رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۲۳، شهریور ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(6), 2026

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شناختی-تحلیلی بر ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پرفشاری خون

Comparison of the Effectiveness of Positive Psychotherapy and Cognitive-Analytical Therapy on Alexithymia and Anxiety Sensitivity in Patients with Hypertension

طاهره ثمین
گروه روان‌شناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
دکتر نیلوفر طهمورسی (نویسنده مسئول)
گروه روان‌شناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
دکتر بیوک تاجری
گروه روان‌شناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

Tahereh Samin
Department of Clinical Health Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Dr. Niloofar Tahmooresi *
Department of Clinical Health Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran. *Niloufar.tahmouresi@kiau.ac.ir*
Dr. Biyouk Tajari
Department of Clinical Health Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شناختی-تحلیلی بر ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه پژوهش را افراد مبتلا به پرفشاری خون بیمارستان لاله شهر تهران در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند که از بین آنها با روش نمونه‌گیری هدفمند ۴۵ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره جایگذاری شدند. ابزارهای این پژوهش شامل مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS؛ بگبی، ۱۹۹۴) و شاخص حساسیت اضطرابی (ASI؛ رایس، ۱۹۸۶) بود. پس از اجرای پیش‌آزمون در هر سه گروه، گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه، تحت آموزش و مداخله گروهی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که اثر گروه، اثر زمان و اثر زمان×گروه برای ناگویی هیجانی (p<۰/۰۱) و حساسیت اضطرابی (p<۰/۰۱) معنادار هستند. همچنین، اختلاف میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای یادشده معنادار (p<۰/۰۱)، اما اختلاف میانگین پس‌آزمون و پیگیری در آن‌ها معنادار نبود (p>۰/۰۵). تفاوت میانگین بین گروه‌های آزمایش در ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی معنادار نبود (p>۰/۰۵). می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که هر دو رویکرد روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شناختی-تحلیلی در بهبود ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مؤثر هستند، امّا از نظر میزان اثربخشی تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

واژه‌های کلیدی: *روان‌درمانی مثبت‌گرا، درمان شناختی-تحلیلی، ناگویی هیجانی، حساسیت اضطرابی، پرفشاری خون.*

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of Positive Psychotherapy and Cognitive-Analytical Therapy on alexithymia and anxiety sensitivity in patients with hypertension. This semi-experimental study employed a pretest-posttest control group design with a three-month follow-up. The study population included individuals diagnosed with hypertension at Laleh Hospital in Tehran during the first half of 2022. Using purposive sampling, 45 participants were selected and randomly assigned to three groups of 15 (two experimental groups and one control group). The research instruments included the Toronto Alexithymia Scale (TAS; Bagby, 1994) and the Anxiety Sensitivity Index (ASI; Reiss, 1986). After the pretest, both experimental groups received group-based interventions for 8 weekly sessions. Data were analyzed using Repeated Measures ANOVA and a Bonferroni post hoc test. The group effect, time effect, and time×group effect were significant for alexithymia ($p<0.01$) and anxiety sensitivity ($p<0.01$). Also, the mean difference between pre-test and post-test and follow-up was significant ($p<0.001$), but the mean difference between post-test and follow-up was not significant ($p>0.05$). The mean difference between experimental groups was not significant in alexithymia and anxiety sensitivity ($p>0.05$). It can be concluded that both positive psychotherapy and cognitive-analytic therapy are effective in improving alexithymia and anxiety sensitivity in patients with hypertension; however, there is no significant difference between them in terms of effectiveness.

Keywords: *Positive Psychotherapy, Cognitive-Analytical Therapy, Alexithymia, Anxiety Sensitivity, Hypertension.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت: مرداد ۱۴۰۴** | **پذیرش: شهریور ۱۴۰۴** | **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۵**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

مقدمه

پرفشاری خون[1]، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و گسترده‌ترین معضلات بهداشتی در سراسر جهان، به مثابه یک اپیدمی خاموش، عامل اصلی بروز بیماری‌های قلبی-عروقی و مرگ و میر ناشی از آن‌ها در جوامع مختلف شناخته می‌شود (چارچار[2] و همکاران، ۲۰۲۴). ابعاد این بحران در آمارهای جهانی به وضوح قابل مشاهده است؛ به طوری که بر اساس داده‌های اخیر سازمان جهانی بهداشت[3] (WHO)، بیش از ۱/۳ میلیارد بزرگسال در سراسر جهان با این بیماری دست و پنجه نرم می‌کنند، در حالی که کمتر از ۲۰ درصد از آن‌ها توانسته‌اند فشار خون خود را به طور مؤثر کنترل کنند (داد[4] و همکاران، ۲۰۲۳). این معضل، برخلاف تصور عمومی که پرفشاری خون را عمدتاً یک مشکل کشورهای توسعه‌یافته می‌داند، بار سنگین خود را بر دوش کشورهای در حال توسعه گذاشته است؛ جایی که بیش از دو سوم بیماران زندگی می‌کنند و به دلیل محدودیت‌های دسترسی به خدمات درمانی، خطر مرگ در آن‌ها دو برابر بیشتر از کشورهای توسعه‌یافته است (حسین[5] و همکاران، ۲۰۲۴). در ایران نیز، شیوع پرفشاری خون به سطوح نگران‌کننده‌ای رسیده است. گزارش‌های رسمی حاکی از آن است که شیوع این بیماری در سنین ۳۰ تا ۳۵ سال حدود ۲۳ درصد و در افراد بالای ۵۵ سال به نزدیکی ۵۰ درصد رسیده است، و در زنان اندکی بیشتر از مردان دیده می‌شود (اوکاتی-علی‌آباد[6] و همکاران، ۲۰۲۲). این بیماری به دلیل ماهیت اغلب بی‌علامت خود در مراحل اولیه، به «قاتل خاموش» شهرت یافته و می‌تواند به تدریج و بدون هشدار قبلی، آسیب‌های جدی و جبران‌ناپذیری به اندام‌های حیاتی مانند قلب، مغز و کلیه‌ها وارد کند (نامور و قاصدی، ۱۳۹۹).

