رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۱۹، اردیبهشت ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(2), 2026

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به پرفشاری خون

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Psychological Capital Dimensions of Patients with Hypertension

زینب قلی پور کرین
گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
دکتر بهمن اکبری (نویسنده مسئول)
گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
دکتر سیده مریم موسوی
گروه پرستاری و مامایی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

Zeinab Gholipour Karin
Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.
Dr. Bahman Akbari *
Department of Psychology, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran. bahmanakbari@iau.ac.ir
Dr. Seyedeh Maryam Mousavi
Department of Nursing and Midwifery, Ra.C., Islamic Azad University, Rasht, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شد. روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه این پژوهش شامل بیماران مبتلا به فشار خون مراجعه‌کننده به بیمارستان حشمت شهر رشت در سال ۱۴۰۴ بود. از این‌جامعه، ۴۵ نفر داوطلب واجد شرایط به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تخصیص یافتند. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه سرمایه‌های روان‌شناختی (لوتانز، ۲۰۰۷) (PCQ) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که نمرات پیش‌آزمون متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشت (P<۰/۰۵). همچنین نتایج دلالت بر این داشت که بین دو درمان در طول زمان تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵)؛ که نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان ذهن‌آگاهی بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت هر دو درمان بر افزایش ابعاد سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مؤثر می‌باشند؛ اما درمان بر پذیرش و تعهد مؤثرتر است.

واژه‌های کلیدی: *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، سرمایه‌های روان‌شناختی، امیدواری، تاب‌آوری، خودکارآمدی، خوش‌بینی، پرفشاری خون.*

Abstract

This research aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) on psychological capital dimensions of patients with hypertension. The present research method was a type of quasi-experimental study with pre-test, post-test, and a control group design with a two-month follow-up period. The population of this study included patients with hypertension who were referred to Heshmat Hospital in Rasht in 2025. From this population, 45 eligible volunteers were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and a control group. The research questionnaire was the Psychological Capital Questionnaire (Luthans, 2007) (PCQ). Repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test were used to analyze the data. The results showed that the pre-test scores of the psychological capital variable and its components had a significant difference with the post-test and follow-up scores (P>0.05). Also, the results indicated that there was a significant difference between the two treatments over time (P>0.05), which shows the greater effectiveness of ACT than MBSR. Therefore, it can be concluded that both treatments are effective on psychological capital dimensions in patients with hypertension; But ACT was more effective.

Keywords: *Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy, Psychological Capital, Hope, Resilience, Self-Efficacy, Optimism, Hypertension.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت: آبان ۱۴۰۴** | **پذیرش: آذر ۱۴۰۴** | **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۵**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.119]

مقدمه

در سراسر جهان، حدود ۱/۳ میلیارد بزرگسال مبتلا به فشار خون بالا هستند که یک عامل خطر برای بیماری‌های قلبی عروقی و مرگ و میر زودرس است (فلک[1] و همکاران، ۲۰۲۵). فشار خون بالا یکی از سه بیماری شایع بشریت است و تصور می‌شود که حدود ۳۰٪ از جمعیت جهان از فشار خون بالا رنج می‌برند. سردرد، سرگیجه، وزوز گوش، تاری دید، و تنگی نفس شایع‌ترین علائم فشار خون بالا هستند (تودوروووسکا[2] و همکاران، ۲۰۲۵). پرفشاری خون از جمله بیماری‌هایی است که با بالارفتن سن احتمال وقوع آن افزایش می‌یابد و به علت نداشتن علامت‌های آشکار و قابل تشخیص، به‌عنوان قاتل خاموش شناخته می‌شود (ال‌وی[3] و همکاران، ۲۰۲۵). شیوع پرفشاری خون در مناطق مختلف جهان از ۴ تا ۷۸ درصد گزارش شده است. در منطقه مدیترانه شرقی به‌طور متوسط ۲۹/۵ درصد و در ایران ۲۲ درصد است (ربیع پور و همکاران، ۲۰۲۴). اگرچه در ۲۵ سال گذشته پیشرفت‌های قابل توجهی در مدیریت پرفشاری خون حاصل شده است، اما این بیماری، هم‌چنان بیماران را با محدودیت‌هایی در زندگی مواجه کرده است (برادری و همکاران، ۱۳۹۹).

تحقیقات نشان می‌دهند که در بیماران مزمن از جمله بیماران مبتلا به پرفشاری خون سرمایه‌های روان‌شناختی دچار افول می‌شود (ژو و لیو[4]، ۲۰۲۵؛ برادری و همکاران، ۱۳۹۹). سرمایه‌های روان‌شناختی، زیرمجموعه‌ای از روانشناسی مثبت‌گرا و به‌عنوان یک وضعیت مثبت و رشدکننده روانی تعریف می‌شود که شامل عواملی چون تعهد و تلاش برای موفقیت در وظایف چالش‌برانگیز (خودکارآمدی)، نگرش مثبت نسبت به موفقیت‌های حال و آینده (خوش‌بینی)، استقامت در پیگیری اهداف برای دست‌یابی به موفقیت (امیدواری) و توانایی مقابله با سختی‌ها و چالش‌ها (تاب‌آوری) است (لوتانز[5] و همکاران، ۲۰۰۷). انسان‌ها در برابر بیماری‌ها به‌ویژه بیماری‌های مزمن که نیاز به درمان و مراقبت مادام‌العمر دارد، معمولاً دچار مشکلات روان‌شناختی می‌شوند و برخی از آن‌ها نیز که تاب‌آوری بیشتری دارند، سعی می‌کنند خود را با شرایط و تبعات آن سازگار کنند (شاه علیزادگان و همکاران، ۱۴۰۰). فشار خون بالا نیز یک بیماری مزمن است که تحت‌تأثیر استرس، رفتار و پای‌بندی به درمان قرار می‌گیرد (ربیع پور و همکاران، ۱۴۰۱). سرمایه‌های روان‌شناختی می‌تواند بر حل مسئله و پشتکار در تغییر سبک زندگی شامل پای‌بندی به دارو، رژیم غذایی، فعالیت، خواب و مصرف الکل، نحوه پاسخ به چالش‌های فشار خون، و اضطراب و افسردگی کمتر، که با پیامدهای قلبی عروقی بیشتر مرتبط هستند، اثرگذار باشد (برادری و همکاران، ۱۳۹۹).

طبق ادبیات پژوهش، یکی از درمان‌هایی که می‌تواند بر افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون تأثیرگذار باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (پیرفلک و همکاران، ۲۰۲۴؛ آقاجان پوریان و همکاران، ۱۴۰۳). این رویکرد که توسط استیون هیز ارائه شده است و شش مفهوم اصلی شامل پذیرش، یعنی تمایل به تجربه افکار، احساسات و عواطف بدون اجتناب؛ گسلش شناختی، یعنی مشاهده افکار به عنوان رویدادهای ذهنی گذرا به‌جای حقایق عینی؛ حضور در زمان حال، یعنی تماس آگاهانه و بدون قضاوت با لحظه فعلی؛ خود به عنوان زمینه، حسی از خود که از افکار و احساسات متمایز است؛ شفاف‌سازی ارزش‌ها، شناسایی جهت‌گیری‌های معنادار شخصی؛ و اقدام متعهدانه، اتخاذ رفتار همسو با ارزش‌ها دارد (هیز[6]، ۲۰۱۶). این درمان از طریق ذهن‌آگاهی، پذیرش عاطفی و گسلش شناختی برای رساندن افراد به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تلاش می‌کند تا با آگاهی از فرآیندهای شناختی و واکنش‌های عاطفی و ارزش‌هایی که افراد را در رابطه نگه می‌دارد، بتواند متعهدانه عمل کنند (شاه علیزادگان و همکاران، ۱۴۰۰). یکی از ویژگی‌های برجسته این درمان، این است که بر خلاف شناخت‌درمانی سنتی، سعی در تغییر محتوای افکار و باورهای مراجع ندارد (پیرفلک و همکاران، ۲۰۲۴). در همین راستا، اسکندری و همکاران (۲۰۲۱) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر سرمایه‌های روان‌شناختی زنان نشان دادند. پژوهش سعیدی و همکاران (۱۴۰۰) نیز نشان داد که درمان پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روان‌شناختی تاثیر بسزایی دارد. علاوه بر این، پیرفلک و همکاران (۲۰۲۴)، چگنی و همکاران (۱۴۰۳)؛ و آقاجان پوریان و همکاران (۱۴۰۳) نیز در مطالعات خود به نتایج مشابهی دست یافتند.

