اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان فشارخون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشارخون بالا

کورش سعیدیان[۱]، احمد سهرابی[۱]، مهدی زمستانی[۱*]

۱) گروه روان شناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۲/۱۲ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۷/۲۹**

چکیده

مقدمه: با توجه به رشد روزافزون تعداد بیماران مبتلا به فشارخون در ایران و جهان و نیز تاثیر نامطلوبی که این بیماری بر کیفیت زندگی این بیماران دارد، نیاز مبرمی به توسعه و گسترش مداخلات روان شناختی اثربخش و به لحاظ تجربی تایید شده، در این جمعیت وجود دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان فشارخون و کیفیت زندگی زنان بیمار مبتلا به فشارخون بالا انجام شد.

مواد و روش ها: در یک طرح شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل، تعداد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به فشارخون بالا پس از ارزیابی بالینی اولیه و احراز شرایط پژوهش، به روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس انتخاب و در دو گروه درمان متمرکز بر شفقت(۱۵ نفر) و یا کنترل(۱۵ نفر) گماشته شدند. افراد گروه آزمایش علاوه بر درمان دارویی، ۸ جلسه کلاس آموزشی درمان متمرکز بر شفقت را دریافت کردند، اما افراد گروه کنترل تنها درمان دارویی را دریافت داشتند. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق، دستگاه فشارسنج(از نوع دیجیتال) و پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. داده ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری(MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش فشارخون سیستول و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا در زنان مراجعه کننده مرکز بهداشت تاثیر داشته است به عبارتی درمان متمرکز بر شفقت باعث کاهش فشارخون سیستول(۰/۰۱۸) و افزایش کیفیت زندگی($P<0.001$) بیماران مبتلا به پرفشاری خون شده است، اما بر فشارخون دیاستول(۰/۰۷۳) تاثیر نداشته است و آن را کاهش نداده است.

بحث و نتیجه گیری: فشارخون بالا کیفیت زندگی بسیاری از زنان را تـــحت تاثیر قرار می دهد و اگر درمان نشود، یکی از دلایل اصلی بیماری های قلبی و سکته مغزی در این قشر از افراد جامعه است. انتظار می رود که فشارخون مرتبط با پیری عروق در بسیاری از کشورها، به ویژه در مناطق آسیا، فنوتیپ غالب باشد؛ با توجه به تاثیر درمان متمرکز بر شفقت در کاهش فشارخون و افزایش کیفیت زندگی این نتایج برای متخصصان بالینی و مراقبین بهداشتی دست اندرکار در مراکز بهداشتی تلویحات کاربردی دارد.

واژه های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، فشارخون، کیفیت زندگی

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

Email: m.zemestani@uok.ac.ir

Copyright © 2019 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.1.161]

مقدمه

فشارخون بالا یک مشکل جهانی بهداشت عمومی رو به افزایش است. این بیماری از عمده ترین مسایل سلامت همگانی در جهان امروز و مهم ترین عامل خطرساز بیماری های قلبی-عروقی می باشد(۱). انجمن پان آفریقایی قلب و عروق(PASCAR) فشارخون بالا را به عنوان بالاترین سطح اقدام اولویتی برای کاهش بیماری قلبی و سکته مغزی معرفی کرده است(۲). از مجموع ۵۸/۸ میلیون مورد مرگ در جهان در سال ۲۰۰۴، فشارخون بالا عامل ۱۲/۸ درصد(۷/۵ میلیون مرگ) بوده است. برخلاف باور عمومی که فشارخون بالا در کشورهای توسعه یافته اهمیت بیشتری دارد، مردم کشورهای کم توسعه و در حال توسعه دو برابر بیشتر در معرض خطر مرگ ناشی از فشارخون بالا قرار دارند(۳) بر اساس مطالعات صورت گرفته در ایران، میزان شیوع فشارخون بالا در سنین ۳۵-۳۰ و بیش از ۵۵ سال به ترتیب در حدود ۲۳ و ۵۰ درصد برآورد شده است، هم چنین میزان شیوع در مردان ۱/۳ درصد کمتر از زنان برآورد شده است(۴،۵). این آمارها باعث شده است که سازمان جهانی بهداشت برنامه عملیاتی را به منظور دستیابی به کاهش نسبی ۲۵ درصدی در میزان شیوع فشارخون تا سال ۲۰۲۰، با توجه به شرایط ملی تنظیم کند(۲).

