Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 11/ No. 1/ 2024
Page: 152/167

Comparing the effectiveness of existential group psychotherapy and mindfulness group therapy on resilience and life quality in patients with hypertension

Atieh Ghasemi[1], Abbas Salehi Omran[2], Farahnaz Meschi[3], Sheida Sodagar[4], Biuok Tajeri.[5]

1-PhD Student Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
2- Assistant Professor Department of Medicine, Tehran Heart Center, University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding author). E-mail: abbasomran@yahoo.com
3- Assistant Professor Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran/ Clinical Cares and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
4- Assistant Professor Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran/ Clinical Cares and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
5- Assistant Professor Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran/ Clinical Cares and Health Promotion Research Center, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Received: 14/05/2023 **Accepted:** 18/02/2024

Abstract

Introduction: The use of existential group psychotherapy and mindfulness group therapy seems to be beneficial in improving the resilience and life quality of patients with hypertension.
Aim: The present study aimed to compare the effectiveness of existential group psychotherapy and mindfulness group therapy on resilience and life quality in patients with hypertension.
Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up plan with a control group. The statistical population of this study included patients suffering from hypertension referred to Atiyeh Hospital in the second six months of 2022, and 30 of them were selected by purposive sampling and randomly assigned to 1 intervention group and 1 control group. The research tools included a demographic questionnaire, the "Connor-Davidson Resilience Scale (2003), and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1989). After conducting 10 sessions of existential group psychotherapy and 10 sessions of mindfulness group therapy for the intervention groups, the data were analyzed by using the method of variance analysis with repeated measurements and in SPSS version 24 software.
Results: Results of the Bonferroni post hoc test indicate a significant difference between the averages of the experimental and control groups for resilience and life quality variables and indicate the effectiveness of existential and mindfulness therapies. These results show that existential and mindfulness therapies were effective on the variables of resilience and life quality in the experimental groups ($P<0.01$).
Conclusion: It is suggested that to increase the resilience and life quality of patients suffering from hypertension, courses of existential psychotherapy and mindfulness therapy should be held for these patients along with drug treatments.
Keywords: existential, hypertension, mindfulness, life quality, resilience

Ghasemi A, Salehi Omran A, Meschi F, Sodagar S, Tajeri B. Comparing the effectiveness of existential group psychotherapy and mindfulness group therapy on resilience and life quality in patients with hypertension. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2024; 11 (1) :152-167
URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2239-fa.html
Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال یازدهم :شماره۱، ۱۴۰۳
صفحات: ۱۶۷-۱۵۲

مقایسه اثربخشی درمان گروهی وجودی و درمان گروهی ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون

عطیه قاسمی[۱]، عباس صالحی عمران[۲]، فرحناز مسچی[۳]، شیدا سوداگر[۳]، بیوک تاجری.[۳]

۱. دانشجوی دکتری ،گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۲. استادیارگروه پزشکی، مرکز قلب تهران، دانشگاه علوم پزشکی، تهران، ایران، (مولف مسئول). ایمیل: abbasomran@yahoo.com
۳. استادیارگروه روانشناسی سلامت، ، دانشگاه آزاد اسلامی، واحدکرج، مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۴.استادیارگروه روانشناسی سلامت، ، دانشگاه آزاد اسلامی،واحد کرج، مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۵. استادیارگروه روانشناسی سلامت، ، دانشگاه آزاد اسلامی، واحدکرج، مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۲۴ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۲/۱۱/۲۹

چکیده

مقدمه: استفاده از درمان گروهی وجودی و درمان گروهی ذهن آگاهی در ارتقای تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون سودمند به نظر می‌رسد.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان گروهی وجودی و درمان گروهی ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل بیماران مبتلا به بیماری پرفشاری خون مراجعه کننده به بیمارستان آتیه تهران در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۱ بودند که از میان آن‌ها ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در ۲ گروه مداخله و ۱ گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۸۹) بود. پس از اجرای ۱۰ جلسه درمان گروهی وجودی و ۱۰ جلسه درمان گروهی ذهن آگاهی برای گروه‌های مداخله، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه با یکدیگر و نشان‌دهنده اثربخشی درمان‌های وجودی و ذهن آگاهی بر متغیرهای تاب‌آوری و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش بود ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود که در جهت افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون دوره‌های درمان وجودی و درمان ذهن آگاهی برای این بیماران در کنار درمان‌های دارویی برگزار شود.

کلیدواژه‌ها: پرفشاری خون، تاب‌آوری، ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، وجود.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

پرفشاری خون[1] به عنوان یکی از بیماری‌های قلبی- عروقی به صورت پرفشاری خون سیستولیک ۱۴۰ میلی لیتر جیوه و بالاتر و همچنین پرفشاری خون دیاستولیک ۹۰ میلی لیتر جیوه و بالاتر تعریف می‌شود (زادمهر، ۲۰۱۸). پرفشاری خون از جمله مشکلات اساسی سلامت عمومی هستند که شیوع آن‌ها به سرعت در سراسر جهان رو به افزایش است (والادارس-گاریدو، سوریانو مورنو، رودریگو گالاردو، مونکادا ماپلی، پاچکو مندوزا و هیوآمانچومو[2]، ۲۰۲۰). در بین تمامی بیماری‌های غیر واگیر، بیماری‌های قلبی- عروقی با ۱۱ میلیون مرگ سالانه، اولین علت مرگ‌ومیر در سراسر جهان است و بیش از ۹ میلیون نفر از این مرگ‌ها ناشی از عوارض پرفشاری خون است (کلیوند، امرایی و رضایی، ۱۴۰۱).

این بیماری، مانند اغلب بیماری‌های مزمن، با کیفیت زندگی[3] بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد (گنجی و همکاران، ۱۳۹۶). کیفیت زندگی به عنوان درک یک فرد از موقعیت خود در زندگی در بطن فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های افراد تعریف شده است (سازمان جهانی بهداشت[4]، ۲۰۲۰). تاب‌آوری[5] ازجمله متغیرهای مهمی است که در ارتباط بین تنش و بیماری‌های مرتبط با تنش نظیر پرفشاری خون نقش تعدیل‌کننده دارد (نامور و قاصدی، ۱۳۹۹). تاب‌آوری یا توانایی سازگاری مثبت با مصیبت و آسیب، یک موضوع روان‌شناختی است که در ارتباط با پاسخ فرد به تنش آسیب زا و موقعیت‌های مشکل آفرین زندگی بررسی شده است. تاب‌آوری فقط پایداری در برابر آسیب‌ها یا موقعیت‌های خطرناک نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامون خود است (جعفر طباطبایی، جعفر طباطبایی و جوادی، ۱۳۹۹).

