1.600	.000	8.067*	پیش‌آزمون - پیگیری	
1.000	.467	.754	-.533	پس‌آزمون - پیگیری	
.840	-.800	.119	2.733	پیش - پس‌آزمون	عدم وضوح هیجانی
1.000	.133	.286	2.333	پیش‌آزمون - پیگیری	
1.000	.133	1.000	-.400	پس‌آزمون - پیگیری	
.346	3.000	.001	9.600*	پیش - پس‌آزمون	نشخوار ذهنی
1.000	1.733	.027	7.333*	پیش‌آزمون - پیگیری	
1.000	-1.267	1.000	-2.267	پس‌آزمون - پیگیری	
0.99	1.267	0.001	19*	پیش - پس‌آزمون	علایم روان - تنی
0.727	4.667	0.003	15.067*	پیش‌آزمون - پیگیری	
0.210	3.400	0.281	-3.933	پس‌آزمون - پیگیری	

طبق یافته‌ها (جدول ۵) در گروه آزمایش تفاوت نمره دشواری تنظیم هیجانی در پیش‌آزمون با پس‌آزمون؛ پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است. تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود، بنابراین اثر درمان در مرحله پیگیری پایدار مانده‌است. نتایج نشان دهنده اثربخشی فعال‌سازی رفتاری برای گروه آزمایش است.

### نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر نشخوار ذهنی، تنظیم هیجان و علایم روان - تنی بیماران زن دچار فشارخون بالا انجام شد. نتایج نشان داد، فعال‌سازی رفتاری بر نشخوار ذهنی، تنظیم هیجانی و علایم روان - تنی بیماران زن با تشخیص فشارخون بالا موثر است. نتیجه بدست آمده با یافته‌های فرشیدفر، رحیمیان، اسدی و ایزدپناهی (۱۳۹۹)، ابراهیمی و سجادیان (۱۳۹۹)، لی و همکاران (۲۰۲۲)، شاره (۱۳۹۵)، عطایی مغاللو و عطایی مغاللو (۱۳۹۴)، رهبران، کرمی، شاه محمدی (۱۳۹۸)، زمستانی، داودی، مهرابی زاده هنرمند و زرگر (۱۳۹۲)، محمود علیلو، هاشمی نصرت‌آباد، هاشمی (۱۳۹۰)،

صید، رجایی و برجعلی (۱۳۹۹)، مرادی و قدرتی اصفهانی (۱۳۹۹)، رضاپور، بختیاری، مسجدی آرانی و کیانی مقدم (۱۳۹۹) در بافتی کلی‌تر همسویی دارد.

در تبیین اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر نشخوار ذهنی می‌توان بیان کرد، درمان فعال‌سازی رفتاری با استفاده از تکنیک‌های خاصی مانند برجسته ساختن پیامدهای نشخوار فکری، حل مسأله، توجه دقیق به تجربه حسی، تمرکز مجدد بر تکلیف در دسترس، و برگرداندن توجه فرد از افکار نشخواری و مشکل ساز خارج شود. این تکنیک‌ها روشی فراهم می‌آورند که بدون درگیری در محتوای افکار، فرایند نشخوار فکری را هدف قرار می‌دهند. مارتل، دیمیدجان، هرمان-دان (۲۰۱۰) پیشنهاد کرده‌اند که تغییر رفتاری و درمان فعال‌سازی رفتاری بیانگر روش بویژه موثر تغییر در شناخت واره‌ها است. نتایج این پژوهش همسو با پژوهش فردریکسون (کانتر، مانوس، باو، بروچ، بوش و راش، ۲۰۱۰) است که نشان داد پایش فعالیت که یکی از راهبردهای فعال‌سازی رفتاری است نشخوار فکری را کاهش می‌دهد.