طبق تعریف انجمن جهانی قلی و عروق، فشارخون عبارت است از نیرویی که خون بر دیواره رگ هایی که در آن جریان دارد، وارد می کند و بر اساس دو شاخص دیاستولیک(انبساطی) و سیستولیک(انقباضی) اندازه گیری می شود(۲). فشارخون بالا به فشارخون دیاستولیک بالاتر از ۹۰ میلی متر جیوه یا فشارخون سیستولیک بالای ۱۴۰ میلی متر جیوه گفته می شود. استرس از عوامل اصلی بروز فشارخون بالا، اضطراب و کاهش کیفیت زندگی است و خطر ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی را افزایش می دهد(۶). بروز فشارخون اولیه می تواند در نتیجه فشارهای روانی و استرس زا باشد(۷). فرامرزی نیا و بشارت(۸) اشاره کردند که بیماری فشارخون بالا به واسطه داشتن رابطه تنگاتنگ با سبک زندگی، سلامت روان و کیفیت زندگی در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب به عوارض ناخوشایندی منجر شده و در نهایت کاهش کیفیت زندگی افراد را به دنبال خواهد داشت(۹). امروزه با پیشرفت و گسترش جوامع انسانی کیفیت زندگی انسان نیز اهمیت ویژه‌ای یافته است(۱۰). کیفیت زندگی بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت به تصورات فرد از موقعیت خود بنا به شرایط فرهنگی و ارزشی خاص آن موقعیت اشاره دارد و کیفیت زندگی بالاتر مبتنی بر داشتن تصورات مثبت تر و بهتر است. مطالعات، تاثیر بیماری های قلبی-عروقی بر بروز استرس، اضطراب و افسردگی را نشان داده اند هم چنین تاثیر اضطراب، استرس و افسردگی بر بروز بیماری های قلبی-عروقی از جمله فشارخون بالا مشخص شده است(۱۱).

دارو درمانی فشارخون به تنهایی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران با فشارخون بالا کافی نمی باشد و استفاده از رویکردهای روان شناختی نیز ضروری می باشد. تحقیقات صورت گرفته، اثربخشی مداخلات روان شناختی ازجمله درمان متمرکز بر ذهن آگاهی انفصالی را به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت بهبود فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون بالا نشان داده اند(۱۲). با توجه به موقعیت جامعه هدف و کمبود متخصصین روان شناسی در این منطقه علی رغم اهمیت اثرات روان شناختی در درمان فشارخون و بالا بردن کیفیت زندگی کمتر به این نوع درمان ها روی می آورند و نقش روان درمانی بسیار کم رنگ و در حد صفر می باشد و بیشتر برای درمان این نوع بیماری ها از دارو درمانی استفاده می کنند. شفقت نسبت به خود به عنوان سازه ای سه مولفه ای از ذهن آگاهی شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و هوشیاری در مقابل همسان سازی افراطی تعریف شده است. ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد(۱۳). با توجه به تحقیقات گذشته گیلبرت به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت نظریه درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد(۱۴). درمان متمرکز بر شفقت درمانی التقاطی است که از روانشناسی اجتماعی، تحولی، تکاملی، بودیستی و نوروساینس و هم چنین از دیگر مدل های درمانی با

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.1.161]