به نظر می‌رسد درمان ذهن آگاهی[6]، در ارتقای کیفیت زندگی و رشد توانمندی‌های مثبتی چون تاب‌آوری می‌تواند مؤثر واقع شود. ذهن آگاهی، آگاهی از لحظه حاضر و بدون قضاوت است. همچنین ذهن‌آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در این لحظه اتفاق می‌افتد، تعریف شده است. ذهن‌آگاهی روشی برای زندگی بهتر، تسکین دردها، غنابخشی و معنی‌دار کردن زندگی است (چو و ماک[7]، ۲۰۲۰). برخی از پژوهش‌ها به اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری در جمعیت‌های مختلف اشاره داشته‌اند. به عنوان مثال، سلطانی بیرق و پناه علی (۱۳۹۹) نتیجه گرفتند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، به صورت معناداری باعث کاهش استرس، کاهش افکار خودآیند منفی و بهبود کیفیت خواب در بیماران مبتلا به پرفشاری خون شده است؛ لذا درمان شناختی مبتنی بر ذهن-آگاهی موجب ارتقاء سلامت روان‌شناختی در این بیماران می‌شود. ناصری گرگون و همکاران (۱۴۰۰) نتیجه گرفتند مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با تأکید بر روش‌های آرام‌سازی مثل مراقبه می‌تواند روشی کارآمد در بهبود تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی باشد که در نهایت منجر به افزایش

[1]- hypertension
[2]- Valladares-Garrido, M. J., Soriano-Moreno, A. N., Rodrigo-Gallardo, P. K., Moncada-Mapelli, E., Pacheco-Mendoza, J., & Toro-Huamanchumo, C. J.
[3]. quality of life
[4]- World Health Organization
[5]- resilience
[6]- mindfulness
[7]- Chu, S. T.-W., & Mak, W. W. S.

انطباق بیماران می‌گردد. طبق نتایجی که از پژوهش پورآبادئی و یوسفی نیا (۱۳۹۹) ذهن‌آگاهی با تغییر راهبردهای مقابله‌ای از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار، ایجاد خودآگاهی و اجتناب از تفکر خودکار، باعث کاهش تحریف‌های شناختی و افزایش تاب‌آوری می‌گردد و می‌تواند به‌عنوان آموزشی برای توان‌بخشی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌تنی به کار رود. نتایج حاصل از پژوهش آنتونینی فیلیپ، شواب و بایاسوتی[1] (۲۰۲۱) نشان داد که مداخله ذهن آگاهی سطوح تاب‌آوری تمرین کنندگان را تقویت می‌کند و نشان می‌دهد که مراقبه ذهن آگاهی ابزاری برای مقابله با ناملایمات در طول یک رویداد بالقوه آسیب‌زا محسوب می‌شود. اینس، سلف، خلسا و کنداتی[2] (۲۰۱۶) نشان دادند که ذهن آگاهی موجب بهبود استرس، خلق، بهزیستی، کیفیت خواب و کیفیت زندگی در سالمندان می‌شود.

به نظر می‌رسد روان‌درمانی وجودی[3] یکی دیگر از رویکردهای درمانی است که به کمک آن می‌توان کیفیت زندگی و تاب‌آوری را ارتقا بخشید. روان‌درمانی وجودی، رویکردی در روان‌درمانی است که ساختاری نظری دارد و مجموعه فنونی از این ساختار برمی‌خیزد که چارچوبی برای بسیاری از مخلفات درمان فراهم می‌آورد (وارل[4]، ۲۰۲۲). برخی از پژوهش‌ها به اثربخشی درمان وجودی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری در جمعیت‌های مختلف اشاره داشته‌اند. افشارپور و نقی اقدسی (۱۳۹۷) در پژوهشی با مقایسه واقعیت درمانی و درمان وجودی نشان دادند درمان وجودی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه درمانی اثربخش است. حاجی بابایی و همکاران (۲۰۲۱) نتیجه گرفتند که مداخلات وجودی- معنوی و شناختی- رفتاری هر دو می‌توانند کیفیت زندگی و معنای زندگی را در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بهبود بخشند. با این حال، یافته‌ها حاکی از آن بود که اگرچه هر دو مداخله مؤثر بودند، مداخله وجودی- معنوی موجب به تغییرات مثبت بیشتری در برخی از جنبه‌های معنای زندگی و کیفیت زندگی شد.

به نظر می‌رسد استفاده از مداخله‌هایی نظیر درمان وجودی و درمان ذهن آگاهی فنون روان‌شناختی را شامل می‌شود که با کاهش پرفشاری خون احتمالاً می‌توانند جهت بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری بیماران مفید واقع شوند؛ از طرفی با در نظر گرفتن این مسئله که اگرچه هر دو رویکرد بر انتخاب آگاهانه افراد در کاهش مشکلات خود تمرکز دارند؛ اما هر کدام نحوه برخوردشان با این مشکلات به شیوه‌ای متفاوت است و از این جهت بررسی اثربخش‌ترین رویکرد حائز اهمیت است. ازاین‌رو، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان گروهی وجودی و درمان گروهی ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود.