در تبیین اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر تنظیم هیجان می‌توان گفت، فعال‌سازی رفتاری فرایند درمانی ساختاریافته‌ای است که موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی زیادتر می‌کند (پرووینچرو چارتر، ۲۰۱۳؛ میشر و همکاران، ۲۰۱۷) در واقع، در این درمان با استفاده از تقویت‌های پیوسته تماس فرد با تقویت‌کننده‌های محیطی افزایش می‌یابد و این کار منجر به تنظیم هیجانی بالا می‌شود (تیمورپور، اکبری و حسنی، ۱۹۹۷). از طرف دیگر در طول درمان افراد حتی با پایین بودن انگیزه خود سعی می‌کنند تکالیف رفتاری مرتبط با فرایند درمان را انجام دهند. چنین فرایندی به مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق و کاهش دشواری در تنظیم هیجان می‌گردد (مازوکچلی، ۲۰۱۰).

در تبیین اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر علایم روان - تنی می‌توان گفت، در این درمان به افراد کمک می‌شود با انجام دادن رفتارهای گوناگون در حیطه‌های مختلف زندگی پیامدهای لذتبخش و تقویت‌کننده زندگی را افزایش دهند. در این وضعیت خودمختاری، توانایی مدیریت زندگی، توانایی پذیرفتن نقاط ضعف و قوت خود و رشد شخصی ارتقاء می‌یابد. اینها مؤلفه‌هایی هستند که از نظر ریف (۱۹۹۸) باعث زندگی سالم، بهزیستی روانشناختی بالا و کاهش شکایات جسمانی می‌شود (قدرتی و وزیري نکو، ۱۳۹۷). در تبیین دیگر می‌توان گفت، درمان فعال‌سازی رفتاری موجب مرتب شدن فعالیت‌های روزانه شده و از طریق افزایش فعالیت‌های لذتبخش خلق مثبت را در این بیماران افزایش دهد که به دلیل ارتباط تنگاتنگ ذهن و بدن بهبود خلق باعث کاهش استرس و افزایش آرامش و کاهش علایم روان - تنی می‌شود (فرشیدفر و همکاران، ۱۳۹۹).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بوده‌است. شرکت در تحقیق به صورت هدفمند و این مسأله تحقیق حاضر را با محدودیت روبرو کرده‌است. همچنین این پژوهش بر روی زنان صورت گرفته و نمی‌توان به جامعه مردان تعمیم داد. برای از بین بردن محدودیت‌ها و قضاوت دقیق‌تر پیرامون تأثیر

مداخله‌های پژوهش حاضر و تعمیم نتایج، انجام پژوهش‌های جامع‌تر در نمونه‌های گسترده‌تر در سایر جمعیت‌ها پیشنهاد می‌گردد. به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود که جهت تعمیم نتایج به جامعه بزرگتر، از هر دو جنس به عنوان نمونه استفاده نموده و نتایج را مورد مقایسه قرار دهند. پیشنهاد می‌شود، جهت کاهش دشواری در تنظیم هیجانی، نشخوار ذهنی و علایم روان - تنی زنان مبتلا به فشارخون بالا از درمان فعال سازی رفتاری بهره گرفته شود.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از پژوهش نویسنده اول در زمینه فعال سازی رفتاری در دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه است.

**حامی مالی:** این مطالعه به عنوان یک تحقیق شخصی و بدون حمایت مالی انجام شد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** نویسنده اول پژوهشگر و نویسنده دوم، نویسنده مسئول و استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور بودند.

**تضاد منافع:** نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از تمامی افرادی که در این مطالعه شرکت داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