پژوهش‌های نوین به طور فزاینده‌ای نشان می‌دهند که پرفشاری خون صرفاً یک بیماری فیزیولوژیک نیست، بلکه ماهیتی چندبعدی و روان‌تنی دارد. اگرچه علت این بیماری اغلب ناشناخته است، اما ارتباطی قوی با سبک زندگی، محیط و به ویژه سلامت روان دارد (لوسیانو[7] و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع، هیجانات منفی و فرآیندهای شناختی ناسازگار می‌توانند مستقیماً بر مکانیسم‌های فیزیولوژیک بدن اثر گذاشته و فشار خون را تشدید کنند. هیجانات منفی[8] مانند اضطراب[9] و خشم[10] مزمن، همراه با الگوهای فکری ناکارآمد مانند نشخوار فکری[11] و دشواری در تنظیم هیجانات[12]، موجب فعال‌سازی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال[13] و سیستم عصبی سمپاتیک[14] می‌شوند. این فعال‌سازی، به نوبه خود، منجر به افزایش ترشح هورمون‌های استرس‌زا نظیر کورتیزول[15] و آدرنالین[16] می‌شود که با افزایش مقاومت عروقی، افزایش ضربان قلب[17] و احتباس سدیم و آب[18]، فشار خون را به طور قابل توجهی بالا می‌برند (آلدافیری[19] و همکاران، ۲۰۲۴). در میان عوامل روان‌شناختی، دو ویژگی شخصیتی به طور خاص در سبب‌شناسی بیماری و نگهداری پرفشاری خون برجسته شده‌اند: ناگویی هیجانی[20] و حساسیت اضطرابی[21]. ناگویی هیجانی، که به عنوان یک ویژگی شخصیتی با مشکل در شناسایی، توصیف و ابراز هیجانات خود شناخته می‌شود، ارتباط مستقیمی با بدتنظیمی هیجانی و پاسخ‌های فیزیولوژیکی ناسازگار دارد (بنفانته[22] و همکاران، ۲۰۲۵). افرادی که دچار ناگویی هیجانی هستند، اغلب نمی‌توانند به درستی علائم جسمانی استرس و هیجان را از علائم بیماری‌های جسمی تفکیک کنند، که این امر منجر به نگرانی مداوم در مورد سلامت جسمانی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی و افزایش فشار روانی می‌شود (گیلبو[23]، ۲۰۲۵). از سوی دیگر، حساسیت اضطرابی، که به عنوان ترس از علائم بدنی مرتبط با اضطراب (مانند تپش قلب، تنگی نفس و سرگیجه)

1 Hypertension
2 Charchar
3 the World Health Organization (WHO)
4 Dodd
5 Hossain
6 Okati-Aliabad
7 Luciano
8 negative emotions
9 anxiety
10 anger
11 rumination
12 emotional dysregulation
13 hypothalamic-pituitary-adrenal axis, HPA axis
14 sympathetic nervous system
15 cortisol
16 adrenaline
17 increased heart rate
18 sodium and water retention
19 Aldhafeeri
20 alexithymia
21 anxiety sensitivity
22 Benfante
23 Guilbaud

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

تعریف می‌شود، نقش مهمی در تشدید پاسخ‌های استرس‌زا ایفا می‌کند. این ترس، یک چرخه معیوب استرس-واکنش قلبی-عروقی را در بیماران ایجاد می‌کند که در آن، هر گونه تغییر فیزیولوژیکی به عنوان یک تهدید تفسیر شده و منجر به افزایش اضطراب و به تبع آن، افزایش بیشتر فشار خون می‌شود (آلکان[1] و همکاران، ۲۰۲۵؛ ژانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۵).

با وجود نقش پررنگ عوامل روان‌شناختی، اغلب برنامه‌های درمانی برای پرفشاری خون به رویکردهای صرفاً دارویی محدود شده‌اند و نقش مداخلات روان‌شناختی کمتر مورد توجه قرار گرفته است (شاه[3] و همکاران، ۲۰۲۲). این رویکرد تک‌بعدی، نمی‌تواند به طور کامل به پیچیدگی‌های روان‌تنی بیماری پاسخ دهد. در مقابل، شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهند که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند با ارتقای تاب‌آوری روانی، بهبود تنظیم هیجانی و کاهش نشخوار خشم و حساسیت اضطرابی، به کنترل مؤثرتر پرفشاری خون و افزایش کیفیت زندگی بیماران کمک کنند (سلطانی بیرق و پناه‌علی، ۱۳۹۹). در این راستا، دو رویکرد درمانی نوین و امیدوارکننده، یعنی روان‌درمانی مثبت‌گرا[4] و درمان شناختی-تحلیلی[5]، به عنوان جایگزین‌های مؤثر یا مکمل برای درمان‌های دارویی مطرح شده‌اند. روان‌درمانی مثبت‌گرا با تمرکز بر تقویت هیجانات مثبت، منابع روانی و تاب‌آوری، یک رویکرد جامع برای مدیریت بیماری‌های روان‌تنی ارائه می‌دهد (مارسی[6]، ۲۰۲۵؛ گاندر[7] و همکاران، ۲۰۲۲). این رویکرد به بیماران کمک می‌کند تا به جای تمرکز صرف بر آسیب‌شناسی، بر نقاط قوت و منابع درونی خود تمرکز کنند که این امر می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی و رفتاری آن‌ها را بهبود بخشد (آپیاه[8] و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر، درمان شناختی-تحلیلی با هدف شناسایی و اصلاح الگوهای ناسازگار و ارتقای خودآگاهی، در کاهش علائم روانی و هیجانی بیماران مزمن مؤثر است (پور[9] و همکاران، ۲۰۲۳؛ کریون-استینز و فینچ[10]، ۲۰۲۴) و برای افرادی مناسب است که به دنبال یادگیری مهارت‌هایی برای مدیریت بیماری خود و حفظ بهبودی هستند (هاو[11] و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات پیشین نشان می‌دهند که هر دو رویکرد اثربخشی قابل قبولی دارند؛ درمان شناختی-تحلیلی در کاهش اضطراب و بهبود تنظیم هیجانی مؤثر بوده است. به‌عنوان مثال، در مطالعه موردی تینلین-دیکسون[12] (۲۰۲۴)، این رویکرد به عنوان یک مداخله فراتشخیصی برای بهبود ساختار شخصیتی و کاهش شدت علائم هیجانی مورد استفاده قرار گرفت. همچنین، بیریایی نجف‌آبادی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که درمان تحلیلی-شناختی تأثیر معناداری بر کاهش حساسیت اضطرابی و فاجعه‌سازی درد در بیماران مبتلا به درد مزمن و ناگویی هیجانی داشته است. از سوی دیگر، روان‌درمانی مثبت‌گرا به کاهش آشفتگی روان‌شناختی، افکار خودآیند منفی و ارتقاء رفاه روانی کمک می‌کند. به گزارش پژوهش نظام‌مند انجام شده توسط چیهان و اگین[13] (۲۰۲۵)، روان‌درمانی مثبت می‌تواند به عنوان روشی مؤثر در کوتاه‌مدت باعث بهبود سلامت روان بیماران سرطانی شود و علائمی مانند افسردگی، اضطراب، استرس پس از سانحه، شادی، خودآگاهی، تصویر بدنی، رفاه روانی، ترس از عود بیماری و معنا و امید به زندگی را بهبود بخشد. خدامرادی و همکاران (۱۴۰۳) نیز در پژوهش خود نشان دادند که روان‌درمانی مثبت‌گرا به طور معناداری موجب کاهش آشفتگی روان‌شناختی، دغدغه فکری و افکار خودآیند منفی در دانش‌آموزان کنکوری شده است. در نهایت، برخی پژوهش‌ها نیز مزیت استفاده ترکیبی از این دو رویکرد را مطرح کرده‌اند (انگلهارت[14] و همکاران، ۲۰۲۴).