[1]- Antonini Philippe, R., Schwab, L., & Biasutti, M.
[2]- Innes, K. E., Selfe, T. K., Khalsa, D. S., & Kandati, S.
[3]- existential therapy
[4]- Worrell, M.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل بیماران مبتلا به بیماری پرفشاری خون مراجعه کننده به بیمارستان آتیه تهران در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۱ بودند که از میان آن‌ها ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در ۲ گروه مداخله و ۱ گروه گواه قرار گرفتند. با مراجعه به جدول کوهن، با توجه به تعداد گروه‌ها ۳=df، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۰/۷ و اندازه اثر ۰/۴ تعداد نمونه معادل ۱۱ نفر برای هر گروه به دست آمد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۱۵ نفر برای هر گروه تعیین شد. از جمله ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل ابتلاء به بیماری پرفشاری خون (پرفشاری خون سیستولیک ۱۴۰ میلی لیتر جیوه و بالاتر و همچنین پرفشاری خون دیاستولیک ۹۰ میلی لیتر جیوه و بالاتر) و عدم ابتلاء به سایر بیماری‌های قلبی عروقی، حداقل تحصیلات دیپلم، سن ۳۰ تا ۵۰ سال، گذشت ۱ تا ۱۰ سال از ابتلا به بیماری پرفشاری خون، عدم تجربه رخدادهای تنش‌زا مانند طلاق و مرگ نزدیکان در سه ماه گذشته، عدم مصرف داروهای روان-پزشکی مثل ضد اضطراب و ضدافسردگی، عدم سابقه دریافت درمان وجودی و درمان ذهن آگاهی و عدم استفاده از روش‌های درمانی دیگر به طور همزمان و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم همکاری یا همکاری پایین در جلسات، غیبت بیشتر از دو جلسه، تأخیر بیشتر از سه جلسه و انصراف از ادامه همکاری بودند.

نحوه اجرای پژوهش این گونه بود که پس از تصویب پروپوزال و دریافت معرفی از دانشگاه به بیمارستان آتیه تهران مراجعه و پس از بیان هدف، اهمیت و ضرورت پژوهش برای مسئولان آن، همکاری آنان جهت انجام پژوهش جلب شد. سپس از آنان خواسته شد تا از مسئولان پذیرش بخواهند تا با پژوهشگر در زمینه معرفی زنان مبتلا به بیماری پرفشاری خون همکاری کنند. پس از اعلام همکاری و رضایت آگاهانه شفاهی، پرسشنامه جمعیت شناختی برای آن‌ها به صورت آنلاین ارسال شد. بدین ترتیب ملاک‌های ورود و خروج بر اساس پاسخ‌های افراد به پرسشنامه جمعیت شناختی بررسی شد و در نهایت ۴۵ نفر انتخاب شدند. لازم به ذکر است که برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت‌کننده‌ها این اطمینان خاطر داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن‌ها تا آخر محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آن‌ها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. پس از گمارش تصادفی شرکت‌کننده‌ها، در مرحله بعد، ابزارها به عنوان پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کننده‌های گروه مداخله و کنترل قبل از شروع مداخله به اجرا درآمد. سپس، افراد گروه‌های مداخله تحت جلسات حضوری «درمان گروهی ذهن آگاهی» و «درمان گروهی وجودی» در محیط بیمارستان قرار گرفتند و گروه گواه هیچ نوع مداخله آموزشی دریافت نکرد. در پایان مداخله نیز تمامی شرکت‌کننده‌های ۳ گروه،

پس‌آزمون و پس از گذشت ۱ ماه جهت پیگیری پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. درمان ذهن آگاهی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس بسته مداخله‌ای گریفیس و بارتلی[1] (۲۰۲۲) اجرا شد. درمان ذهن آگاهی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس بسته مداخله‌ای ون درزن و آدامس[2] (۲۰۱۶) اجرا شد. کل مدت دوره ۳ ماه به طول انجامید. به جهت رعایت اصول اخلاقی گروه کنترل در صورت تمایل از یکی از دو مداخله پس از پایان مطالعه بهره‌مند شدند.

در پژوهش حاضر جهت توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری «تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر[3]» و «آماره فیشر[4]» و. آزمون پیش‌فرض‌های آزمون از «آزمون شاپیرو- ویلک[5]»، آزمون لوین[6] و «آزمون کرویت موخلی» و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ تحلیل شد

جدول ۱ خلاصه محتوای جلسات درمان گروهی ذهن آگاهی گریفیس و بارتلی (۲۰۲۲).

جلسه	محتوای جلسه
اول	در این جلسه معارفه، بیان اهداف و قوانین جلسات، ارائه توضیحاتی درباره پرفشاری خون به‌عنوان یک بیماری روان‌تنی و تأثیرات روان‌شناختی آن بر فرد و خانواده صورت گرفت.
دوم	در این جلسه تمرین وارسی بدن صورت گرفت.
سوم	در این جلسه تمرین ذهن آگاهی دیدن یا شنیدن، مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس و حس‌های بدنی، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای و تمرین حرکات آگاهانه بدن صورت گرفت.
چهارم	در این جلسه مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار صورت گرفت.
پنجم	در این جلسه تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار، بحث درباره اذعان و پذیرش واقعیت موقعیت حاضر همان‌طور که هست صورت گرفت.
ششم	در این جلسه تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای و بحث درباره اینکه محتوی افکار ما اغلب واقعی نیستند، انجام شد.
هفتم	در این جلسه تمرین مراقبه نشسته و متمرکز بر تنفس و تمرین برگ‌های روی آب انجام شد.
هشتم	در این جلسه فعالیت‌های روزانه خوشایند در برابر ناخوشایند انجام شد.
نهم	در این جلسه تمرین برگ‌های روی آب و تمرین آگاهی باز انجام شد.
دهم	در این جلسه تمرین وارسی بدنی، بحث درباره مهارت‌های یاد گرفته شده و جمع‌بندی مطالب جلسات قبل انجام شد.