مداخله موثر در انواع مشکلات مربوط به سلامت روانی برآمده است(۱۵)، تحقیقات نشان داده اند که افراد با شفقت به خود، از سلامت روانی بهتری نسبت به افراد فاقد شفقت به خود برخوردارند(۱۶). درمان دارویی با وجود اثر مثبت در کاهش فشارخون، نمی تواند احساس منفی بیمار را نسبت به خود بیماری تغییر دهد(۹)، اما امروزه درمان های یکپارچه شناختی-رفتاری و متمرکز بر مولفه های ذهن آگاهی و شفقت، درمان های موثری برای کنترل افسردگی و اضطراب در نمونه های بالینی مختلف محسوب می شوند(۱۸،۱۷). بنا بر این لازم است برای کاهش فشارخون به دنبال راهکارهایی باشیم که کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی را در پی داشته باشد(۵). با توجه به شیوع گسترده فشارخون بالا در سراسر جهان و ایران و اهمیت تغییر سبک زندگی و سبک مقابله ای این بیماران بر اساس مداخلات روان شناختی و با توجه به این که تاکنون پژوهشی که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بیماران مبتلا به فشارخون بالا را مورد مطالعه قرار دهد، انجام نشده است، سوال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش فشارخون و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در زنان مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهرستان سروآباد تاثیر دارد؟ در صورت موثر بودن این روش درمانی، می توان نسبت به کاربرد و تجویز آن برای این گروه از بیماران اقدام نمود. نتایج این پژوهش می تواند اطلاعات ارزنده ای را در زمینه استفاده از مداخلات غیردارویی برای بیماران دچار فشارخون بالا ارائه نماید و مراقبین بهداشتی را به استفاده از روش های مکمل برای انواع بیماری ها از جمله فشارخون بالا ترغیب نماید.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر در دسته بندی بر مبنای هدف از نوع تحقیقات کاربردی و در دسته‌بندی بر مبنای شیوه جمع آوری داده ها شبه آزمایشی با شیوه پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل با کد کارآزمایی IRCT2016050426849N2 است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران زن مبتلا به فشارخون بالا تشکیل دادند که به مراکز بهداشت شهرستان سروآباد استان کردستان در ۷ ماهه اول سال ۹۴ به دلیل بیماری جسمی مراجعه کرده اند. نمونه پژوهش را ۳۰ نفر از زنان با فشارخون بالا تشکیل می دادند که به صورت روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس انتخاب شدند، پس از تشریح اهداف پژوهش و جلب مشارکت آن ها به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارده شده اند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از جنسیت مونث، دامنه سنی بین ۵۰-۳۰ سال، دارا بودن فشارخون اولیه دیاستولیک بالاتر از ۹۰ میلی متر جیوه و یا سیستولیک بالاتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه. پژوهش با اخذ رضایت کتبی آگاهانه، محرمانه ماندن داده‌ها، عدم تعارض منافع در پژوهش های بالینی و با رعایت دیگر نکات مهم اخلاق پژوهش صورت گرفته است.

از ابزارهای زیر برای سنجش متغیرهای پژوهش استفاده گردید:

۱-دستگاه فشارسنج: دستگاه فشار سنج مورد استفاده از نوع دیجیتال که فشارخون بیماران به وسیله آن اندازه گرفته شد.

۲-پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: این پرسش نامه با همکاری سازمان جهانی بهداشت و حدود ۱۵ مرکز بین المللی تهیه شده است و در واقع یک معیارسنجش بین المللی است. فرم کوتاه این پرسش نامه نیز توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۹) به منظور سنجش کیفیت زندگی طراحی شده است که دارای ۲۶ سوال است. این پرسش نامه ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، رابطه اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می سنجد هر یک از حیطه ها به ترتیب دارای ۳، ۶، ۷ و ۸ سوال می باشد دو سوال اول به هیچ یک از حطیه ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهد. در هر حـــیطه امتیازی معادل ۲۰-۴ به دست می آید که ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه موردنظر است. نجات و همکاران(۲۰۰۷) ضریب آلفای پرسش نامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمـــانی ۷۰ درصد، سلامت روانی ۷۳ درصد، روابط اجتماعی ۵۵ درصد و ارتباطات محیطی ۸۴ درصد به دست آورده اند و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.1.161]

ضریب پایانی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۷۰ درصد گزارش کرده اند.