یکی دیگر از رویکردهایی که پیشینه مطالعه، اثربخشی آن را بر سرمایه‌های روان‌شناختی نشان داده‌اند، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی است (المروانی[7] و همکاران، ۲۰۲۵؛ شریفیان مطلق و طاهر، ۱۴۰۴). این روش اولین بار توسط کابات زین[8] برای کاهش

1 Flack
2 Todorovska
3 LV
4 Zou & Liu
5 Luthans
6 Hayes
7 Almarwani
8 Kabat-Zinn

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.119]

استرس و مقابله با درد جسمانی استفاده شد. سپس برای درمان مشکلات روان‌شناختی کاربرد پیدا کرد و نتایج سودمندی از آن گزارش گردید (کابات زین، ۲۰۰۵؛ میرزاپور و همکاران، ۲۰۲۵). مداخلات ذهن‌آگاهی با هدف کاهش علائم روان‌شناختی پریشانی و بهبود ابعاد مختلف زندگی به‌طور فزاینده‌ای هم در زمینه سلامت روان و هم جسم به‌کار رفته است (ربیع پور و همکاران، ۲۰۲۴). یافته‌های پژوهشی بیانگر آن است که ذهن‌آگاهی می‌تواند با ایجاد پردازش‌های مثبت، بین استرس‌های عمومی و استرس ناشی از بیماری و پیامدهای آن میانجی‌گری کند و تا حدود زیادی از شدت این پیامدها بکاهد (چوی[1] و همکاران، ۲۰۲۵). در همین راستا، نتایج مطالعه شریفیان مطلق و طاهر (۱۴۰۴)، نشان داد آموزش ذهن‌آگاهی با بهره‌گیری از فنونی همانند افکار- هیجانات و رفتار آگاهانه می‌تواند به‌عنوان رویکردی مؤثر برای افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی مورد استفاده قرار گیرد. حاتمی برزیان و همکاران (۱۴۰۴)؛ و کیروش-گونزالس[2] و همکاران (۲۰۲۴)، در مطالعات خود تأثیر یک برنامه ذهن‌آگاهی را بر سرمایه‌های روان‌شناختی نشان دادند. همچنین میرزاپور و همکاران (۲۰۲۵)، اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی را بر سرمایه روان‌شناختی افراد مبتلا به ایدز در ایران نشان دادند. در پژوهش‌های دیگری نیز اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن تأیید شده است (چوی و همکاران، ۲۰۲۵؛ المروانی و همکاران، ۲۰۲۵).

در مجموع، پرفشاری خون تبعات سنگینی چون بیماری قلبی عروقی، سکته،های مغزی و قلبی، عملکرد شناختی مختلف و آسیب به ارگان‌های مختلف بدن را در پی دارد (تودوروسکا و همکاران، ۲۰۲۵). تقریباً ۲۰٪ از کل مرگ و میرها به فشار خون بالا نسبت داده می‌شود که بار اقتصادی جهانی آن ۳۷۰ میلیارد دلار است که معادل حدود ۱۰٪ از کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی است. لذا، فشار خون بالا یک اولویت بهداشت جهانی است که نیاز به مدیریت مؤثر برای کاهش بار بیماری‌های مرتبط با فشار خون دارد (فلک و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین از سویی مداخلات روان‌شناسی در این حوزه کمتر انجام شده و بیشتر به کنترل دارو و سبک غذا محدود شده است. بنابراین یکی از حوزه‌هایی می‌باشد که نیاز به تامل و بررسی و پژوهش در آن یک خلاء محسوب می‌شود. هدف از مقایسه دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی این بود که در مطالعه ادبیات و پیشینه این تحقیق نشان داده شد که هر کدام از این درمان‌ها به‌تنهایی بر سرمایه‌های روان‌شناختی اثربخش هستند؛ اما با توجه به اینکه هر رویکردی ممکن است مناسب حال طیفی از بیماران باشد، مشخص نیست کدام‌یک از دو روان‌درمانی بر متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون اثربخش‌تر و کارآمدتر است. با وجود آن‌که تحقیقاتی در زمینه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روان‌شناختی انجام‌شده است؛ اما در گروه بیماران مبتلا به پرفشاری خون تحقیقی یافت نشد. این در حالی است با توجه به این‌که ابتلاء به پرفشاری خون عمدتاً در سنین بالاتر رخ می‌دهد، ممکن است به ویژه برای جمعیت بیماران مسن مناسب باشد؛ زیرا با گرایش‌های مرتبط با سن برای پذیرش بیشتر احساسات منفی و ارزیابی مجدد ارزش‌های شخصی همسو است (ویتلوکس[3] و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین در اهمیت مقایسه این دو رویکرد و نقاط قوت و ضعف آن‌ها می‌توان گفت اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی برخی عناصر مشترک دارند، اما فرآیندهای متفاوتی را هدف قرار می‌دهند. چون مکانیسم‌های تغییر در درمان پذیرش و تعهد، از طریق شش فرآیند اصلی، پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، بر سرمایه‌های روان‌شناختی تأثیر می‌گذارد (هیز، ۲۰۱۶)؛ بنابراین، اگر در افراد مهارت‌های درمان پذیرش و تعهد، مانند گسلش فکر از عمل، پذیرش شرایط غیرقابل تغییر، متعهد بودن به ارزش‌ها، و انعطاف‌پذیری ایجاد گردد، ممکن است نسبت به درمان ذهن‌آگاهی، که در صورت کنار گذاشتن طولانی تکنیک‌ها، احتمال برگشت وجود دارد، اثر ماندگارتری را شاهد باشیم. از سویی، این مشکل در درمان پذیرش و تعهد وجود دارد که ممکن است برخی در ابتدا برای پذیرش مقاومت کنند یا با گسلش و کار با ارزش‌ها مشکل داشته باشند؛ زیرا کار ارزشی معنادار و تغییر رفتار، نیاز به تعهد مداوم و طولانی‌مدت دارد. همچنین اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل تمرینات ذهن‌آگاهی نیز می‌باشد؛ اما درمان پذیرش و تعهد نسبت به درمان ذهن‌آگاهی، دارای تکالیف بیشتری می‌باشد و ممکن است افرادی که دارای سواد کمتر، سن بالاتر یا عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شدید هستند، نتوانند تکالیف را به خوبی انجام داده، مفاهیم آن را به خوبی درک کنند، یا نیاز به جلسات طولانی داشته باشند؛ بنابراین برای این دسته از افراد، تمرینات ذهن‌آگاهی آسان‌تر است. از سویی، چون تمرینات ذهن‌آگاهی باید مداوم و در خانه نیز انجام گردد؛ ممکن است برای برخی از بیماران سخت باشد. همچنین پایبندی در این درمان، حتی بعد از جلسات درمانی مهم است تا مزایای آن کاهش پیدا نکند (ونزل[4] و همکاران، ۲۰۲۳). نتیجه‌گیری قطعی مبنی بر اینکه از دیدگاه سلامت-اقتصادی، کدام‌یک