با وجود این شواهد، شکاف پژوهشی چشمگیری در خصوص مقایسه اثربخشی مستقیم این دو رویکرد در بهبود نشانه‌های روان‌شناختی و زیستی مرتبط با پرفشاری خون وجود دارد. این خلأ پژوهشی، با توجه به پیچیدگی روان‌تنی بیماری، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند و نیازمند بررسی‌های دقیق‌تری است. بنابراین، با توجه به شیوع بالای پرفشاری خون، نقش پررنگ عوامل روان‌شناختی نظیر ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی در تشدید علائم آن، و محدودیت رویکردهای صرفاً دارویی، استفاده از مداخلات روان‌درمانی مؤثر ضروری به نظر می‌رسد. روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شناختی-تحلیلی می‌توانند با بهبود تنظیم هیجانی، تاب‌آوری و اصلاح الگوهای شناختی، در مدیریت

1 Alcan
2 Zhang
3 Shah
4 the Positive Psychotherapy
5 the Cognitive Analytic Therapy
6 Marseille
7 Gander
8 Appiah
9 Power
10 Craven-Staines & Finch
11 Haw
12 Tinlin-Dixon
13 Cihan & Egin
14 Engelhardt

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

پرفشاری خون و ارتقای کیفیت زندگی بیماران نقش مهمی ایفا کنند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شناختی-تحلیلی بر ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه‌کننده به بیمارستان لاله شهر تهران در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۱ تشکیل داد. برای تعیین حجم نمونه پالانت[1] (۲۰۲۰) پیشنهاد کرده است در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و گواه حداقل ۱۵ نفر در نظر گرفته شود. بنابراین، نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ بیمار مبتلا به مبتلا به پرفشاری خون از جامعه آماری مذکور بود که به‌روش هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل تشخیص قطعی پرفشاری خون اولیه توسط پزشک متخصص قلب و عروق، سن ۴۵ تا ۶۵ سال، سواد خواندن و نوشتن، رضایت‌نامه کتبی، عدم مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی و عدم دریافت همزمان سایر درمان‌های روان‌شناختی بود. ملاک خروج نیز شامل اعلام انصراف از شرکت در پژوهش یا بیش از دو جلسه غیبت در طول اجرای مداخله، ابتلا به دیگر بیماری‌های مزمن جسمی یا روان‌شناختی بود. لازم به ذکر است که جهت رعایت ملاحظات اخلاقی اهداف، فرآیند کار و مدت زمان لازم برای انجام برنامه درمانی به شرکت کنندگان توضیح داده شد. اصل محرمانه بودن اطلاعات، نتایج و شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش بدون هیچگونه اجبار و الزامی از جمله دیگر معیارهای اخلاقی بودند. در نهایت، داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس ناگویی هیجانی تونتو[2] (TAS-20): این مقیاس در سال ۱۹۹۴ به وسیله بگبی[3] و همکاران با هدف سنجش ناگویی هیجانی تدوین شده است که برای اجرا در نمونه‌های عمومی و بالینی مناسب است و می‌تواند برحسب شرایط به شیوه فردی یا گروهی اجرا شود. این مقیاس دارای ۲۰ گویه با ۳ زیرمقیاس دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی یا تفکر عینی است. نمره‌گذاری گویه‌های این مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) انجام می‌شود. دامنه نمرات به دست آمده از ۲۰ تا ۱۰۰ خواهد بود و هر چه نمره به دست آمده بیشتر باشد نشان‌دهنده مشکل بیشتر فرد در زمینه ناگویی هیجانی است. بگبی و همکاران (۱۹۹۴) ضریب آلفای کرونباخ آن را برای کل ابزار ۰/۷۹ و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. همچنین، بگبی و همکاران (۱۹۹۴) روایی همزمان این مقیاس را بر حسب همبستگی با پرسشنامه هوش هیجانی برابر با ۰/۷۰- و با پرسشنامه بهزیستی روانشناختی برابر با ۰/۶۸- و با پرسشنامه درماندگی روانشناختی برابر با ۰/۴۴ گزارش کرده‌اند. در نسخه فارسی این مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کلی ۰/۸۵، و برای سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵، و تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شده است که بیانگر همسانی درونی مطلوب مقیاس است. همچنین، روایی همزمان این ابزار با استفاده از همبستگی بین نمرات آن و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۱ و ۰/۴۰ گزارش شده است (بشارت، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۸۴ و برای زیر مؤلفه‌های این سیاهه، بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۶ به دست آمد.

شاخص حساسیت اضطرابی[4] (ASI): شاخص حساسیت اضطرابی توسط رایس[5] و همکاران (۱۹۸۶) با هدف سنجش ترس از پیامدهای اضطراب (اعم از بدنی، روانی و اجتماعی) طراحی شده است. این شاخص بر اساس نظریه‌ای بنا شده است که بیان می‌کند افراد با حساسیت اضطرابی بالا، تفسیرهای منفی‌تری از نشانه‌های اضطرابی دارند و این تفسیرها می‌تواند موجب تشدید اضطراب و بروز اختلالات اضطرابی شود. این ابزار دارای ۱۶ گویه با ۳ زیرمقیاس ترس از احساسات بدنی (گویه‌های ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱)، ترس از عدم کنترل شناختی (گویه‌های ۱۲، ۱۱، ۱۰ و ۹) و ترس از مشاهده شدن توسط عموم (گویه‌های ۱۶، ۱۵، ۱۴ و ۱۳) است. نمره‌گذاری گویه‌های این