[1]- Griffith, G., & Bartley, T.
[2]- van Deurzen, E., & Arnold-Baker, C.
[3]- Analysis of variance with repeated measures design
[4]- Fisher statistic
[5]- Shapiro-Wilk test
[6]- Levene's test

جدول ۲ خلاصه محتوای جلسات درمان گروهی وجودی ون درزن و آدامس (۲۰۱۶)

جلسه	محتوای جلسه
اول	بیان اهداف و قوانین جلسات، ارائه توضیحاتی درباره پرفشاری خون به‌عنوان یک بیماری روان‌تنی و تأثیرات روان‌شناختی آن بر فرد و خانواده صورت گرفت.
دوم	بحث درباره مفهوم خودآگاهی.
سوم	در این جلسه فن خط عمر آموزش داده شد.
چهارم	در این جلسه تجارب اعضاء درباره فقدان و سوگ بررسی شد.
پنجم	در این جلسه تشریح مفاهیم آزادی، حق انتخاب و وجود محدودیت¬ها صورت گرفت.
ششم	در این جلسه بررسی پاسخ افراد به سؤال‌های آیا من انسان تنهایی هستم؟
هفتم	در این جلسه بررسی پاسخ افراد به سؤال آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟
هشتم	در این جلسه بررسی پاسخ افراد به سؤال‌های من برای چه زندگی می‌کنم؟
نهم	تصویرسازی ذهنی و تجسم
دهم	ارتباط و پیوند بین مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، آزادی، مسئولیت، مرگ و بی‌معنایی

ابزار

مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون[1]: مقیاس تاب-آوری کانر دیویدسون (۲۰۰۳) شامل ۲۵ گویه است که تاب‌آوری را در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای «همیشه نادرست= ۰» تا «همیشه درست= ۴» مورد پرسش قرار می-دهد. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و همبستگی درونی بین عوامل را در دامنه‌ای از (۰/۳۰) تا (۰/۷۰) و ضریب باز آزمایی ۰/۸۷ را به عنوان شاخصی از همسانی درونی و همبستگی مثبت مقیاس تاب‌آوری با ابزار سخت رویی کوباسا[2] (۰/۸۳) و مقیاس حمایت اجتماعی شیهان[3] (۰/۳۶)، همبستگی منفی این مقیاس با مقیاس استرس ادراک شده[4] (۰/۷۶-) و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان[5] (۰/۳۲-) را به عنوان شاخصی از روایی همگرای این ابزار گزارش کردند. در هنجاریابی ایرانی این ابزار که توسط کیهانی، تقوایی، رجبی و امیرپور (۱۳۹۳) انجام شد نتایج ضرایب همبستگیِ روایی همزمان حاکی از همبستگی منفی و معنادار تاب‌آوری و پرخاشگری و همبستگی مثبت و معنادار با خودکارآمدی و رضایت از زندگی بود. مقدار آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی اسپیرمن- برون به ترتیب برابر با ۰/۶۶۹ و ۰/۶۶۵ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت[6]: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ۱۹۸۹ شامل ۲۶ گویه است که ۴ خرده مقیاس سلامت جسمانی با شماره گویه‌های ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸، سلامت روانی با شماره گویه‌های ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶، روابط اجتماعی با شماره گویه‌های ۲۰، ۲۱ و ۲۲ و سلامت محیطی با شماره گویه‌های ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳،

[1]- Connor-Davidson Resilience Scale
[2]- Kobasa hardiness measure
[3]- Sheehan Social Support Scale
[4]- Perceived Stress Scale
[5]- Sheehan Stress Vulnerability Scale
[6]- World Health Organization Quality of Life Questionnaire

۲۴ و ۲۵ را در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً=۱ تا به شدت=۵ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ۲ گویه اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند. کالفوس، ریدانسداتر، کلوکنر و نیلسن[1] (۲۰۲۱) همبستگی این ابزار را با رضایت از سلامت[2] در دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۷۳ به عنوان شاخصی از روایی همگرای ابزار و ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۶۲ تا ۰/۸۵ را به عنوان شاخصی از همسانی درونی ابزار گزارش کردند. نجات و همکاران (۱۳۸۵) برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ و تفاوت معنادار میان گروه‌های بیمار و سالم در ۴ حیطه فوق را به عنوان روایی تمیزی این ابزار گزارش کردند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، در هر سه گروه درمان وجودی، درمان ذهن آگاهی و گواه ۱۰ زن (۶۶/۶۷ درصد) و ۵ مرد (۳۳/۳۳ درصد) حضور داشتند. در گروه درمان وجودی ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۳۵-۳۰ سال، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۴۰-۳۶ سال، ۳ نفر (۲۰ درصد) در طبقه سنی ۴۵-۴۱ سال و ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۵۰-۴۶ سال قرار داشتند. در گروه درمان ذهن آگاهی ۶ نفر (۴۰ درصد) در طبقه سنی ۳۵-۳۰ سال، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۴۰-۳۶ سال، ۳ نفر (۲۰ درصد) در طبقه سنی ۴۵-۴۱ سال و ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۵۰-۴۶ سال قرار داشتند. در گروه گواه ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۳۵-۳۰ سال، ۶ نفر (۴۰ درصد) در طبقه سنی ۴۰-۳۶ سال، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۴۵-۴۱ سال و ۳ نفر (۲۰ درصد) در طبقه سنی ۵۰-۴۶ سال قرار داشتند. در گروه درمان وجودی ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) مجرد، ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) متأهل و ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) مطلقه بودند. در گروه درمان ذهن آگاهی ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) مجرد و ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) متأهل بودند. در گروه گواه ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) مجرد و ۱۰ نفر (۶۶/۶۷ درصد) متأهل بودند. در گروه درمان وجودی ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) تحصیلات دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند. در گروه درمان ذهن آگاهی ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) تحصیلات دیپلم، ۹ نفر (۶۰ درصد) تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند. در گروه گواه ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) تحصیلات دیپلم، ۹ نفر (۶۰ درصد) تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار و آزمون شاپیرو- ویلک مربوط به تاب‌آوری و کیفیت زندگی در گروه درمان وجودی، درمان ذهن آگاهی و گروه گواه در سه مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری را نشان می‌دهد.

[1]- Kalfoss, M. H., Reidunsdatter, R. J., Klöckner, C. A., & Nilsen, M.