1 Choi
2 Quiroz-González
3 Witlox
4 Wenzel

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.119]

به‌صرفه‌تر است وجود ندارد؛ چون هم‌چنان نتایج متناقض و محدود هستند. با توجه به آنچه ذکر شد، پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به فشار خون مراجعه‌کننده به بیمارستان حشمت شهر رشت در نیمه اول سال ۱۴۰۴ بود. از این‌جامعه، ۴۵ نفر داوطلب واجد شرایط به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، ابتلاء به پرفشاری خون اولیه (اساسی)[1] طبق پرونده پزشکی، کسب نمره کم‌تر از ۸۰ از پرسشنامه سرمایه‌های روان‌شناختی، توانایی خواندن و نوشتن، طیف سنی ۶۵ -۳۵ سال، نداشتن بیماری مزمن و شدید جسمانی یا روانی بود. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم رغبت و همکاری با پژوهشگر در زمینه انجام تکالیف، و شرکت در جلسات روان‌درمانی هم‌زمان بود. پس از نمونه‌گیری اولیه که ۴۵ نفر بودند، نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تخصیص یافتند و پرسشنامه سرمایه‌های روان‌شناختی جهت پیش‌آزمون تکمیل شد. سپس برای گروه آزمایش اول، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک بار) درمان پذیرش و تعهد؛ و برای گره آزمایش دوم، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک بار) درمان ذهن‌آگاهی ارائه گردید. گروه کنترل در همان زمان مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس در مورد هر سه گروه پس‌آزمون با پرسش‌نامه سرمایه‌های روان‌شناختی اجرا شد و در پایان بعد از گذشت دو ماه، آزمون پیگیری با استفاده از پرسش‌نامه مذکور انجام شد. قابل ذکر است اصول اخلاقی پژوهش از جمله تمایل شرکت‌کنندگان به حضور در پژوهش و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، آگاهی شرکت‌کنندگان از هدف پژوهش، پیشگیری از هرگونه آسیب جسمی، روانی یا اجتماعی بالقوه به شرکت‌کنندگان، آگاهی شرکت‌کنندگان از مزایا یا خطرات احتمالی، ناشناس بودن شرکت‌کنندگان، محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان و رعایت حریم خصوصی، نظارت روان‌شناس بالینی، اجازه خروج از پژوهش بدون جریمه برای شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش، قرار دادن نتایج در اختیار شرکت‌کنندگان (در صورت علاقمندی)، تحلیل و تفسیر دقیق اطلاعات، همان‌طور که از شرکت‌کنندگان کسب شد و عدم مبالغه در نتیجه‌گیری‌ها، در مطالعه حاضر رعایت گردید. همچنین جهت رعایت اخلاق در پژوهش، پس از پایان پژوهش، برای گروه کنترل درمان پذیرش و تعهد ارائه گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار Spss نسخه ۲۶ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامۀ سرمایۀ روان‌شناختی[2](PCQ) : پرسشنامه سرمایه‌های روان‌شناختی را لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) تهیه کردند. این پرسشنامه از ۲۴ گویه و چهار زیرمقیاس خودکارآمدی[3] (سوالات ۱ تا ۶)، امیدواری[4] (سوالات ۷ تا ۱۲)، تاب‌آوری[5] (سؤالات ۱۳ تا ۱۸) و خوش‌بینی[6] (سؤالات ۱۹ تا ۲۴) تشکیل شده است. هر زیرمقیاس این پرسشنامه شش ماده دارد که آزمودنی به هر ماده بر مبنای مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (کاملًا مخالفم تا کاملا موافقم: نمره ۱ تا ۶) پاسخ می‌دهد. به منظور محاسبه نمره سرمایه روان‌شناختی، در ابتدا نمره هر زیرمقیاس جداگانه محاسبه می‌شود و سپس با جمع نمرات، نمره کل به دست می‌آید. حداقل نمره ۲۴ و حداکثر ۱۴۴ است. در پژوهش لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی و نمره کل پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۸۴ و ۰/۸۸ گزارش شده است. روایی سازه این پرسشنامه توسط طراحان آن با روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد تایید و چهار عامل خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی نشان داد. نسبت خی دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ ؛ و آماره‌های CFI، RMSEA در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ بودند. همچنین در ایران، ضریب

1 Primary (essential) hypertension
2 Psychological Capital Questionnaire
3 Self-efficacy
4 Hope
5 Resilience
6 Optimism

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.119]

پایایی برای این ابزار در پژوهش نیک سیرت و همکاران (۱۴۰۳) با روش آلفا کرونباخ بررسی و برای زیرمقیاس‌های خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی و نمره کل پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۴، ۰/۸۵، ۰/۸۷ و ۰/۸۰ به دست آمده است. همچنین ضرایب روایی محتوایی برای تمامی عبارت‌ها در سطح مطلوبی قرار داشت. شاخص روایی محتوا برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۴ و شاخص نسبت روایی محتوا برابر با ۱/۰۰ به دست آمد. در مطالعه حاضر، پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و نمره کل پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۷۷ و ۰/۹۶ به دست آمد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[1]: جلسات مداخله گروه اول در مطالعه حاضر، مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجود در کتاب هیز و استروسهل ترجمه اکرم خمسه (۱۴۰۴) بود. جلسات درمانی به شکل گروهی و طی ۸ جلسه۹۰ دقیقه‌ای، یک‌بار در هفته، برای گروه مداخله اول اجرا شد. خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول۲: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	خلاصه اهداف و محتوای جلسات
جلسه اول	تبیین پژوهش موردنظر، معارفه و آشنایی اعضاء با یکدیگر در گروه، آگاهی دادن به اعضا با ماهیت بیماری‌شان و نقش عوامل روان‌شناختی در بروز و تشدید علائم، تعیین اهداف و انتظار بیمار از درمان ایجاد رابطه حسنه در فضایی امن و دوستانه، آشنایی با قوانین و هنجارهای گروه و توافق بر سر آن‌ها، صحبت درباره بیماری پرفشاری خون، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش‌وتعهد
جلسه دوم	شناسایی رفتارهای مشکل‌دار اعضا، مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و. . . ، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر
جلسه سوم	بیان تفاوت دنیای درون و بیرون، استفاده از استعاره‌ها، افزایش آگاهی به برنامه مهارکردن، کاهش وابستگی به آن، کمک به اعضا در جهت پی‌بردن به بیهودگی راهبردهای مهارکردن
جلسه چهارم	انتقال مفهوم ذهن‌آگاهی از طریق تمرین‌های مرتبط: تنفس، خوردن و راه رفتن آگاهانه و. . .، تسهیل فهم معنای تمایل و پذیرش، افزایش توانایی اعضا جهت فضا دادن به احساسات و تجربیات ناخوشایند
جلسه پنجم	تمرین ذهن‌آگاهی، مشاهده‌گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب شناختی، تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش
جلسه ششم	تأثیر همجوشی‌زدایی در زندگی، انتقال مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گر، با استفاده از استعاره صفحه شطرنج، آسمان و. . . کاهش وابستگی به خود مفهومی‌شده، ایجاد آگاهی از خود به‌عنوان زمینه
جلسه هفتم	سنجش اولیه ارزش‌ها با استفاده از استعاره چوب جادویی، تصریح ارزش‌ها، درک تفاوت ارزش‌ها و اهداف، درک اهمیت زندگی مبتنی بر ارزش
جلسه هشتم	بحث در مورد ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش‌ها، ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش‌ها، مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن، بررسی فرآیند و تجارب گروه، بررسی مسایل ناتمام، جمع‌بندی و خاتمه‌دادن و گرفتن پس‌آزمون.

درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی[2]: این درمان توسط جان کابات زین در اوایل دهه ۱۹۸۰ ایجاد شد که با هدف کاهش استرس از طریق افزایش مهارت ذهن‌آگاهی ایجادشده از طریق روش‌های مدیتیشن منظم انجام می‌شود (کابات- زین، ۲۰۰۵). جلسات درمانی به شکل گروهی و طی ۸ جلسه۹۰ دقیقه‌ای، یک‌بار در هفته، برای گروه مداخله دوم اجرا شد. خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول۳: جلسات مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	خلاصه اهداف و محتوای جلسات
جلسه اول	تبیین پژوهش موردنظر، معارفه و آشنایی اعضاء با یکدیگر در گروه، آگاهی دادن به اعضا با ماهیت بیماری‌شان و نقش عوامل روان‌شناختی در بروز و تشدید علائم، تعیین اهداف و انتظار بیمار از درمان ایجاد رابطه حسنه، تمرین خوردن کشمش، انجام تمرین وارسی بدنی، ارائه تکلیف خانگی، توزیع سی دی‌ها و جزوات جلسه و توضیح در مورد روش درمان ذهن‌آگاهی.

1 Acceptance and Commitment Therapy
2 Mindfulness based stress reduction

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.119]

جلسه دوم	تمرین افکار و احساسات و ارائه تکلیف خانگی، ثبت وقایع خوشایند و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	مراقبه ی نشسته، راه رفتن ذهن‌آگاه و فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	مراقبه‌ی دیدن و شنیدن و مراقبه نشسته و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	مراقبه نشسته و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ششم	مراقبه نشسته تجسم، سناریوهای مبهم و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	اشاره به ارتباط بین خلق و فعالیت، بحث در مورد نشانه‌های عود و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هشتم	بازنگری مطالب گذشته، وارسی بدن، انعکاس، پسخوراند، ارائه تکلیف خانگی و شیء یادآورنده، بررسی اهداف و گرفتن پس‌آزمون.

یافته ها

در مطالعه حاضر، ۴۵ بیمار مبتلا به فشار خون در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل (هرکدام ۱۵ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۵۲/۳۳ (۶/۲۲) سال؛ درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ۵۲/۰۶ (۸/۶۷) سال؛ و گروه کنترل، ۵۲/۶۰ (۶/۵۶) سال بود. مقایسه میانگین‌های سه گروه با استفاده از آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین سن در سه گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت ($f=۰/۰۲$ ،$p=۰/۹۸۰$). علاوه بر این، بین گروه‌ها از لحاظ جنسیت ($X2=۰/۵۳۶$ ،$p=۰/۷۷۰$) ، وضعیت تحصیلات ($X2=۳/۴۵۰$ ،$p=۰/۷۵۰$) ، وضعیت تأهل ($X2=۳/۹۸۳$ ،$p=۰/۴۱۰$) ، سابقه بیماری پرفشاری خون در خانواده ($X2=۰/۶۸۲$ ،$p=۰/۷۱۰$) ، و همچنین طول مدت بیماری ($X2=۱/۴۷۶$ ،$p=۰/۸۳۰$) ، تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ که بیانگر آن است هر سه گروه در این متغیرها همگن هستند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۳: اطلاعات توصیفی متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی

متغیر	گروه	مراحل آزمون						شاپیرو-ویلک	
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری			
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره	معنی‌داری
خودکارآمدی	درمان پذیرش و تعهد	۱۹.۸۶	۲.۷۴	۳۲.۸۶	۱.۶۸	۳۲.۴۶	۱.۹۹	۰.۹۰	۰.۱۱
	درمان ذهن‌آگاهی	۲۰.۲۶	۲.۱۸	۲۷.۴۰	۱.۶۳	۲۷.۲۰	۱.۶۱	۰.۹۱	۰.۱۵
	کنترل	۲۰.۰۰	۲.۷۵	۱۹.۶۶	۲.۵۵	۱۹.۵۳	۲.۸۵	۰.۸۵	۰.۲۰
تاب آوری	درمان پذیرش و تعهد	۱۸.۲۶	۱.۷۹	۲۶.۲۰	۱.۵۲	۲۶.۰۰	۱.۶۹	۰.۹۵	۰.۵۰
	درمان ذهن‌آگاهی	۱۸.۴۰	۱.۸۸	۲۱.۲۶	۲.۴۶	۲۰.۸۰	۲.۵۹	۰.۹۲	۰.۱۷
	کنترل	۱۷.۸۶	۲.۲۶	۱۷.۷۳	۱.۹۴	۱۷.۴۶	۱.۸۰	۰.۹۳	۰.۲۴
امید	درمان پذیرش و تعهد	۱۹.۳۳	۱.۶۳	۳۰.۳۳	۲.۳۱	۳۰.۶۰	۲.۰۶	۰.۸۸	۰.۰۶
	درمان ذهن‌آگاهی	۱۹.۴۶	۲.۳۲	۲۴.۳۳	۱.۸۳	۲۴.۱۳	۱.۷۲	۰.۹۴	۰.۳۹
	کنترل	۱۹.۶۰	۲.۶۹	۱۹.۴۰	۲.۵۸	۱۹.۳۳	۲.۹۶	۰.۸۸	۰.۰۶
خوش بینی	درمان پذیرش و تعهد	۱۷.۷۳	۱.۹۰	۲۵.۶۰	۱.۷۲	۲۵.۳۳	۱.۷۹	۰.۹۲	۰.۲۰
	درمان ذهن‌آگاهی	۱۷.۸۶	۲.۲۹	۲۱.۶۶	۲.۳۱	۲۱.۸۰	۲.۰۷	۰.۹۸	۰.۹۲
	کنترل	۱۸.۲۰	۲.۰۷	۱۸.۳۳	۲.۱۹	۱۸.۲۰	۲.۴۵	۰.۹۴	۰.۴۴
نمره کل	درمان پذیرش و تعهد	۷۵.۲۰	۴.۵۵	۱۱۵	۳.۸۵	۱۱۴.۴۰	۳.۷۳	۰.۹۴	۰.۳۹
	درمان ذهن‌آگاهی	۷۶.۰۰	۴.۵۵	۹۴.۶۶	۶.۱۹	۹۳.۹۳	۵.۷۵	۰.۹۶	۰.۶۵
	کنترل	۷۵.۶۶	۵.۹۳	۷۵.۱۳	۶.۰۴	۷۴.۵۳	۵.۹۹	۰.۹۶	۰.۷۷

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.119]