1 Pallant
2 the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)
3 Bagby
4 the Anxiety Sensitivity Index (ASI?)
5 Reiss

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

ابزار در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (خیلی کم) تا ۴ (خیلی زیاد) انجام می‌شود. دامنه نمرات به دست آمده از ۰ تا ۶۴ خواهد بود و هر چه نمره اکتسابی توسط فرد در این ابزار بالاتر باشد نشان دهنده درجه تجربه ترس بیشتر از نشانه‌های اضطرابی خواهد بود. رایس و همکاران (۱۹۸۶) ضریب آلفای کرونباخ این شاخص را برای کل ابزار ۰/۷۵ و پایایی بازآزمایی آن را به فاصله دو هفته ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش رایس و همکاران (۱۹۸۶)، روایی همگرای این شاخص از طریق همبستگی با پرسشنامه اضطراب بک به‌دست آمد که ضریب آن ۰/۴۹ گزارش شده است. در ایران نیز مرادی‌منش و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی بر روی دانشجویان، روایی همزمان این پرسشنامه را از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه فهرست بازبینی‌شده نشانگان روانی[1] (SCL-90-R) بررسی کردند که ضریب همبستگی آن ۰/۵۶ به دست آمد. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی این ابزار ۰/۸۶ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه گردید که بیانگر پایایی مناسب ابزار است.

در گروه آزمایش ۱ هر هفته یک جلسه روان‌درمانی مثبت‌گرای ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی برگزار شد. خلاصه جلسات روان‌درمانی مثبت‌گرا الگو گرفته از پژوهش سلیگمن[2] و همکاران (۲۰۰۶) در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات روان‌درمانی مثبت‌گرا

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضا، برقراری ارتباط، جهت‌دهی درمانجو به چارچوب مثبت و تعریف مثبت از خود
دوم	مرور جلسه قبل، معرفی مفاهیم مثبت‌اندیشی، شناسایی نشانه‌های مثبت و پرورش توانمندی‌ها
سوم	درک نقش خاطرات خوب و بد، نوشتن دفترچه شکرگذاری، ابراز هیجانات منفی، ارائه تکالیف
چهارم	تبدیل هیجانات منفی به مثبت، تمرکز بر قدردانی و بخشش، انجام تکالیف مرتبط
پنجم	لذت بردن از زمان حال و امور خوب، بهبود سبک پاسخ‌دهی و تعامل با دیگران
ششم	افزایش امید و بخشش، هدف‌گذاری، بحث درباره ویژگی‌های شخصیتی، ارزش‌ها و مقابله با اضطراب
هفتم	استفاده نوین از توانمندی‌ها، بروز هیجانات مثبت و ابراز آن‌ها
هشتم	مرور و جمع‌بندی جلسات، افزایش هیجانات مثبت، انتخاب و تمرین تمرین مورد علاقه

در گروه آزمایش ۲ نیز هر هفته یک جلسه درمان شناختی-تحلیلی ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی برگزار شد. خلاصه جلسات درمان شناختی-تحلیلی الگو گرفته از پژوهش رایلی و کیر[3] (۲۰۲۰) در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی-تحلیلی

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضا، برقراری ارتباط اولیه، تدوین فهرست مشکلات و ترغیب به کسب بینش نسبت به منابع مشکلات
دوم	یکپارچه‌سازی درمان، بازنگری فرمول‌بندی مشکلات و افکار ناکارآمد، شناسایی تله‌ها و چرخه‌های رفتاری
سوم	تعیین اهداف درمانی، تدوین فرمول‌بندی نهایی، شناسایی نقاط قوت و روند آسیب‌شناسی، ارائه فرمول‌بندی ترسیمی
چهارم	بازشناسی مشکلات و اشتغالات ذهنی، شناسایی رویه‌ها و افکار ناکارآمد، آموزش فنون اصلاح روابط و روش زندگی.
پنجم	بازبینی رویه‌ها و اصلاح آن‌ها بر اساس شدت هیجان و رفتار، آگاهی از استمرار طرحواره‌های قدیمی مرتبط با بیماری
ششم	ترسیم نمودار رویه‌ای اجتناب‌ها، ارزیابی افکار خودآیند منفی، ارزشیابی وضعیت فعلی و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه
هفتم	افزایش بینش و آگاه‌سازی نسبت به مسیر تکاملی مشکلات، کاهش مشغله‌های ذهنی و مدیریت زندگی، تعریف مجدد زندگی
هشتم	نوشتن نامه خداحافظی، جمع‌بندی روند درمان، شناسایی تغییرات حاصل و اجرای پس‌آزمون.

یافته ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در سه گروه درمان مثبت‌گرا، درمان شناختی-تحلیلی و کنترل نشان داد که از نظر سنی، در گروه درمان مثبت‌گرا ۶ نفر (۴۰٪)، در گروه شناختی-تحلیلی ۷ نفر (۴۷٪) و در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳٪) در بازه ۴۵ تا ۵۵ سال قرار