[2]- satisfaction with health

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار و آزمون شاپیرو- ویلک

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		معناداری آماره شاپیرو- ویلک		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	پیش- آزمون	پس- آزمون	پیگیری
تاب- آوری	درمان وجودی	۳۵/۶۶	۴/۷۰	۴۳/۳۳	۴/۲۲	۴۳/۴۶	۴/۵۳	۰/۱۶۰	۰/۳۷۹	۰/۳۹۳
	درمان ذهن- آگاهی	۳۵/۵۳	۴/۸۲	۴۲/۹۳	۴/۶۵	۴۳/۰۰	۴/۸۲	۰/۱۶۰	۰/۳۷۹	۰/۳۹۳
	گواه	۳۴/۹۳	۴/۹۹	۳۴/۶۰	۴/۳۳	۳۴/۴۰	۳/۷۷	۰/۲۲۹	۰/۰۵۹	۰/۱۰۴
کیفیت زندگی	درمان وجودی	۳۷/۲۰	۱/۹۷	۴۵/۹۳	۲/۵۲	۴۶/۶۶	۲/۳۵	۰/۳۲۲	۰/۳۸۷	۰/۷۷۰
	درمان ذهن- آگاهی	۳۵/۴۶	۲/۸۷	۴۳/۷۳	۴/۳۵	۴۴/۷۳	۳/۹۱	۰/۹۹۲	۰/۰۷۱	۰/۷۷۰
	گواه	۳۴/۰۰	۳/۷۶	۳۴/۰۰	۳/۶۶	۳۳/۴۰	۳/۶۴	۰/۵۴۹	۰/۱۹۶	۰/۰۵۱

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثرات درون گروهی، بین گروهی و تعاملی برای متغیرهای تاب‌آوری و کیفیت زندگی و درمان‌های گروهی وجودی و ذهن آگاهی را نشان می‌دهد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین متغیرهای تاب‌آوری و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله در پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است.

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع اثر		مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
تاب‌آوری	گروه	بین گروهی	۱۰۸۶/۵۰	۲	۵۴۳/۲۵	۹/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰۱
	زمان	درون‌گروهی	۷۲۳/۵۷	۱/۶۶	۴۳۵/۴۸	۳۴۳/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۸۹۱
	زمان * گروه‌ها	درون‌گروهی	۴۲۹/۳۶	۳/۶۰	۱۱۹/۰۰	۱۰۱/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲۹
کیفیت زندگی	گروه	بین گروهی	۲۲۴۷/۸۸	۲	۱۱۲۳/۹۴	۴۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵۶
	زمان	درون‌گروهی	۱۰۳۱/۸۳	۱/۲۷	۸۱۱/۰۹	۲۰۶/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۱
	زمان * گروه‌ها	درون‌گروهی	۵۷۹/۹۴	۲/۵۴	۲۲۷/۹۳	۵۸/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵

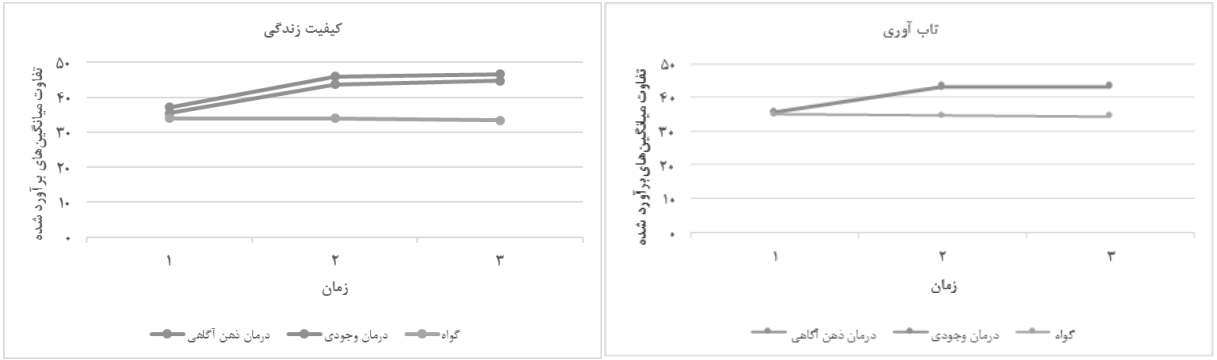
جدول ۴ نشـــان می‌دهد درمان وجودی و درمان ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران اثرگذار بوده و موجب افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی نسبت به مرحله پیش‌آزمون شدند (P=۰/۰۰۱).

جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه‌های جفتی میانگین‌های اثر گروه و زمان برای متغیرهای تاب‌آوری و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی

		تفاوت گروه‌ها و زمان‌ها		تفاوت میانگین	مقدار احتمال
تاب‌آوری	گروه‌ها	درمان وجودی	درمان ذهن آگاهی	۰/۳۳۳	۱/۰۰۰
			گواه	۶/۱۷	۰/۰۰۱
		امیددرمانی	گواه	۵/۸۴	۰/۰۰۳
	زمان‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۹۱	۰/۰۰۱
			پیگیری	-۴/۹۱	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۰۵	۱/۰۰۰
کیفیت زندگی	گروه‌ها	درمان وجودی	درمان ذهن آگاهی	۱/۹۵	۰/۲۶۲
			گواه	-۹/۴۶	۰/۰۰۱
		امیددرمانی	گواه	-۷/۵۱	۰/۰۰۱
	زمان‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵/۶۶	۰/۰۰۱
			پیگیری	-۶/۰۴	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۷۸	۱/۰۰۰

جدول ۵ نشان می‌دهد نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین ها در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری متغیرهای تاب‌آوری و کیفیت زندگی و نشان‌دهنده تأثیر مثبت درمان‌های وجودی و ذهن آگاهی در گروه آزمایش و تداوم این اثر در مرحله پیگیری بود. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه با یکدیگر و همچنین در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری برای متغیرهای تاب‌آوری تاب‌آوری و کیفیت زندگی و نشان‌دهنده اثربخشی درمان‌های وجودی و ذهن آگاهی بر متغیرهای تاب‌آوری تاب‌آوری و کیفیت زندگی در گروه های آزمایش و تداوم این اثرات در مرحله پیگیری بود. با این حال جدول ۵ نشان می‌دهد بین درمان وجودی و درمان ذهن آگاهی در اثربخشی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود نداشت.