### منابع

- ابراهیمی، س.، سجادیان، ا. (۱۳۹۹). تأثیر درمان فعال سازی رفتاری بر نشخوار فکری و اضطراب مرتبط با درد در زنان مبتلا به سرطان پستان. سلامت جامعه، ۲۰ (۳)، ۳۶-۲۶.
- باقری نژاد، م.، صالحی فدردی، ج.، طباطبایی، م. (۱۳۸۹). رابطه نشخوار فکری و افسردگی در نمونه ای از دانشجویان ایرانی. مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۱ (۱)، ۳۸-۲۱.
- تیمورپور، س.، اکبری، م. (۱۳۹۷). بررسی مکانیسم اثر بخشی درمان فعال سازی رفتاری (BA) از طریق انعطاف پذیری شناختی و انعطاف پذیری هیجانی بر علایم زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD). مجله روانشناسی شناختی، ۶ (۴)، ۱۳-۱.
- حاجلو، نادر. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان سنجی مقیاس شکایات روان — تنی تاکاتا و ساکاتا در بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰ (۳)، ۲۱۲-۲۰۴.
- رضاپور، پ.، بختیاری، م.، مسجدی آرانی، ع.، و کیانی مقدم، ا. (۱۳۹۹). اثر بخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری بر علایم افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی دانشجویان پزشکی (گزارش کوتاه). فصلنامه ابن سینا، ۲۲ (۲)، ۹۴-۹۰.

رهبران، ر.، کرمی، ر.، و شاه محمدی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش نشخوارفکری و اختلال افسردگی در نوجوانان. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۵۲)، ۲۶-۱۷.

زمستانی، م.، داودی، آ.، مهرابی زاده هنرمند، م.، و زرگر، ی. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب. مجله روانشناسی بالینی، ۵(۴)، ۸۴-۷۳.

شاره، ح. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه گروهی بر سبک‌های اسنادی، افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، مجله ی اصول بهداشت روانی، ۱۸(۴)، ۱۸۸-۱۷۹. شبه، ز.، فیضی، آ.، افشار، ح.، حسن زاده کشتلی، ع.، و ادیبی، ا. (۱۳۹۵). شناسایی نیمرخ‌های اختلالات روان — تنی و ارتباط آن با مشکلات روانی در یک جمعیت بزرگ سال ایرانی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۶(۱۳۷)، ۹۴-۸۲.

صید، ح.، رجائی، ع.، برجلی، م. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر افسردگی و بحران هویت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله علوم روانشناختی، ۱۹(۹۵)، ۱۵۱۷-۱۵۰۷. عطایی مغانلو، ر.، عطایی مغانلو، و.، باباپور خیرالدین، ج.، پور شریفی، ح.، و پیشوایی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی امیددرمانی گروهی بر بهزیستی ذهنی، پذیرش و نشخوار فکری بیماران HIV مثبت. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۸(۵)، ۲۷۴-۲۶۵.

فرشیدفر، ز.، رحیمیان بوگر، ا.، اسدی، ج.، و ایزدپناهی، پ. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله ارمغان دانش، ۲۵(۳)، ۲۷۵-۲۹۲.

قدرتی، س.، وزیری نکو، ر. (۱۳۹۷). اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر بهزیستی روانشناختی و انعطاف‌پذیری روانشناختی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران. علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۳۶(۴)، ۲۴۰-۲۳۳.

قدرتی اصفهانی، ز.، مرادی، ا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی در دانشجویان دختر خوابگاهی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۲۰(۸۳)، ۲۶۰-۲۶۸.

محمود علیلو، م.، هاشمی نصرت آباد، ت.، و هاشمی، زهره. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و افکار ناکارآمد در اختلال افسردگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۳(۶)، ۹۴-۸۹.

موسوی، س.، مهدی زادگان، ا.، و آقای، اصغر. (۱۳۹۳). رابطه رضایت زناشویی و شکایات روان — تنی با بهزیستی روان شناختی دبیران زن دوره متوسطه شهرستان شهرکرد. زن و مطالعات خانواده، ۷ (۲۳)، ۱۴۵-۱۶۰.