1 Symptom Checklist-90-Revised
2 Seligman
3 Ryle & Kerr

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

داشتند، در حالی که ۹ نفر (۶۰٪)، ۸ نفر (۵۳٪) و ۱۰ نفر (۶۷٪) از همین گروه‌ها در بازه ۵۶ سال و بالاتر بودند. از لحاظ تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به دیپلم و پایین‌تر بود با ۱۰ نفر (۶۷٪) در گروه مثبت‌گرا، ۱۰ نفر (۶۷٪) در گروه شناختی-تحلیلی و ۸ نفر (۵۳٪) در گروه کنترل. در سطح کاردانی و کارشناسی، این تعداد به ترتیب ۳، ۴ و ۶ نفر (۲۰٪، ۲۶٪، و ۴۰٪) بود. دارندگان مدرک کارشناسی ارشد نیز شامل ۲ نفر (۱۳٪) در گروه مثبت‌گرا، ۱ نفر (۷٪) گروه شناختی-تحلیلی و ۱ نفر (۷٪) در گروه کنترل بود. در متغیر شغل، اکثر شرکت‌کنندگان یعنی ۱۱ نفر (۷۴٪) در گروه مثبت‌گرا، ۱۳ نفر (۸۷٪) در گروه شناختی-تحلیلی و ۱۱ نفر (۷۴٪) در گروه کنترل شغل آزاد داشتند؛ در حالی که فقط ۴، ۲ و ۴ نفر (۲۶٪، ۱۳٪، و ۲۶٪) دارای شغل دولتی بودند. در نهایت، از نظر وضعیت تأهل، در گروه‌های مثبت‌گرا و کنترل ۱۴ نفر (۹۳٪) و در گروه شناختی-تحلیلی ۱۲ نفر (۸۰٪) متأهل بودند و تنها ۱ نفر (۷٪) در گروه‌های مثبت‌گرا و کنترل و ۳ نفر (۲۰٪) در گروه شناختی-تحلیلی مجرد یا مطلقه بودند. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر سن، تحصیلات، شغل و تأهل تفاوت معناداری نداشتند (P>۰/۰۵). در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	گروه	مرحله اندازه‌گیری					
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		M	SD	M	SD	M	SD
ناگویی هیجانی	مثبت‌گرا	۵۷/۵۳	۸/۶۲	۴۲/۲۷	۴/۶۱	۴۱/۸۷	۸/۵۲
	شناختی-تحلیلی	۵۶/۶۸	۹/۱۶	۴۰/۶۷	۵/۰۷	۳۹/۸۰	۱۰/۵۲
	کنترل	۵۴/۳۳	۷/۱۰	۵۳/۳۴	۵/۴۶	۵۴/۰۹	۷/۹۷
حساسیت اضطرابی	مثبت‌گرا	۴۱/۱۹	۵/۳۶	۳۰/۰۶	۴/۹۸	۲۹/۳۹	۴/۴۶
	شناختی-تحلیلی	۴۱/۰۳	۶/۱۸	۳۰/۸۴	۶/۶۴	۳۰/۳۸	۶/۱۶
	کنترل	۳۹/۳۹	۵/۰۱	۳۹/۴۶	۴/۷۳	۳۹/۵۵	۴/۷۴

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود بعد از اعمال مداخلات درمانی-آموزشی میانگین ناگویی هیجانی و حسایت اضطرابی گروه‌های آزمایشی به مقدار قابل توجهی کاهش یافته است و بعد از گذشت سه ماه در مرحله‌ی پیگیری همچنان پایدار بود.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌های ناگویی هیجانی و حسایت اضطرابی سه گروه در مراحل سه‌گانهٔ اندازه‌گیری (p>۰/۰۵)، از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های ناگویی هیجانی در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۰/۷۶، p=۰/۴۷۲)، پس‌آزمون (F=۲/۹۴، p=۰/۰۶۴) و پیگیری (F=۲/۷۰، p=۰/۰۷۹) و حساسیت اضطرابی در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۲/۱۳، p=۰/۱۳۱)، پس‌آزمون (F=۲/۶۸، p=۰/۰۸۰) و پیگیری (F=۱/۱۲، p=۰/۳۳۵) در جامعه و از آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس ناگویی هیجانی (F=۱/۶۲، p=۰/۰۷۸) و حساسیت اضطرابی (F=۱/۹۰، p=۰/۰۷۶)، استفاده شد که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موخلی استفاده شد که نتیجه این آزمون نیز برای ناگویی هیجانی (W=۰/۹۳، p=۰/۳۸۸) و ترس از عود (W=۰/۵۴، p=۰/۷۷۶) معنی‌دار نبود. بنابراین، داده‌ها پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را زیر سوال نبرده‌اند.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز حاکی از معنی‌داری اثر تعامل زمان و گروه برای ناگویی هیجانی (F=۱۷/۱۸، p<۰/۰۱) و حساسیت اضطرابی (F=۱۹/۶۵، p<۰/۰۱) بود. مجذور اتا نشان داد که ۴۶ درصد و ۴۹ درصد واریانس نمرات برای این متغیرها به ترتیب ذکر شده مربوط به عضویت گروهی است. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	منابع تغییر		مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	Eta (اندازه اثر)
ناگویی هیجانی	اثر درون‌گروهی	زمان اندازه‌گیری	۹۸۱۷/۷۸	۱	۹۸۱۷/۷۸	۱۱۴/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
		زمان×گروه	۷۰۵۴/۶۹	۲	۳۵۲۷/۳۴	۴۱/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶
		خطا	۳۶۱۰/۵۳	۴۲	۸۵/۹۷			
	اثر بین‌گروهی	گروه	۱۷۴۳۷/۵۷	۲	۸۷۱۸/۷۹	۲۴/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴
		خطا	۱۵۱۳۵/۲۰	۴۲	۳۶۰/۳۶			
	اثر درون‌گروهی	زمان اندازه‌گیری	۵۰۰۲/۶۸	۱	۵۰۰۲/۶۸	۱۱۸/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

		زمان×گروه	۳۲۴۱/۱۶	۲	۱۶۷۰/۵۸	۳۹/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵
حساسیت		خطا	۱۷۶۹/۶۷	۴۲	۴۲/۱۴			
اضطرابی	اثر بین‌گروهی	گروه	۴۸۹۲/۶۴	۲	۲۴۴۶/۲۳	۲۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹
		خطا	۵۰۷۲/۹۸	۴۲	۱۲۰/۷۹			

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد، منبع زمان در متغیرهای ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی معنادار شده است (p<۰/۰۱). همچنین بین گروه و زمان تعامل وجود دارد (p<۰/۰۵). در اثر گروه نیز مشخص شد در متغیرهای ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). برای پی‌بردن به این که از لحاظ کدام مراحل اندازه‌گیری بین سه گروه در متغیرهای پژوهش تفاوت وجود دارد آزمون تعقیبی بن‌فرونی انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بانفرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیرهای پژوهش در مراحل سه‌گانهٔ اندازه‌گیری

متغیر	مرحلهٔ مرجع	مرحلهٔ مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p
ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۰/۴۹	۱/۹۰	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲۰/۸۹	۱/۹۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۰	۰/۵۷	۱/۰۰۰
حساسیت اضطرابی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۴/۷۸	۱/۲۶	۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۴/۹۱	۱/۳۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۳	۰/۱۳	۱/۰۰۰

جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون (p<۰/۰۱) و پیگیری (p<۰/۰۱) برای ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی معنادار است، اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری این متغیرها معنادار نیست (p>۰/۰۵). از در ادامه به بررسی تفاوت اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شناختی-تحلیلی با استفاده از آزمون تعقیبی بن‌فرونی پرداخته شده است (جدول ۶).