مطابق نتایج جدول ۳، میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری نمره کل سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن در شرکت‌کنندگان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشت؛ اما در گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین با توجه به نتایج آزمون نرمالیتی (شاپیرو-ویلک) برای متغیرهای مورد بررسی در سه گروه، مشخص شد که متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن از توزیع نرمال برخوردار بودند (p > ۰.۰۵). به‌منظور بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که با توجه به نمرات آماره لون و معنی‌داری در پیش‌آزمون (P= ۰/۶۸ و ۰/۳۹)، پس‌آزمون (P= ۰/۱۶ و ۱/۹۳)، و پیگیری (P= ۰/۱۸ و۱/۷۷)، پیش‌فرض همگنی واریانس خطا در مورد نمره کل سرمایه‌های روان‌شناختی برقرار بود (p>۰/۰۵). آزمون ام.باکس نیز با نمره (P= ۰/۱۶۰ و B=۲۸/۹۱) برای نمره کل سرمایه‌های روان‌شناختی معنی‌دار نیست؛ در نتیجه یکسانی ماتریس کواریانس برقرار بود. همچنین پیش‌فرض آزمون ماوچلی یا همگونی ماتریس واریانس برای نمره کل سرمایه‌های روان‌شناختی (P= ۰/۶۱ و M=۰/۳۵) برقرار بود. بنابراین با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های مذکور، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه گردیده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
خودکارآمدی	اثرهای درون گروهی (اثر زمان)	۱۲۶۰.۱۹	۲.۰۰	۶۳۰.۱۰	۳۰۲.۴۱	<۰/۰۰۱	۰.۸۸
	اثرهای بین گروهی (اثر گروه)	۱۷۱۳.۷۰	۲.۰۰	۸۵۶.۸۵	۷۵.۲۶	<۰/۰۰۱	۰.۷۸
	خطا	۴۷۸.۱۸	۴۲.۰۰	۱۱.۳۹			
	اثرتعاملی زمان در گروه	۸۷۶.۱۲	۴.۰۰	۲۱۹.۰۳	۱۰۵.۱۲	<۰/۰۰۱	۰.۸۳
تاب آوری	اثرهای درون گروهی (اثر زمان)	۳۴۸.۹۸	۲.۰۰	۱۷۴.۴۹	۹۲.۸۴	<۰/۰۰۱	۰.۶۹
	اثرهای بین گروهی (اثر گروه)	۷۶۲.۵۳	۲.۰۰	۳۸۱.۲۷	۴۴.۶۳	<۰/۰۰۱	۰.۶۸
	خطا	۳۵۸.۸۰	۴۲.۰۰	۸.۵۴			
	اثرتعاملی زمان در گروه	۳۳۷.۱۶	۴.۰۰	۸۴.۲۹	۴۴.۸۵	<۰/۰۰۱	۰.۶۸
امید	اثرهای درون گروهی (اثر زمان)	۸۱۸.۱۵	۲.۰۰	۴۰۹.۰۷	۱۹۵.۳۹	<۰/۰۰۱	۰.۸۲
	اثرهای بین گروهی (اثر گروه)	۱۲۰۸.۹۰	۲.۰۰	۶۰۴.۴۵	۵۲.۹۲	<۰/۰۰۱	۰.۷۲
	خطا	۴۷۹.۷۳	۴۲.۰۰	۱۱.۴۲			
	اثرتعاملی زمان در گروه	۶۴۹.۹۹	۴.۰۰	۱۶۲.۵۰	۷۷.۶۱	<۰/۰۰۱	۰.۷۹
خوش بینی	اثرهای درون گروهی (اثر زمان)	۴۵۳.۸۸	۲.۰۰	۲۲۶.۹۴	۱۵۹.۳۹	<۰/۰۰۱	۰.۷۹
	اثرهای بین گروهی (اثر گروه)	۴۸۵.۷۹	۲.۰۰	۲۴۲.۹۰	۲۳.۱۹	<۰/۰۰۱	۰.۵۲
	خطا	۴۳۹.۸۷	۴۲.۰۰	۱۰.۴۷			
	اثرتعاملی زمان در گروه	۲۹۴.۵۲	۴.۰۰	۷۳.۶۳	۵۱.۷۱	<۰/۰۰۱	۰.۷۱
نمره کل	اثرهای درون گروهی (اثر زمان)	۱۰۸۲۶.۶۸	۲.۰۰	۵۴۱۳.۳۴	۵۷۴.۹۵	<۰/۰۰۱	۰.۹۳
	اثرهای بین گروهی (اثر گروه)	۸۱۴۱.۱۰	۴.۰۰	۲۰۳۵.۲۷	۲۱۶.۱۷	<۰/۰۰۱	۰.۹۱
	خطا	۲۷۰۲.۱۸	۴۲.۰۰	۶۴.۳۴			
	اثرتعاملی زمان در گروه	۱۵۷۰۸.۴۶	۲.۰۰	۷۸۵۴.۲۳	۱۲۲.۰۸	<۰/۰۰۱	۰.۸۵

براساس جدول ۴، نتایج اثر زمان برای متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن (خودکارامدی، تاب‌آوری، امید، خوش‌بینی) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود (p<۰/۰۰۱). نتایج اثر گروه نیز نشان داد که تفاوت میان گروه‌های درمان و کنترل از نظر میانگین نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن در کل مراحل مطالعه معنادار بود (p<۰/۰۰۱). همچنین اثر تعاملی زمان در گروه در سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن معنادار بود (p<۰/۰۰۱). جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه زوجی زمان‌ها را نشان می‌دهد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.119]

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی زمان‌ها

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودکارآمدی	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	-۶.۶۰۰*	۰.۳۵	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون ـ پیگیری	-۶.۳۵۶*	۰.۳۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون ـ پیگیری	۰.۲۴	۰.۱۳	۰/۲۰
تاب آوری	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	-۳.۵۵۶*	۰.۳۳	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون ـ پیگیری	-۳.۲۴۴*	۰.۳۵	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون ـ پیگیری	۰.۳۱	۰.۱۳	۰/۰۷
امید	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	-۵.۲۲۲*	۰.۳۶	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون ـ پیگیری	-۵.۲۲۲*	۰.۳۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون ـ پیگیری	۰.۰۰	۰.۱۵	۱/۰۰
خوش بینی	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	-۳.۹۳۳*	۰.۲۹	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون ـ پیگیری	-۳.۸۴۴*	۰.۳۰	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون ـ پیگیری	۰.۰۹	۰.۱۳	۱/۰۰
نمره کل	پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	-۱۹.۳۱۱*	۰.۷۷	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون ـ پیگیری	-۱۸.۶۶۷*	۰.۷۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون ـ پیگیری	۰.۶۴	۰.۲۹	۰/۰۹

طبق نتایج جدول ۵، نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی زمان‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن (خودکارامدی، تاب‌آوری، امید، خوش‌بینی) در مرحله پس‌آزمون به طور معناداری بیشتر از پیش‌آزمون بود (P<۰/۰۰۱). بنابراین می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد و درمان کاهش ذهن‌آگاهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مؤثر می‌باشند. همچنین تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری برای متغیر سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن معنادار نبود، که حاکی از پایداری و ثبات اثرات مداخله در طول زمان است. جدول ۶ نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون

متغیر	گروه مبنا	گروه مقایسه‌شده	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودکارآمدی	درمان پذیرش و تعهد	درمان ذهن‌آگاهی	۳.۴۴۴۴*	۰.۷۱	<۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	۸.۶۶۶۷*	۰.۷۱	<۰/۰۰۱
	درمان ذهن‌آگاهی	کنترل	۵.۲۲۲۲*	۰.۷۱	<۰/۰۰۱
تاب آوری	درمان پذیرش و تعهد	درمان ذهن‌آگاهی	۳.۳۳۳۳*	۰.۶۲	<۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	۵.۸۰۰۰*	۰.۶۲	<۰/۰۰۱
	درمان ذهن‌آگاهی	کنترل	۲.۴۶۶۷*	۰.۶۲	<۰/۰۰۱
امید	درمان پذیرش و تعهد	درمان ذهن‌آگاهی	۴.۱۱۱۱*	۰.۷۱	<۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	۷.۳۱۱۱*	۰.۷۱	<۰/۰۰۱
	درمان ذهن‌آگاهی	کنترل	۳.۲۰۰۰*	۰.۷۱	<۰/۰۰۱
خوش بینی	درمان پذیرش و تعهد	درمان ذهن‌آگاهی	۲.۴۴۴۴*	۰.۶۸	<۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	۴.۶۴۴۴*	۰.۶۸	<۰/۰۰۱
	درمان ذهن‌آگاهی	کنترل	۲.۲۰۰۰*	۰.۶۸	<۰/۰۰۱
نمره کل	درمان پذیرش و تعهد	درمان ذهن‌آگاهی	۱۳.۳۳۳۳*	۱.۶۹	<۰/۰۰۱
	درمان پذیرش و تعهد	کنترل	۲۶.۴۲۲۲*	۱.۶۹	<۰/۰۰۱
	درمان ذهن‌آگاهی	کنترل	۱۳.۰۸۸۹*	۱.۶۹	<۰/۰۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.119]