روش اجرای پژوهش: بیماران مبتلا به فشارخون بالا به صورت در دسترس از بین بیمارانی که دارای پرونده پزشکی بوده و مراجعه مکرر و منظم به خانه های بهداشت مرکز بهداشت شهر سروآباد داشته اند، انتخاب شده اند این بیماران افرادی بودند که بیماری آن ها از قبل تشخیص داده شده است و داروی کنترل فشارخون مصرف کرده اند. در ابتدا میزان فشارخون با دستگاه فشارسنج اندازه گیری و ثبت شده است، سپس میزان کیفیت زندگی آن ها با استفاده از پیش آزمون مورد اندازه گیری قرار گرفت و سایر متغیرهای دیگر مانند (سن، سطح تحصیلات، تاهل و....) کنترل شده و پس از آن بیماران به طور تصادفی در دو گروه آزمایش(n=۱۵) و کنترل(n=۱۵) قرار گرفتند. برنامه رژیم غذایی کم کالری به مدت مشابه برای همه بیماران در هر دو گروه توسط متخصص تغذیه و رژیم درمانی بر اساس ترکیبات بدن، متابولیسم پایه، محاسبه انرژی مورد نیاز روزانه و سطح فعالیت بدنی بیماران، طراحی گردید. آزمودنی ها به طور مستمر(دو روز در هفته از ساعت ۱۰ تا ۱۲) بر مبنای خود اظهاری با استفاده از جداول کنترل رژیم غذایی روزانه، کنترل و مدیریت شدند. رژیم غذایی روزانه ۵۰۰ کیلوکالری کمتر از انرژی محاسبه شده مورد نیاز در نظر گرفته شد. درصد سهم تامین انرژی از درشت مغذی ها شامل ۶-۵۵ درصد کربوهیدرات ها، ۳۰-۲۵ درصد چربی و ۱۵ درصد پروتئین و استفاده از همه گروه‌های غذایی با تاکید بر افزایش فیبر دریافتی از طریق مصرف سبزیجات، حبوبات و کربوهیدرات های پیچیده، محدودیت مصرف قندهای ساده و نیز چربی های اشباع به صورت کمتر روغن های حیوانی و جایگزین کردن روغن های گیاهی، مصرف لبنیات کم چرب و مغزها بود. و نیز بیماران در گروه آزمایش و کنترل داروی اتنولول را به طور مشابه برای کنترل فشارخون مصرف می کردند. افراد در گروه آزمایش علاوه بر درمان دارویی، ۸ جلسه کلاس آموزشی درمان متمرکز بر شفقت که مداخله بر اساس ساختار جلسات مربوط برای آن ها برگزار شده است تحت آموزش قرار گرفتند اما افراد گروه کنترل تنها درمان دارویی دریافت کرده اند پس از اتمام جلسات دوباره میزان فشارخون و پرسش نامه های کیفیت زندگی برای اعضای هر دو گروه اجرا شده و نمرات آن ها در این پرسش نامه ها با نمرات قبلی آن ها مقایسه شده است و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. مراحل آموزش خود دلسوزی که یکی از روش های روان درمانی است در جدول شماره ۱ آمده است:

جدول شماره ۱. مراحل آموزش شفقت نسبت به خود

ردیف	محتوای جلسات
جلسه ۱	مقدمه ای در مورد بیماری فشارخون و تاثیر درمان های روان شناختی بر آن و توصیف و تبیین کیفیت زندگی بیماران و عوامل مرتبط با نشانه های آن، مفهوم سازی آموزش خود دلسوزی شناختی و بیان هدف آموزش.
جلسه ۲	آموزش همدلی: آموزش در جهت درک و فهم این که افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند.
جلسه ۳	آموزش دلسوزی و همدردی: که شامل آموزش در جهت شکل گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت کمک و توجه به سلامتی است.
جلسه ۴	آموزش بخشایش: آموزش درباره پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات در جهت سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.
جلسه ۵	آموزش پذیرش مسائل: آموزش درجهت پذیرش تغییرات پیش رو و سپس توانایی تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش های مختلف.
جلسه ۶	آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی: شامل آموزش افراد در جهت ایجاد احساسات ارزشمند در خود تا بتوانند برخورد مناسب و کارآمدی با محیط داشته باشند.
جلسه ۷	آموزش مسئولیت پذیری: آموزش مسئولیت پذیری مولفه اساسی آموزش خود دلسوزی است که بر اساس آن آزمودنی ها یاد می گیرند تفکر خود انتقادی داشته باشند تا بتوانند دیدگاه ها و احساسات جدیدی که کارآمدتر هستند را در خود ایجاد کنند.
جلسه ۸	آموزش و تمرین مهارت ها: مرور و تمرین مهارت های ارائه شده در جلسات گذشته در جهت کمک به آزمودنی ها تا بتوانند به روش های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند.