- Chartier, I. S., & Provencher, M. D. (2013). Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 299-292.
- Dimidjian, S. Goodman, S. H. Sherwood, N. E. Simon, G. E. Ludman, E. Gallop, R. Hubley, S. (2017). A pragmatic randomized clinical trial of behavioral activation for depressed pregnant women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(1), 26-31.
- Kanter, J. W., Manos, R.C., Bowe, W. M., Baruch, D.E., Busch, A. M, Rusch, L.C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clini Psychol Rev*, (30): 608–620.
- Lee, J., Ford, C. G., McCluskey, D. L., Hopkins, P. D., McNeil, D. W., & Shook, N. J. (2022). Testing the Effectiveness of Brief Behavioral Activation Treatment for Depression—Revised: Changes in Depression, Anxiety, Dysfunctional Attitudes, and Mindfulness. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 44, 456–468.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. Guilford Press.
- Mazzucchelli, T. G., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *The journal of Positive Psychology*, 5(2), 105-121.
- Moshier, S. J & Otto, M. W. (2017). Behavioral activation treatment for major depression: a randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. *Journal of Affective Disorder*, 210, 265-8.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561-570.
- Pavlov, S. V., Reva, N. V., Loktev, K. V., Tummylis, A. V., Korenyok, V. V., & Aftanas, L. I. (2014). The temporal dynamics of cognitive reappraisal: Cardiovascular consequences of downregulation of negative emotion and upregulation of positive emotion. *Psychophysiology*, 51(2):178-86.
- Radstaak, M., Geurts, S. A., Brosschot, J. F., Cillessen, A. H., & Kompier, M. A. (2011). The role of affect and rumination in cardiovascular recovery from stress. *International Journal of Psychophysiology*, 18(3), 44-237.
- Ryff, C.D., Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9 (1), 1-28.

- Trudel-Fitzgerald, C., Gilsanz, P., Mittleman, M. A., & Kubzansky, L.D. (2015). Dysregulated blood pressure: Can regulating emotions help? *Curr Hypertens Rep.* 17(12): 92.
- Walsh, S., Moseley, G. L., Gray, R. G., Gillam, M., Gunn, K. M., Barker, T., Tran, K., Eshetie, T., & Jones, M. (2022). Use of behavioural activation to manage pain: a systematic scoping review. doi: 10.1136/bmjopen-2021-056404.
- Zinchenko, Y. P., Pervichko, E.I, Ostroumova, O.D. (2013). Psychophysiological mechanisms of mental stress reactions in patients with "hypertension at work and patients with essential hypertension: a comparative analysis. *Psycho in Russia: State of the Art.* 6(3): 77-93.

---

**The effectiveness of Behavioral Activation on mental rumination, emotion regulation and psychological symptoms in female patients with high blood pressure****Abstract**

Research has shown that hypertension is a medical condition which adversely affects the patients' psychological characteristics. Furthermore, the relevant studies have indicated that behavioral activation may have a beneficial impact on the psychological well-being of patients who suffer from different medical conditions. Notwithstanding, there is a lack of research on the effect of this approach on the psychological characteristics of hypertensive patients. The present study strived to determine the effect of behavioral activation on hypertensive Patients' mental rumination, emotion regulation, and psychosomatic symptoms. This study adopted a pretest-treatment -posttest quasi-experimental design to attain its objectives. More specifically, first, the researchers selected a sample of 30 hypertensive female patients from among the female patients who referred to Petroleum Industry Health Organization in Tabriz (Iran). Second, they randomly assigned the participants to an experimental group and a control group. Third, they administered Ruminative Response Scale (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), Psychosomatic Complaints Scale (Tanaka & Sakata, 2004), and Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz & Roemer, 2004) to the groups of the study as pretests. Fourth, the researchers provided the experimental group with behavioral activation treatment during 10 sessions. Instead of (two, three, four, five, ) use the words like : then.... Afterwards then they administered the relevant questionnaires of the study to the groups as posttests. Finally, they analyzed the data using SPSS 23. Based on the results, behavioral activation significantly reduced hypertensive patients' mental rumination, alleviated their psychosomatic symptoms, and improved their emotion regulation ( $p < 0.05$ ). It was concluded that behavioral activation can be used to improve the psychological well-being of female hypertensive patients.

**Keywords:** behavioral activation, mental rumination, emotion regulation, psychosomatic symptoms, hypertension