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بانفرونی برای مقایسه زوجی میانگین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p
ناگویی هیجانی	روان‌درمانی مثبت‌گرا	درمان شناختی-تحلیلی	۴/۹۸	۲/۰۱	۰/۶۴۲
		گواه	۱۷/۶۴	۴/۰۱	۰/۰۰۱
	درمان شناختی-تحلیلی	گواه	۱۶/۶۷	۴/۰۱	۰/۰۰۱
حساسیت اضطرابی	روان‌درمانی مثبت‌گرا	درمان شناختی-تحلیلی	۳/۲۲	۲/۳۲	۰/۸۳۱
		گواه	۱۴/۶۹	۲/۳۲	۰/۰۰۱
	درمان شناختی-تحلیلی	گواه	۱۲/۴۷	۲/۳۲	۰/۰۰۱

طبق جدول ۶ تفاوت میانگین بین گروه‌های درمانی در ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی معنادار نیست (p>۰/۰۵). البته تفاوت میانگین‌های بین گروه‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شناختی-تحلیلی با گروه گواه در ناگویی هیجانی (p<۰/۰۱) و حساسیت اضطرابی (p<۰/۰۱) معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شناختی-تحلیلی بر ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود. نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شناختی-تحلیلی بر کاهش ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود. بین این دو روش درمانی در کاهش ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پرفشاری خون تفاوتی مشاهده نشد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی با یافته‌های چیهان و اگین (۲۰۲۵)، خدامرادی و همکاران (۱۴۰۳)، گاندر و همکاران (۲۰۲۲) و مارسی (۲۰۲۵) همسو بود. کاربرد برنامه روان‌درمانی مثبت‌گرا، این امکان را فراهم می‌کند که با تمرکز بر تقویت هیجانات مثبت، تاب‌آوری و منابع درونی، الگوهای فکری و هیجانی ناسازگار را بهبود بخشد. بر اساس الگوی سلیگمن (۲۰۰۶)، این درمان با تمریناتی مانند نوشتن دفترچه شکرگذاری، تمرکز بر بخشش و ابراز هیجانات مثبت، به بیماران کمک می‌کند تا از نشخوار فکری بر روی هیجانات منفی و علائم بیماری فاصله بگیرند و به جای آن، بر نقاط قوت و منابع درونی خود متمرکز شوند. این امر موجب تعدیل فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و کاهش ترشح هورمون‌های استرس‌زا مانند کورتیزول و آدرنالین می‌شود (آلدافیری و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، روان‌درمانی مثبت‌گرا با ارتقای انعطاف‌پذیری شناختی و رفتاری (آپیاه و همکاران، ۲۰۲۲) به بهبود تنظیم هیجانی و در نهایت، کنترل غیرمستقیم فشار خون منجر می‌شود. این رویکرد به ویژه در کاهش ناگویی هیجانی مؤثر است، زیرا به افراد کمک می‌کند تا به جای سرکوب هیجانات، آن‌ها را به طور مناسب تجربه و ابراز کنند (صفاری‌نیا و اسدپور، ۱۴۰۳). در واقع، درمان مثبت‌گرا از طریق تمرکز بر هیجانات مثبت، نقاط قوت فردی و بازسازی شناختی، به کاهش دشواری در شناسایی و توصیف احساسات کمک می‌کند (خدامرادی و همکاران، ۱۴۰۳). بنا به باور چیهان و اگین (۲۰۲۵) نیز ایجاد هیجانات مثبت در افراد که از تکنیک‌ها و مفروضات بنیادین روان‌شناسی مثبت‌نگر است به خنثی کردن اثر هیجانات منفی، ایجاد و افزایش منابع شخصی، ارتقاء تاب‌آوری روان‌شناختی، افزایش سلامت جسمانی و روانی و همچنین، ایجاد بستر لازم برای رشد انسان منجر می‌شود. از طرفی در روان‌درمانی مثبت‌گرا، تقویت هیجانات مثبت و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای باعث کاهش ترس و حساسیت نسبت به علائم اضطرابی شده است (صفاری‌نیا و اسدپور، ۱۴۰۳). سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) معتقد بودند که این شیوه مداخلاتی نه تنها علائم خلقی منفی از جمله افسردگی را کاهش می‌دهد، بلکه به‌طور مستقیم هیجانات مثبت، توانمندی‌های شخصیتی و معناداری در زندگی را افزایش می‌دهد که به عنوان سپری در مقابل خلق منفی و ترس و نگرانی فرد بیمار عمل می‌کند و از نشخوار فکری با بیماری و اضطراب و خلق منفی می‌کاهد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که مداخله درمان شناختی-تحلیلی بر ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مؤثر است. این نتایج با یافته‌های بیریایی نجف‌آبادی و همکاران (۱۴۰۲)، تینلین-دیکسون (۲۰۲۴)، پور و همکاران (۲۰۲۳)، کریون-استینز و فینچ (۲۰۲۴) و هاو و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. از آنجایی که حساسیت اضطرابی به عنوان ترس از علائم بدنی مرتبط با اضطراب (مانند تپش قلب) شناخته می‌شود، این ترس یک چرخه معیوب استرس-واکنش قلبی-عروقی را در بیماران ایجاد می‌کند (آلکان و همکاران، ۲۰۲۵؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۲۵). درمان شناختی-تحلیلی، با استفاده از الگوی رایلی و کیر (۲۰۲۰)، بر شناسایی و اصلاح الگوهای ناسازگار تمرکز دارد. در واقع، در این رویکرد تأکید بر این است که نقایص در خودآگاهی و تنظیم هیجانی را می‌توان با تمریناتی مانند تدوین فهرست مشکلات و ترسیم نمودار رویه‌ای اجتناب‌ها رفع نمود و بهبود بخشید. به منظور تبیین تأثیر درمان شناختی-تحلیلی بر ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی، می‌توان بیان نمود که این درمان با آموزش مهارت‌های شناسایی و تفکیک علائم جسمانی استرس از علائم بیماری‌های جسمی، به بیماران کمک می‌کند تا به جای فاجعه‌سازی، پاسخ‌های مناسب‌تری به علائم فیزیولوژیک خود بدهند. این فرآیند، موجب بهبود ساماندهی هیجانات دریافتی از محیط اطراف و محرک‌ها می‌شود؛ به نحوی که اطلاعات فکری و هیجانی پردازش، تفسیر، مرتبط و تلفیق می‌شوند و مغز اطلاعات را انتخاب، تقویت، مهار و مقایسه می‌کند و در قالب یک الگوی منعطف و قابل تغییر، یکپارچه می‌نماید. بنابراین، موجب بهبود فرایند پاسخگویی این بیماران به استرس و همچنین، کنترل سایر محرک‌های محیطی می‌گردد که با رفع ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی، زمینه بهبود کیفیت زندگی و پیشرفت در درمان پزشکی آن‌ها هموار می‌شود (هاو و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع، درمانگر در بخش شناختی به بیماران جهت بالا بردن ظرفیت تفکر انتزاعی و در بخش تحلیلی جهت شناخت فاکتورهای ناهوشیار و کشف عوامل مؤثر بر شناخت و فهم ارتباط بین درمانگر و مراجع تلاش نمود (تینلین-دیکسون، ۲۰۲۴) که این تلفیق مداخلات شناختی و تحلیلی، فرآیند پیچیده هیجانی بیماران را در سطحی عمیق‌تر هدف قرار می‌دهد و به بازسازی و تغییر الگوهای ناکارآمد هیجانی و شناختی کمک می‌کند. در واقع، تأثیر این درمان از طریق اصلاح خطاهای شناختی، بازشناسی الگوهای ناسازگار هیجانی و تعمیق بینش به خود و روابط (هاو و همکاران، ۲۰۲۴) بوده است. از طرفی، این بازسازی و تغییر الگوهای ناسازگار به کاهش حساسیت و کنترل بهتر اضطراب کمک خواهد کرد (تینلین-دیکسون، ۲۰۲۴).