نمودار ۱ تغییرات تاب‌آوری و کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گواه

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان گروهی وجودی و درمان گروهی ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد هر دو درمان گروهی وجودی و درمان گروهی ذهن آگاهی بر تاب‌آوری در بیماران مبتلا به پرفشاری خون اثربخش هستند و بین اثربخشی درمان گروهی وجودی و درمان گروهی ذهن آگاهی بر تاب‌آوری در بیماران مبتلا به پرفشاری خون تفاوتی وجود ندارد. نتایج پژوهش حاضر درباره اثربخشی درمان گروهی ذهن آگاهی بر تاب‌آوری با نتایج حاصل از پژوهش‌های ناصری گرگون و همکاران (۱۴۰۰)؛ پورآبادئی و یوسفی نیا (۱۳۹۹) و آنتونینی فیلیپ و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. نتایج پژوهش حاضر درباره اثربخشی درمان گروهی وجودی بر تاب‌آوری با نتایج حاصل از پژوهش افشارپور و نقی اقدسی (۱۳۹۷) همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان گروهی وجودی بر تاب‌آوری می‌توان گفت هدف درمان وجودی توانا ساختن بیمار برای کشف معنای منحصربه‌فرد خود است. به همین دلیل انسان‌ها درد و رنجی را که معنا و هدفی دارد، با میل بیشتری تحمل می‌کنند (اِسچنیدر و کروگ[1]، ۲۰۱۷). مشاور و درمانگر معتقد به درمان وجودی می‌کوشد تا به مراجع کمک شود که در زندگی خود هدف و منظوری را جست‌وجو کند؛ هدف و منظوری که با وجود و هستی او متناسب باشد و برایش معنا داشته باشد. روان‌درمانگر کمک می‌کند او را متعهد به انجام کاری می‌کند که مسئولیتی را بپذیرد و تکلیف معینی را عهده‌دار شود. همچنین در مداخله درمان وجودی اصل پذیرش مسئولیت اهمیت خاصی دارد. بیمار با حس مسئولیت احساس می‌کند که کنترل اوضاع زندگی از دستش خارج نشده است و می‌تواند با قبول مسئولیت و انجام فعالیت‌هایی کنترل اوضاع را در دست داشته باشد. احساس حاکمیت و تسلط بر امور زندگی و تغییر کنترل بیرونی، به کنترل درونی از شدت ناامیدی و یأس در رسیدن به خواسته‌ها می‌کاهد (دیزلیک، الیس، نیل و راک[2]، ۲۰۱۴). از آنجاکه درمان وجودی باعث معنا بخشی به زندگی افراد می‌شود، داشتن معنی در زندگی نوعی تعادل هیجانی ایجاد می‌کند که تاب‌آوری افراد را در برابر تنش‌های زندگی افزایش می‌دهد و به افراد کمک می‌کند که نگرشی متمرکز شده نسبت به موقعیت‌های دشوار نداشته و تاب‌آوری بیشتری در خود پرورش دهند.

در تبیین اثربخشی درمان گروهی ذهن آگاهی بر تاب‌آوری می‌توان گفت ذهن آگاهی امکان مقابله سازگارتر و مدیریت محرک‌های نامطلوب را فراهم می‌آورد. افرادی که از ذهن آگاهی بالاتری برخوردارند، خودتنظیمی هیجانی و رفتاری بهتری را گزارش می‌کنند (ویلسون، ویس و شوک[3]، ۲۰۲۰). ازآنجایی که بیماران دچار فشارخون کمتر با لحظه حال در تماس هستند، نسبت به تغییراتی که در علائم بدنی از جمله ضربان قلب و تنگی نفس که قبل از گسترش حاد بیماری بروز می‌کند، آگاه و هشیار نیستند و در نتیجه در کنترل این علائم ناکام می‌مانند و تنها زمانی متوجه بیماری خود می‌شوند که علائم بیماری از حد معمول خود گذشته و عملکرد آن‌ها را دچار اختلال کرده است، در این راستا حضور ذهن و از طریق کنترل توجه، مؤثر واقع می‌شود و به فرد بیمار کمک می‌کند

[1]- Schneider, K., & Krug, O. T.
[2]- Dezelic, M., Elias, C., Neale, A. M., & Rok, B.
[3]- Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J.

علاوه بر هوشیاری کامل از افکار و احساساتش و پذیرش آن‌ها، بدون داوری در یک وضعیت آرامش و تمرکز قرار گیرد و توانایی کنترل افکار خود را به دست آورد، کسب این توانایی باعث شده که فرد احساس کنترل بیش‌تری در تمام امور زندگی خود داشته باشد و به جای دادن پاسخ‌های خودکار منفی در موقعیت‌های مشکل‌زا، با کنترل، آرامش و آگاهی بیش‌تری پاسخ دهد و با مشکلات، بهتر مقابله نماید (قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). به طورکلی می‌توان گفت افرادی که سطوح بالایی از ذهن‌آگاهی را دارا هستند و در زندگی برای خود معنایی یافته‌اند؛ تاب‌آوری بیشتری در برابر استرس‌ها و فشارها و قابلیت منحصر به‌فردی برای سازگاری و غلبه بر خطرها نشان می‌دهند. ارتقاء تاب‌آوری نیز به سهم خود منجر به شکوفایی و بالندگی در زندگی می‌شود. در این میان به نظر می‌رسد برخی از جنبه‌های ذهن‌آگاهی مثل عمل همراه با آگاهی و پذیرش، ارتباط ملموس‌تری با تاب‌آوری دارد و به رشد تاب‌آوری بیشتری می‌انجامد. این افراد به دلیل برخورداری از ذهن آگاهی بالا، پس از این قادر خواهند بود، به شرایط سخت بدون واکنش خودکار و غیر انطباقی واکنش نشان دهند؛ آن‌ها معمولاً با مقوله‌های ادراکی جدید سازگار هستند و بهتر می‌توانند با مشکلات حاصل از بیماری مزمنی نظیر پرفشاری خون تاب آورانه مقابله کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد هر دو درمان گروهی وجودی و درمان گروهی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون اثربخش هستند و بین اثربخشی درمان گروهی وجودی و درمان گروهی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون تفاوتی وجود ندارد. نتایج پژوهش حاضر درباره اثربخشی درمان گروهی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی با نتایج حاصل از پژوهش‌های سلطانی بیرق و پناه علی (۱۳۹۹) و اینس و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود. نتایج پژوهش حاضر درباره اثربخشی درمان گروهی وجودی بر کیفیت زندگی با نتایج حاصل از پژوهش حاجی بابایی و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود.