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمرات سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن (خودکارامدی، تاب‌آوری، امید، خوش‌بینی) بر اثر هر دو مداخله درمان مبتنی پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱)؛ اما در گروه کنترل این اختلاف معنی‌دار نیست. همچنین اختلاف تأثیر درمان مبتنی پذیرش و تعهد نسبت به درمان ذهن‌آگاهی در سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن معنی‌دار است (P<۰/۰۵). به عبارت دیگر هر دو درمان منتهی به افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن شده‌اند، اما تأثیر درمان مبتنی پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن (خودکارامدی، تاب‌آوری، امید، خوش‌بینی) در بیماران مبتلا به پرفشاری خون بیشتر از درمان ذهن‌آگاهی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعهٔ حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود. یافته پژوهش حاضر نشان داد بین نمرات میانگین ابعاد سرمایه روان‌شناختی بیماران در گروه درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل؛ همچنین بین گروه درمان ذهن‌آگاهی و گروه کنترل، تفاوت میانگین معنادار بود. این نتایج نشان می‌دهد که هر دو مداخله درمانی بر سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مؤثر بوده‌اند. همچنین بین گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه درمان ذهن‌آگاهی، تفاوت میانگین معنادار بود، که حاکی از برتری اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد نسبت به درمان ذهن‌آگاهی در افزایش سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود.

یافته اول مطالعه حاضر، یعنی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد سرمایه‌های روان‌شناختی با نتایج مطالعات پیرفلک و همکاران (۲۰۲۴)، اسکندری و همکاران (۲۰۲۱)، آقاجان پوریان و همکاران (۱۴۰۳)، چگنی و همکاران (۱۴۰۳)، سعیدی و همکاران (۱۴۰۰)، شاه علیزادگان و همکاران (۱۴۰۰)، همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد شش مفهوم اصلی دارد: پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه؛ که این شش مفهوم بر چهار بعد سرمایه روان‌شناختی، که شامل امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری است، تأثیر می‌گذارد (هیز، ۲۰۱۶). این درمان از طریق ایجاد و توسعه پذیرش روانی و افزایش عمل به ارزش‌ها تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند. در واقع درمان پذیرش و تعهد به فرد نوعی فرصت یادگیری مهارت‌های جدید و خاص مانند کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش روانی و تماس با زمان حال می‌بخشد و همین ویژگی موجب می‌شود که فرد نه تنها از اجتناب دست بردارد، بلکه به شکل مؤثری با آن مواجه شود، که می‌تواند منجر به ارتقای سرمایه روانشناختی گردد (آقاجان پوریان و همکاران، ۱۴۰۳). افراد در این درمان می‌آموزند که با وجود مشکلات می‌توانند از زندگی لذت ببرند و با تمرکز بر قابلیت‌ها و جنبه‌های مثبت خود، درک واقع‌بینانه و مثبتی از کارآمدی خود داشته باشند. این آموزش‌ها می‌توانند از طریق شناسایی و افزایش رفتارها و تجربه‌های مثبت، باعث افزایش امید و خوشبینی شوند (شاه علیزادگان و همکاران، ۱۴۰۰). از سوی دیگر، درمان پذیرش و تعهد با کاهش اجتناب تجربی از طریق پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند و اجتناب‌ناپذیر و همچنین از طریق پرورش ذهن‌آگاهی برای خنثی کردن درگیری بیش از حد با افکار پریشان‌کننده و شناسایی ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف، بیماران را تشویق می‌کند تا بدون مقاومت با تجربیات خود ارتباط برقرار کنند و آن‌ها را بدون قضاوت در مسیر رسیدن به اهداف ارزشمند خود بپذیرند، که این امر در افزایش خوش‌بینی و تاب‌آوری مؤثر است (پیرفلک و همکاران، ۲۰۲۴). یکی دیگر از اهداف مهم این درمان، آگاهی از تفاوت هدف، خواسته و ارزش‌هایی چون سلامتی، ارتباط با خانواده، شغل، تحصیلات و سایر موارد زندگی است. وقتی ارزش‌ها و اهداف با استفاده از استعاره‌ها شفاف و مشخص می‌گردند، شخص به این درک و پذیرش می‌رسد که در جهت رسیدن به اهداف، ممکن است با موانعی روبرو شود، اما این تجارب ناراحت‌کننده ممکن است در مسیر ارزش‌ها باشند و تنها عمل متعهدانه است که او را به آن اهداف می‌رساند. در واقع، این اتفاق از طریق فرایندهای گسلش و پذیرش باعث می‌شود تاب‌آوری و خودکارآمدی ارتقاء یابد (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰).

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان داد درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مؤثر می‌باشد. این یافته با نتایج مطالعات شریفیان مطلق و طاهر (۱۴۰۴)، حاتمی برزیان و همکاران (۱۴۰۴)، میرزاپور و همکاران (۲۰۲۵)، چوی و همکاران (۲۰۲۵)، المروانی و همکاران (۲۰۲۵)، کیروش-گونزالس و همکاران (۲۰۲۴)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت ذهن‌آگاهی، آگاهی بدون قضاوت از لحظه حال را تقویت می‌کند، و واکنش‌پذیری خودکار را کاهش می‌دهد. این امر، یک محیط ذهنی مساعد برای تولید، حفظ و به‌کارگیری منابعی که زیربنای سرمایه روان‌شناختی هستند، ایجاد می‌کند (المروانی و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.119]

همکاران، ۲۰۲۵). آموزش ذهن‌آگاهی باعث می‌شود که فرد از غوطه‌ور شدن درگذشته دست بردارد و خود را به خاطر اتفاقات قبلی کمتر سرزنش کند و از قضاوت منفی در مورد خود و دیگران اجتناب نماید. ذهن‌آگاهی دیدگاه افراد را از وقایع مختلف تغییر می‌دهد و باعث می‌شود که آنان قضاوت‌های منفی در مورد خودشان را کنار گذاشته و بتوانند به‌طور مؤثر با افراد، رویدادها و شرایط استرس‌زای محیط مواجه شوند. کنار گذاشتن قضاوت‌های منفی در مورد خود و مواجهه مؤثر با مشکلات می‌تواند افزایش خودکارآمدی را در پی داشته باشد (شریفیان مطلق و طاهر، ۱۴۰۴). همچنین استفاده از تکنیک‌های درمانی ذهن‌آگاهی منجر می‌شود افراد به مهارت‌های شناختی مفیدی دست یابند و بهتر بتوانند خود را با شرایط مختلف وفق داده و رفتارهای منطقی‌تر بروز دهند و این عامل باعث کاهش تنش‌های هیجانی ناشی از شرایط نامطلوب بیماری می‌گردد. لذا، بیماری که از درد بیماری مزمنی چون پرفشاری خون رنج می‌برد، به علت فنون ذهن‌آگاهی آموخته‌شده، از رویدادهای منفی بیهوده مانند فکر کردن مداوم به بیماری دوری کرده و انرژی خود را به‌جای این‌که صرف مقابله یا اجتناب کند، صرف ارزش‌ها و کیفیت زندگی می‌نماید و امید و خوش‌بینی او افزایش می‌یابد (ربیع پور و همکاران، ۲۰۲۴). از طریق ذهن‌آگاهی افراد می‌توانند تشخیص دهند که تمرکز بر برخی از احساسات، مضر و غیرمؤثر است و از این طریق انتظار مثبت و تاب‌آوری برای پیامدها و رویدادها در آنان افزایش می‌یابد. انتظار مثبت در مورد پیامدها و رویدادها، افزایش خوش‌بینی را در پی دارد که به عنوان منبعی مهم برای مقابله با بحران‌های زندگی تلقی می‌شود. ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا این نکته را درک کنند که هیجانات منفی ممکن است، رخ دهند، اما آن‌ها ثابت و دائمی نیستند. این دیدگاه می‌تواند به تقویت امید در فرد منجر شود و باعث شود به‌جای آن که به رویدادها به طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، نقش و عاملیت خود و اراده فردی را در حل مشکلات مورد توجه قرار دهد و به‌عبارتی خودکارآمدتر شود (حاتمی برزیان و همکاران، ۱۴۰۴).