در نهایت، نتایج پژوهش نشان داد که میان اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شناختی–تحلیلی بر ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پرفشاری خون تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با پژوهش قنواتی و همکاران (۱۴۰۳) و انگلهارت و همکاران (۲۰۲۴) همسو است که اثربخشی مشابه این دو رویکرد را در کاهش نشانه‌های اضطرابی و مشکلات هیجانی گزارش کرده‌اند و

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

پیشنهاد استفاده ترکیبی از آن‌ها را مطرح نموده‌اند. به نظر می‌رسد این هم‌ارزی ناشی از اشتراکات مفهومی و کارکردی میان دو رویکرد باشد. هرچند این درمان‌ها بر مبانی نظری متفاوتی استوارند، در عمل بر فرآیندهای روان‌شناختی مشترکی مانند افزایش خودآگاهی هیجانی، بازسازی شناختی و ارتقای تاب‌آوری و سازگاری هیجانی تمرکز دارند (انگلهارت و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، با توجه به دیدگاه انگلهارت و همکاران (۲۰۲۴) می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت‌گرا با تأکید بر تجارب مثبت و معنا، و درمان شناختی–تحلیلی با تمرکز بر شناسایی و اصلاح الگوهای ناکارآمد، هر دو در جهت کاهش آشفتگی هیجانی و اضطراب عمل می‌کنند.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شناختی–تحلیلی در کاهش ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مؤثر هستند، امّا تفاوت معناداری در اثربخشی آن‌ها مشاهده نشد. روان‌درمانی مثبت‌گرا با تمرکز بر تجارب مثبت و معنا و درمان شناختی–تحلیلی با اصلاح الگوهای ناکارآمد، توانایی بیماران در تنظیم هیجان و سازگاری با استرس‌های مرتبط با بیماری را افزایش می‌دهد. بنابراین، هر یک از این درمان‌ها یا بهره‌گیری همزمان از آن‌ها می‌تواند به عنوان مداخلات روان‌شناختی مؤثر در کنار درمان‌های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد و به بهبود وضعیت هیجانی و روان‌شناختی بیماران کمک کند. انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی مکانیزم اثرگذاری و مقایسه طولانی‌مدت این درمان‌ها در اختلالات مشابه نیز ضروری است.

مطالعه حاضر در نمونه محدودی از بیماران مبتلا به پرفشاری خون در بیمارستان لاله شهر تهران به شیوه هدفمند انجام شد؛ امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بر این اساس تعمیم نتایج با محدودیت همراه است. همچنین حجم نمونه نسبتاً کوچک و دوره پیگیری سه‌ماهه از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. سابقه دریافت خدمات روان‌درمانی و سطح دانش شناختی افراد نیز کنترل نشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده از طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی با حجم نمونه بزرگ‌تر و دوره پیگیری طولانی‌تر استفاده شود تا تعمیم‌پذیری و روایی نتایج افزایش یابد و اثرات بلندمدت مداخلات نیز بررسی شود. در زمینه کاربردی، استفاده از روان‌درمانی مثبت‌گرا و درمان شناختی-تحلیلی به منظور کاهش ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پرفشاری خون پیشنهاد می‌شود.

منابع

بیریایی نجف‌آبادی، د.، بدیهی، م.، ربیعی، ز.، و شکراللهی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی و فاجعه‌آمیز کردن درد در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی. *نشریه طلوع بهداشت*، ۲۲(۶)، ۶۲-۷۵. http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3611-fa.html

خدامرادی، ش.، حسینی، س. س.، و امیری، ح. (۱۴۰۳). اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر آشفتگی روانشناختی، دغدغه فکری و افکار خودآیند منفی دانش آموزان کنکوری. *نشریه پویایی روانشناختی در اختلال های خلقی*، ۳(۳)، ۱۳-۲۳. https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.3.3.2

سلطانی بیرق، پ. و پناه علی، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر استرس، افکار خودآیند منفی و کیفیت خواب در بیماران مبتلا به فشار خون بالا. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۵(۵۸)، ۵۶-۴۷. https://sanad.iau.ir/Journal/jtbcp/Article/1118303

صفاری‌نیا، م.، و اسدپور، ف. (۱۴۰۳). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر اضطراب سلامت و خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه بیهوشی و درد*، ۱۵(۴)، ۶۸-۷۸. http://jap.iums.ac.ir/article-1-5778-fa.html

مرادی‌منش، ف.، میرجعفری، س. ا.، گودرزی، م.، و محمدی، ن. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی شاخص تجدید نظر شده حساسیت اضطرابی (ASIR). *روان‌شناسی*، ۴۴، ۴۴۶-۴۲۶. https://www.magiran.com/p641201

مسعودیان، ز.، عاطف وحید، م. ک.، ملیحی الذاکرینی، س.، کراسکیان موجماری، آ.، و دلاوری، ع. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان شناختی تحلیلی بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر (IBS). *نشریه رویش روان شناسی*، ۱۲(۶)، ۱۲۱-۱۳۲. http://frooyesh.ir/article-1-4081-fa.html

نامور، ه. و قاصدی، م. (۱۳۹۹). پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به فشار خون بالا براساس وابستگی بین‌فردی و حمایت اجتماعی با میانجی‌گری امید. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۴(۷)، ۶۴-۵۲. http://journal.muq.ac.ir/article-1-2788-fa.html