در تبیین اثربخشی درمان گروهی وجودی بر کیفیت زندگی می‌توان گفت درمان گروهی وجودی به نحو مؤثری در بیماری‌های روان‌تنی برای کمک به کنترل بهتر واکنش‌های افراد در قبال حوادث تنش‌زای زندگی به کار می‌رود و برخورد مؤثر با موقعیت‌های تنش‌زا می‌تواند ادراک بیماری را تحت تأثیر قرار دهد (بیندر[1]، ۲۰۲۲). همچنین این رویکرد درمانی بیماران را قادر می‌سازد تا با دیدی جدید به زندگی خود نگاه کنند و خود را موجوداتی منفعل که توان مقابله با بیماری و پیامدهای آن را ندارند در نظر نگیرند، بلکه با انتخاب اهداف، پذیرش شرایط غیرقابل تغییر و اجتناب‌پذیر و افزایش منابع خود دست به انتخاب زده و روند زندگی خود را در دست گرفته و به از این راه از دام تنش رهایی پیدا کنند (ون درزن و آرنولد-بیکر[2]، ۲۰۱۸). در نهایت در این رویکرد مراجعین یاد می‌گیرند که ابتلای آن‌ها به پرفشاری خون، رویدادی است که ناخواسته درگیر آن شده‌اند؛ اما این آزادی و توانایی را خواهند داشت که نحوه و نوع پاسخ خود به این بیماری سخت را بدهند. وقتی فرد احساس کند که می‌تواند برای بهبود خود، قدمی بردارد و این آزادی را دارد که در قبال شرایط بیرونی، موضع خاصی را انتخاب کند و در برابر شرایط تسلیم محض نیست. آینده‌ای روشن با در نظر

[1]- Binder, P. E.

[2]- van Deurzen, E., & Arnold-Baker, C.

گرفتن شرایط و محدودیت‌های خود می‌سازد. علاوه بر این حضور اعضاء در گروه خود می‌تواند دلیلی بر کمک به آن‌ها برای حل تعارضات مختلف باشد (ون درزن، ۲۰۱۲). به طورکلی می‌توان گفت افرادی که در زندگی خویش معنایی یافته‌اند، توانایی بیشتری در پاسخ به موقعیت‌های دشوار، بدون واکنش به شکلی خودکار و ناسازگارانه دارند. زنان مبتلا به پرفشاری خون با آموزش‌های درمان وجودی کاستی‌ها و مشکلات خود را می‌پذیرند و می‌دانند که ماهیت زندگی انسان‌ها توأم با رنج است و این رنج در هر انسانی به گونه‌ای ظاهر می‌شود. در این رویکرد پذیرش مشکلات به‌عنوان جزء جدانشدنی زندگی، احساس کنترل را به فرد در مدیریت فشارخون می‌دهد و موجب بهبود کیفیت زندگی او می‌گردد.

در تبیین اثربخشی درمان گروهی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی می‌توان گفت استرسی نظیر ابتلاء به پرفشاری خون و بیماری قلبی می‌تواند موجب غرق شدن فرد در گذشته و آینده شود؛ حالت ذهنی و روانی که در آن، فرد با آگاه نبودن از افکار، رفتار، هیجان‌ها و احساسات خود، فقدان حضور در زمان حال و واکنش قضاوتی درباره رخدادها، آنچه را که ذهن آگاهی می‌نامند، از دست می‌دهد (آگنولی و ونوسی[1]، ۲۰۲۰). این در حالی است که افراد ذهن آگاه، به جای واکنش تکانه‌ای به پردازش واقع‌بینانه‌تر رویدادها اقدام می‌کنند و از آنجایی که واقعیات درونی و بیرونی را بدون تحریف ادراک می‌کنند، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده هستند، دریافت و پردازش می‌کنند و توانایی زیادی در مواجه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجارب دارند (دیکسون، پالیلیاناس، بلیسل، اسپیلمن، گانارسون و شافر[2]، ۲۰۱۹). بر اساس نظریه کابات زین[3] (۲۰۱۳) خودآگاهی افزایش‌یافته ناشی از ذهن آگاهی به ایجاد تعادل بین هیجان‌های مثبت و منفی، راهبردهای مقابله‌ای در برخورد با چالش‌های زندگی، مدیریت خلق و استرس کمک می‌کند که این پیامدها به ارتقاء کیفیت زندگی منجر خواهد شد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد هر دو درمان گروهی وجودی و درمان گروهی ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون اثربخش هستند و بین اثربخشی درمان گروهی وجودی و درمان گروهی ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون تفاوتی وجود ندارد. این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی چون استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و استفاده از نمونه‌گیری غیر تصادفی روبرو بود؛ بنابراین در تعمیم نتایج احتیاط باید صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران آتی از روش‌های دیگر سنجش و ارزیابی نظیر مصاحبه و روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنند.

[1]- Agnoli, S., & Vannucci, M.
[2]- Dixon, M. R., Paliliunas, D., Belisle, J., Speelman, R. C., Gunnarsson, K. F., & Shaffer, J. L.
[3]- Kabat-Zinn, J.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از نتایج رساله دکتری عطیه قاسمی، رشته روانشناسی سلامت، با راهنمایی خانم دکتر فرحناز مسچی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است که با کد IR.IAU.K.REC.1401.141 در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی به نشانی https://ethics.research.ac.ir ثبت شده است.

بدین‌وسیله از همه مراقبین بیماران مبتلا به پرفشاری خون که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آورند تشکر و قدردانی می‌شود. نویسندگان مقاله حاضر هیچ‌گونه تضاد منافع و منبع مالی نداشتند.

References

Afsharpour, S., & Aghdasi,A. (2021). A comparative study of the effectiveness of reality therapy and existential therapy on the resilience of women with breast cancer. Women and Family Studies, 14(52), 19-40. (In Persian).

Agnoli, S., & Vannucci, M. (2020). Mindfulness. In Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. Elsevier.