درنهایت یافته‌های پژوهش نشان داد که بین اثربخشی گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به پرفشاری خون تفاوت معنادار وجود دارد؛ و درمان پذیرش و تعهد اثربخش‌تر است. این یافته با نتایج مطالعات بهاروند و همکاران (۱۴۰۳)، حسینی و همکاران (۱۴۰۰)، عیسی نژاد و آزادبخت (۱۳۹۸)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت مکانیزم‌های شناختی و هیجانی هر دو روش درمانی مؤثر هستند، اما تفاوت در عمق و نوع فرایندهای درگیر، موجب اختلاف سطح اثربخشی می‌شود. در درمان ذهن‌آگاهی، تمرکز اصلی بر آگاهی لحظه‌ای و کنترل توجه است، در حالی‌که در درمان پذیرش و تعهد، توجه بر پذیرش تجارب درونی، تعهد به ارزش‌ها و عمل معنادار است. در چارچوب درمان پذیرش و تعهد، مراجعان با شناسایی ارزش‌های شخصی و تعهد به رفتار، مهارت‌های مقابله‌ای موثرتری کسب می‌کنند. این تمایزها می‌تواند توضیح دهد چرا درمان پذیرش و تعهد تأثیر قوی‌تری در افزایش تاب‌آوری (از ابعاد سرمایه‌های روان‌شناختی) بیماران نشان داد (بهاروند و همکاران، ۱۴۰۳). به نظر می‌رسد که در این رویکرد درمانی افراد یاد می‌گیرند که به فعالیت‌های خود در زمان حال تمرکز داشته باشند و احساسات، افکار و باورهای خود را بدون قضاوت مورد مشاهده قرار دهند (در این بخش با درمان ذهن‌آگاهی مشترک می‌باشد). همچنین می‌آموزند که چگونه با افکار مزاحم خود آمیخته نشوند و بتوانند احساسات، هیجانات و تجربیات رنج‌آور زندگی خود را تحمل کنند. این مسئله موجب می‌شود تا از آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی رهایی یابند که به آنها کمک می‌کند تا بتوانند در جهت ارزش‌های خود حرکت کنند و انگیزه و امید بیشتری برای دست‌یابی به اهداف آینده خود بدست آورند. ظهور چنین تغییراتی در ساخت روانی فرد، با اثراتی که بر خودپنداره فرد دارد می‌تواند زمینه‌ساز بهبود سرمایه روان‌شناختی بیماران باشد (آقاجان پوریان و همکاران، ۱۴۰۳). به نظر می‌رسد در طول دوره درمان پذیرش و تعهد، بیماران با پذیرش احساسات و افکار خود، گامی در جهت بازسازی روانی خود برداشتند. همچنین با یادگیری این‌که انسان‌ها کامل نیستند و اشتباهات قابل بخشش هستند، دیدگاه وسیع‌تری به دست آوردند و تاب‌آورتر شدند. در نهایت، افزایش خوش‌بینی و تاب‌آوری به‌عنوان اجزای سرمایه روان‌شناختی منجر به افزایش آن شد (پیرفلک و همکاران، ۲۰۲۴). طبق درمان ذهن‌آگاهی، افراد نباید سعی کنند تجارب خود را تغییر دهند و به‌جای آن باید تجارب خود را بدون قضاوت بپذیرند. ولی در رویکرد پذیرش و تعهد علاوه بر این‌که هیچ تلاشی برای تغییر تجربه فرد به عمل نمی‌آید، فرد باید فعالانه درگیر مشکلات و مسائل خود باشد. از این‌رو شاید بتوان موثرتر بودن درمان پذیرش و تعهد را نسبت به درمان ذهن‌آگاهی این‌گونه توجیه کرد که در این رویکرد چون فرد بدون اجتناب از مشکلات و مسائل با آنها روبرو می‌شود و فعالانه به دنبال مقابله با مشکلات است، این مهارت‌ها به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که (به‌واسطه شرایط بیماری) باعث اضطراب و استرس می‌شود، شناسایی کنند، شناخت بهتری نسبت به خود پیدا کنند، نقاط ضعف و قوت خود را بشناسند و سپس راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با این موقعیت‌ها را بیاموزند و این عمل موجب افزایش سرمایه روان‌شناختی آنان می‌شود (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.119]

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سرمایه‌های روان‌شناختی و ابعاد آن (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی) در بیماران مبتلا به پرفشاری خون، در مرحله پس‌آزمون بهتر از گروه کنترل عمل کردند و در مرحله پیگیری نیز این اثر ماندگار بود. همچنین تفاوت بین دو گروه درمان معنادار بود؛ که نشان دهنده برتری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش سرمایه روان‌شناختی و ابعاد آن بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. محدودیت اول این پژوهش مربوط به نمونه‌گیری هدفمند بود که یک نمونه‌گیری غیرتصادفی است. محدودیت بعدی مربوط به ابزار گردآوری داده‌ها با پرسشنامه بود که یک ابزار خودگزارشی است. دوره پیگیری کوتاه‌مدت دو ماهه نیز ماندگاری اثر درمان‌ها را تضمین نمی‌کند. همچنین عدم سنجش برخی ویژگی‌های دموگرافیک چون وضعیت اقتصادی و فرهنگی خانواده، ویژگی‌های شخصیتی مثلا تیپ آ یا ب، میزان استرس، و بیماری‌های همراه، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، از روش نمونه‌گیری تصادفی گردد. استفاده از مصاحبه بالینی و تشخیصی نیز برای ارزیابی دقیق‌تر توصیه می‌گردد. در صورت داشتن زمان، دوره پیگیری طولانی‌تر جهت ماندگاری اثر درمان‌ها پیشنهاد می‌گردد. همچنین، ارزیابی ویژگی‌های دموگرافیک مهم می‌تواند نتایج ارزنده‌ای را به همراه داشته باشد.