Alcan, E., Gessner, J., Stangier, G., Benke, C., Busin, J., Christiansen, H., & Melzig, C. A. (2025). The Association Between Parent-to-Child Fear Learning Pathways and Anxiety Sensitivity: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1-27. https://doi.org/10.1007/s10567-025-00517-7

Aldhafeeri, T. H., Aldhafeeri, M. H., Alrawali, M. N. H., Al-Ruwaili, A. N. H., Aldossary, I. A., Aldossary, M. S. M., ... & Al Shaarariy, M. M. A. (2024). Hypertension: Genetic Factors, Endothelial Dysfunction, and Nursing Management Strategies. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*, *7*(S9), 53. https://doi.org/10.63278/jicrcr.vi.279

Appiah, R., Wilson Fadiji, A., Wissing, M. P., & Schutte, L. (2022). The inspired life program: Development of a multicomponent positive psychology intervention for rural adults in Ghana. *Journal of Community Psychology*, *50*(1), 302–328. https://doi.org/10.1002/jcop.22566

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

Arslan, G. (2025). Beyond happiness: The three waves of positive psychology and the future of wellbeing. *Journal of Happiness and Health*, (Articles in press), 42-47. https://doi.org/10.47602/johah.v5i2.121

Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*, *38*(1), 33-40. https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X

Benfante, A., & Romeo, A. (2023). Alexithymia among people living with HIV: A scoping review. *AIDS and Behavior*, *27*(6), 1926–1941. https://doi.org/10.1007/s10461-022-03926-9

Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*, *101*(1), 209-220. https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220

Charchar, F. J., Prestes, P. R., Mills, C., Ching, S. M., Neupane, D., Marques, F. Z., ... & Tomaszewski, M. (2024). Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. *Journal of hypertension*, *42*(1), 23-49. https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003563

Cihan, S., & Eğin, S. (2025). The effectiveness of positive psychotherapy-based intervention studies on cancer patients: a systematic review. *Current Psychology*, 1-17. https://doi.org/10.1007/s12144-025-07875-z

Craven-Staines, S., & Finch, J. (2024). *A Beginner's Guide to Cognitive Analytic Therapy: Practitioner and Service User Perspectives*. Taylor & Francis. https://doi.org/10.4324/9781003308256

Dodd, P. J., McQuaid, C. F., Rao, P., Abubakar, I., Arinaminpathy, N., Carnegie, A., ... & White, R. G. (2023). Improving the quality of the Global Burden of Disease tuberculosis estimates from the Institute for Health Metrics and Evaluation. *International journal of epidemiology*, *52*(6), 1681-1686. https://doi.org/10.1093/ije/dyad128

Engelhardt, C. L., Meier, M., Keller, S., & Laireiter, A. R. (2024). Positive psychotherapy and cognitive behavioral therapy in anxiety patients–A study protocol for a randomized control trial in an online group setting. *PloS one*, *19*(4), e0299803. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299803

Gander, F., Proyer, R. T., & Ruch, W. (2022). Do beliefs in the malleability of well-being affect the efficacy of positive psychology interventions? Results of a randomized placebo-controlled trial. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *14*(4), 1353-1368. https://doi.org/10.1111/aphw.12338

Guilbaud, O. (2025). Alexithymia and Immunity: More Than 50 years Later, Where Do We Stand?. *PsychoNeuroImmunology: Volume 2: Interdisciplinary Approaches to Diseases*, 417-456. https://doi.org/10.1007/978-3-031-72079-6_15

Haw, R., Marsden, M., Hartley, S., Turpin, C., & Taylor, P. J. (2024). A Brief Cognitive Analytic Therapy–Informed Approach for Young People That Have Self-Injured (CATCH-Y): A Case Series. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *31*(3), e2976. https://doi.org/10.1002/cpp.2976

Hossain, M. M., Kashem, M. A., Nayan, N. M., & Chowdhury, M. A. (2024). A Medical Cyber-physical system for predicting maternal health in developing countries using machine learning. *Healthcare Analytics*, *5*, 100285. https://doi.org/10.1016/j.health.2023.100285

Luciano, M., Della Rocca, B., Di Vincenzo, M., Toni, C., Sampogna, G., & Fiorillo, A. (2024). Promotion of physical health and healthy lifestyle behaviors in patients with severe mental disorders: Physical health and lifestyle behaviors. *Italian Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.36180/2421-4469-2024-572

Marseille, A. (2025). Positive Psychotherapy: A Transcultural Approach to Psychotherapy for the Twenty-First Century. In *Psychotherapy in the Third Millennium-Cross-Cutting Themes and Proposals for Reflection*. IntechOpen. 10.5772/intechopen.1007778

Okati-Aliabad, H., Ansari-Moghaddam, A., Kargar, S., & Mohammadi, M. (2022). Prevalence of hypertension and pre-hypertension in the Middle East region: a systematic review & meta-analysis. *Journal of human hypertension*, *36*(9), 794-804. https://doi.org/10.1038/s41371-021-00647-9

Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003117452

Power, N., Kellett, S., & Gaskell, C. (2023). Effectiveness of cognitive analytic therapy for mixed anxiety and depression in the context of borderline traits: A quasi-experimental single case design evaluation. *Journal of Psychotherapy Integration*, *33*(1), 34. https://doi.org/10.1037/int0000281

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy*, *24*(1), 1-8. https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9

Ryle, A., & Kerr, I. B. (2020). *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice of a relational approach to mental health*. John Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9781119375210

Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, *61*(8), 774. https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774

Shah, P., Patel, H., Oza, K., Shah, N., Despande, S., & Patel, C. (2022). Effect of Patient Counselling Based Intervention in Hypertensive Outpatients. *Indian Journal of Pharmacy Practice*, *15*(1), 23. https://doi.org/10.5530/ijopp.15.1.5

Tinlin-Dixon, R. (2024). Using cognitive analytic therapy as a transdiagnostic intervention for comorbid personality disorder, posttraumatic stress disorder, and functional neurological symptom disorder: a case report of a 68 woman's journey toward the integration of dissociated self-states. *Clinical Case Studies*, *23*(2), 146-164. https://doi.org/10.1177/15346501231198483

Zhang, S., Yang, Y., Chen, X., Fan, L., Wu, J., Liu, X., ... & Zhou, Q. (2025). Diabetes Mellitus and Hyperlipidemia Status Among Hypertensive Patients in the Community and Influencing Factors Analysis of Blood Pressure Control. *The Journal of Clinical Hypertension*, *27*(2), e14965. https://doi.org/10.1111/jch.14965

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]