Antonini Philippe, R., Schwab, L., & Biasutti, M. (2021). Effects of Physical Activity and Mindfulness on Resilience and Depression during the First Wave of COVID-19 Pandemic [Original Research]. Frontiers in Psychology, 12.

Binder, P. E. (2022). Suffering a Healthy Life—On the Existential Dimension of Health [Perspective]. Frontiers in Psychology, 13.

Chu, S. T.-W., & Mak, W. W. S. (2020). How Mindfulness Enhances Meaning in Life: A Meta-Analysis of Correlational Studies and Randomized Controlled Trials. Mindfulness, 11(1), 177-193.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety, 18(2), 76-82.

Dezelic, M., Elias, C., Neale, A. M., & Rok, B. (2014). Meaning-Centered Therapy Workbook: Based on Viktor Frankl's Logotherapy & Existential Analysis (1st Ed.). Presence Press International.

Dixon, M. R., Paliliunas, D., Belisle, J., Speelman, R. C., Gunnarsson, K. F., & Shaffer, J. L. (2019). The effect of brief mindfulness training on momentary impulsivity. Journal of Contextual Behavioral Science, 11, 15-20.

Drake, K. (2012). Quality of life for cancer patients: From diagnosis to treatment and beyond. Nursing Management, 43(2), 20-25.

Griffith, G., & Bartley, T. (2022). Teaching Mindfulness-Based Groups: The Inside Out Group Model. United Kingdom: Pavilion Publishing and Media Ltd.

Hajibabaei, M., Kajbaf, M. B., Esmaeili, M., Harirchian, M. H., Montazeri, A. (2020). Impact of an Existential-Spiritual Intervention Compared with a Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life and Meaning in Life among Women with Multiple Sclerosis. Iranian Journal of Psychiatry, 15(4), 322-330.

Innes, K. E., Selfe, T. K., Khalsa, D. S., & Kandati, S. (2016). Effects of

Meditation versus Music Listening on Perceived Stress, Mood, Sleep, and Quality of Life in Adults with Early Memory Loss: A Pilot Randomized Controlled Trial. Journal of Alzheimer's disease: JAD, 52(4), 1277–1298.

Jafartabatabaei, S. S., Jafartabatabaei, T. S., & Javadi, S. V. (2021). Investigating the role of resilience in psychological vulnerability of Birjand Islamic Azad University employees in the pandemic COVID-19 [Research]. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 7(6), 115-125. (In Persian).

Kabat-Zinn, J. (2013). Full catastrophe living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. Bantam Books.

Kalfoss, M. H., Reidunsdatter, R. J., Klöckner, C. A., & Nilsen, M. (2021). Validation of the WHOQOL-Bref: psychometric properties and normative data for the Norwegian general population. Health and Quality of Life Outcomes, 19(1), 13.

Keyhani, M., Taghvaei, D., Rajabi, A., & Amirpour, B. (2015). Internal Consistency and Confirmatory Factor Analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among Nursing Female [Original research article]. Iranian Journal of Medical Education, 14(10), 857-865. (In Persian).

Kolivand, M., Amraei, K., & Rezaei, F. (2022). The effectiveness of unified transdiagnostic treatment on psychological distress and alexithymia in people with hypertension comorbid with stress [Research]. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 9(5), 88-100. (In Persian).

Namvar, H., & Ghasedi, M. (2020). Interpersonal Dependency and Social Support as the Predictors of Resilience among Hypertensive Patients with the Mediating Role of Hope. Qom University of Medical Sciences Journal, 14(7), 31-39. (In Persian).

Naseri Garagoun, S., Mousavi, S. M., Shabahang, R., & Bagheri Sheykhangafshe, F. (2021). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Resilience and Life Expectancy of Gastrointestinal Cancers Patients [Research]. Journal of Nursing Education, 9(2), 60-71. (In Persian).

Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. R. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version [Research]. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research, 4(4), 1-12. (In Persian).

Pourabadei, P., & Yousefinia, F. (2020). Effectiveness of mindfulness on resiliency and cognitive distortion of patients with physical symptoms [Research]. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 7(3), 16-31. (In Persian).

Qiu, C., Shao, D., Yao, Y., Zhao, Y., & Zang, X. (2019). Self-management and psychological resilience moderate the relationships between symptoms and health-related quality of life among patients with hypertension in China. Quality of Life Research, 28(9), 2585-2595.

Schneider, K., & Krug, O. T. (2017). Existential–Humanistic Therapy (Theories of Psychotherapy Series)

(2nd Ed.). American Psychological Association.

Soltani Beyrag, P., & Panahali, A. (2020). Negative automatic thoughts and sleep quality in patients with hypertension. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology, 15(58), 47-56. (In Persian).

Valladares-Garrido, M. J., Soriano-Moreno, A. N., Rodrigo-Gallardo, P. K., Moncada-Mapelli, E., Pacheco-Mendoza, J., & Toro-Huamanchumo, C. J. (2020). Depression among Peruvian adults with hypertension and diabetes: Analysis of a national survey. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 14(2), 141-146.

van Deurzen, E. (2012). Existential Counselling & Psychotherapy in Practice (3rd Ed.). SAGE Publications Ltd.

van Deurzen, E., & Arnold-Baker, C. (2018). Existential Therapy: Distinctive Features (Psychotherapy and Counselling Distinctive Features) (1st Ed.). Routledge.

van Deurzen, E., & van Deurzen, M. (2016). Skills in Existential Counselling & Psychotherapy (Skills in Counselling & Psychotherapy Series) (2nd Ed.). SAGE Publications Ltd.

Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. Personality and Individual Differences, 152, 109568.

Worrell, M. (2022). CBT and Existential Psychology: Philosophy, Psychology and Therapy. Wiley-Blackwell.

Yalom, I. (2017). The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients (1st Ed.). Harper Perennial.

Zahedmehr, A. (2018). Chapter 17 - Hypertension. In M. Maleki, A. Alizadehasl, & M. Haghjoo (Eds.), Practical Cardiology (pp. 291-302). Elsevier.Zahedmehr, A. (2018). Chapter 17 - Hypertension. In M. Maleki, A. Alizadehasl, & M. Haghjoo (Eds.), Practical Cardiology (pp. 291-302). Elsevier.