منابع

آقاجان پوریان وحید، م؛ اقدسی، ع ن؛ مصرآبادی، ج؛ و هاشمی نصرت‌آباد، ت. (۱۴۰۳). اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روانشناختی و مشغولیت در مدرسه در نوجوانان دارای مشکلات کم توجهی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۷(۲)، ۵۹۳-۶۰۵. https://doi.org/10.22038/MJMS.2023.72085.4269

برادری، ا؛ کثیر، ص؛ امانی، ک؛ و صنوبر، عباس. (۱۳۹۹). مقایسه سرمایه‌های روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) سالمندان مبتلا به دیابت و فشارخون با سالمندان سالم. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۰(۱)، ۱۷۰-۱۷۰. https://jdisabilstud.org/article-1-1538-fa.html

بهاروند م.، عربان ش.، و کردستانی د. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر استرس و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر. *فصلنامه علمی روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*، ۲(۳)، ۱-۱۵. https://jhpbd.com/index.php/hpbd/article/view/103

چگنی، س؛ کریمی، ج؛ و وجدیان، م ر. (۱۴۰۳). اثربخشی «درمان پذیرش و تعهد» بر پایستگی تحصیلی و سرمایه روان‌شناختی در دانش‌آموزان دختر با عملکرد تحصیلی پایین. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۳ (۵)، ۴۱-۵۲. https://doi.org/10.22034/JHPM.13.5.41

حاتمی برزیان، م؛ ساعدی، س؛ و دائمی، ف. (۱۴۰۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی، بازداری و فعال‌سازی رفتار دانش‌آموزان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۴ (۴)، ۱۰۲-۹۳. https://frooyesh.ir/article-1-5714-fa.html

حسینی، س س؛ احدی، م؛ حاتمی، م؛ و خلعتبری، ج. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش بر تاب آوری، بهزیستی روان‌شناختی و میزان قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *روان پرستاری*، ۹ (۱)، ۸۹-۱۰۲. https://ijpn.ir/article-1-1773-fa.html

ربیع پور، ف؛ حسینی نسب، س د، و سالاری، ا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان توان‌بخشی شناختی و درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب بیماران مبتلا به پرفشاری خون: یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۲ (۱)، ۱-۱۱. https://jdisabilstud.org/article-1-2987-fa.html

سعیدی، ا؛ جبل عاملی، ش؛ گرجی، ی؛ و ابراهیمی، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود مراقبتی و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت. *فصلنامه پرستاری دیابت*، ۹ (۳)، ۱۶۳۳-۱۶۴۷. https://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-444-fa.html

شاه علیزادگان، ب؛ اکبری، ب؛ اسدی، س؛ و مقتدر، ل. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و آموزش خودمدیریتی بر سرمایه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به دیابت نوع دو با مقاومت روان‌شناختی به انسولین. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱ (۱)، ۱-۱۳. http://jdisabilstud.org/article-1-2659-fa.html

شریفیان مطلق، ع؛ و طاهر، م. (۱۴۰۴). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی و تنظیم هیجانی دانش‌آموزان تیزهوش. *رویش روان‌شناسی*، ۱۴ (۱)، ۸۵-۹۴. https://frooyesh.ir/article-1-4708-fa.html

عیسی نژاد، ا؛ و آزادبخت، ف. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی دو رویکرد پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برکیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانبازان دارای استرس پس از سانحه (PTSD) ناشی از جنگ. *روانشناسی نظامی*، ۱۰(۳۸)، ۵۷-۶۹. https://sid.ir/paper/190074/fa

نیک سیرت، ف؛ خادمی اشکذری، م؛ و نقش، ز. (۱۴۰۳). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز و همکاران در بین معلمان. *رفتار مثبت در سازمانهای آموزشی*، ۲(۱)، ۶۴-۸۳. https://doi.org/10.22098/pbeo.2025.14714.1042

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.119]

هیز، اس سی؛ و استروسهل، کی دی. (۲۰۰۵). *راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. خمسه، ا (مترجم فارسی). چاپ سوم. تهران: ارجمند؛ ۱۴۰۴، صفحات ۴۰۵-۴۰۸. https://www.arjmandpub.com/Book/1397

Almarwani, A. M., AbuAlula, N. A., & Ebeid, I. A. (2025). Cultivating Academic Excellence: Unveiling the Impact of Mindfulness Through Psychological Capital Among Nursing Students. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(3), 700-53. https://doi.org/10.1111/inm.70053

Choi, E., Levallet, N., & Bharti, M. (2024). Mindfulness and psychological capital: Examining the role of intention from the person perspective in a multi-week mindfulness training program. *Personnel Review*, 53(7), 1885-1908. https://doi.org/10.1108/PR-06-2023-0512

Eskandari, M., Rezakhani, S., & Behboodi, M. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological capital and emotional expression styles in women with multiple sclerosis. *avicenna journal of neuro psycho physiology*, 8(2), 71-76. https://doi.org/10.32592/ajnpp.2021.8.2.102

Flack, J. M., Azizi, M., Brown, J. M., Dwyer, J. P., Jones, E. S., Lihn, A. S., ... & Williams, B. (2025). Baxdrostat for uncontrolled and resistant hypertension: rationale and design of the Phase 3 clinical trials BaxHTN, BaxAsia, and Bax24. *Hypertension Research*, 48(25), 2911–2923. https://doi.org/10.1038/s41440-025-02297-7

Hayes S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior therapy*, 47(6), 869–885. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006

Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY, USA: Delta Trade Paperback/Bantam Dell. https://psycnet.apa.org/record/2006-04192-000

Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*, 60(3), 541-572. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x

Lv, D., Liu, Z., Wu, X., Xie, F., Shang, Q., Xie, W., Zhang, Z., & Zhao, Z. (2025). Novel metabolic indicators and the risk of cardiovascular disease in patients with hypertension: A primary-care cohort study. Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases. *NMCD*, 35(3), 103749. https://doi.org/10.1016/j.numecd.2024.09.019

Mirzapour, P., Boosiraz, A., Roozbahani, M. M., Fakhri B, M. S., & SeyedAlinaghi, S. (2025). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy and Silva-based Relaxation Therapy on Psychological Capital, Social Anxiety, and CD4+ Count in People Living with HIV in Iran. *Current HIV research*, 23(1), 35–43. https://doi.org/10.2174/011570162X321129241129040921

Pirfalak, M., Atashpour, S. H., & Golparvar, M. (2024). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the meaning of life and psychological capital of male students with suicidal ideation. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*, 13(1), 1-7. https://doi.org/10.5812/jcrps-146954

Quiroz-González, E., Lupano Perugini, M. L., Delgado-Abella, L. E., Arenas-Granada, J., & Demarzo, M. (2024). Effects of a mindfulness-based health promotion program on mindfulness, psychological capital, compassion fatigue, and affect in healthcare workers. *Frontiers in Psychology*, 15(10), 1-13. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1470695

Rabipour, F., Hosseininasab, S. D., & Salari, A. (2024). Effectiveness of Online Mindfulness-Based Intervention on Systolic Blood Pressure, Diastolic Blood Pressure, and Heart Rate in Patients with Diagnosed Hypertension: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Health Education*, 55(4), 265-276. https://doi.org/10.1080/19325037.2023.2297281

Todorovska, L., Avramovska, M., Nikleski, Z., Taleva, B., Tuntevski, N., & Avramovski, P. (2025). Arterial Hypertension and Thyroid Disorders: Unveiling the Silent Killers-Pathophysiological Links, Mechanisms, and Emerging Therapeutic Strategies. *EC Pulmonology and Respiratory Medicine*, 14(7), 01-12. https://ecronicon.net/assets/ecprm/pdf/ECPRM-14-01078.pdf

Wenzel, M., Blanke, E. S., Rowland, Z., & Brose, A. (2023). The costs and benefits of mindfulness and reappraisal in daily life. *Affective Science*, 4(2), 260-274. https://doi.org/10.1007/s42761-022-00178-7

Witlox, M., Kraaij, V., Garnefski, N., Bohlmeijer, E., Smit, F., & Spinhoven, P. (2022). Cost-effectiveness and cost-utility of an Acceptance and Commitment Therapy intervention vs. a Cognitive Behavioral Therapy intervention for older adults with anxiety symptoms: A randomized controlled trial. *PloS one*, 17(1), 1-20. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262220

Zou, J., & Liu, Y. (2025). Perceived stress, positive psychological capital and health literacy in patients with multiple chronic conditions: A structural equation modelling. *Journal of clinical nursing*, 34(4), 1303–1311. https://doi.org/10.1111/jocn.17201

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.119]