به نقل از گل پور، ابوالقاسمی، احدی، نریمانی(۱۸)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.1.161]

یافته های پژوهش

نتایج دموگرافیک تحقیق حاکی از آن است که تمامی افراد نمونه متاهل و خانه دار و تحصیلات همگی آن ها زیر دیپلم بودند و سن اکثریت آن ها (۷۳/۳ درصد) بین ۳۶ تا ۴۰ سال می باشد با توجه به موقعیت فرهنگی و اجتماعی شهرستان سروآباد افراد نمونه تحقیق از نظر مشخصه های توصیفی در سطح پایینی قرار دارند. در ابتدا مشخصات توصیفی و شاخص های آماری دو گروه در متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول شماره ۲ ارائه گردیده است.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیارگروه ها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

مقیاس	شاخص های آماری	آزمایش		کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
فشارخون دیاستول	میانگین	۹۶/۶۰	۸۲/۲۷	۹۲/۹۳	۹۱/۲۷
	انحراف معیار	۸/۷۱	۹/۹۶	۵/۳۱	۵/۲۰
فشارخون سیستول	میانگین	۱۵۵/۱۳	۱۳۱/۲۰	۱۵۲/۱۷	۱۴۸
	انحراف معیار	۱۶/۶۴	۸/۳۳	۱۶/۹۴	۵/۲۸
کیفیت زندگی	میانگین	۶۹/۶۰	۷۸/۶۷	۶۵	۶۴/۳۵
	انحراف معیار	۴/۸۲	۹/۸۱	۹/۰۷	۷/۹۱

از تحلیل کواریانس چندمتغیری(MANCOVA) برای تحلیل داده ها استفاده شد. بدین منظور، چهار مفروضه زیربنایی تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن(linearity)، هم خطی چندگانه(multicolinearity)، همگنی واریانس ها(homogeneity of variance) و همگنی شیب های رگرسیون(homogeneity of regression) مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج حاکی از تایید آن ها بود.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین نمره های پس آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش آزمون ها در گروه های آزمایش و گواه نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز معنی دار می باشد($P\leq0.001$, $F=97.80$). بر این اساس می توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنی دار وجود دارد.

برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس یکراهه با کنترل پیش آزمون انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۲ ارائه شده است که بر اساس آن تفاوت نمرات در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای فشارخون سیستول($P\leq0.018$, $F=6.38$) و کیفیت زندگی($P\leq0.000$, $F=18.51$) از لحاظ آماری معنی دار است، ولی در متغیر فشارخون دیاستول($P\leq0.073$, $F=3.48$) معنی دار نمی باشد.

جدول شماره ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا، روی میانگین نمره های پس آزمون با کنترل پیش آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	df	F	P	اندازه اثر
فشارخون دیاستول	۲۲۰/۵۷	۱	۳/۴۸	۰/۰۷۳	۰/۱۱۴
فشارخون سیستول	۳۲۰/۹۲	۱	۶/۳۸	۰/۰۱۸	۰/۱۹۱
کیفیت زندگی	۱۴۸۲/۷۶	۱	۱۸/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۴۰۷

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش فشارخون(دیاستول و سیستول) و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا در زنان مراجعه کننده به خانه های بهداشت مرکز بهداشت شهر سروآباد بود. نتایج حاکی از اثربخشی این درمان بر کاهش فشارخون سیستول و افزایش کیفیت زندگی بود. اما نتایج مقایسه میانگین فشارخون دیاستول در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد که تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.1.161]

ندارد، بدین معنی که کلاس آموزش مبتنی بر شفقت باعث کاهش فشارخون دیاستول نشده و بر آن تاثیر نداشته است. نتایج این تحقیق با تحقیق گل پور، ابوالقاسمی، احدی، نریمانی(۱۹)، جبل عاملی، نشاط دوست، مولوی(۲۰)، ترخان، صفـــاری نیا و خوش سیما(۲۱)، سعیدی، قربانی، سرافراز، شریفیان(۲۲)، مولر و همکاران(۲۳)، نف، کیرک پاتریک و رود(۲۴)، مایر و لودنسلگر(۲۵) و اکین(۲۶) هم سو می باشد.

یافته های پژوهش حاضر از این جهت حائز اهمیت است که تایید دیگری است بر این پیش پنداشت که عوامل روانی بر فشارخون و کیفیت زندگی تاثیر دارند و کنترل آن از طریق مداخلات روان شناختی به طور مستقیم بر کیفیت زندگی تاثیر می‌گذارد. تحقیقات قبلی نشان داده است شفقت نسبت به خود، که اخیراً به عنوان جایگزینی برای ارزش خود در نگرش و ارتباط سالم با خود مطرح شده است، نقش موثری در تنظیم هیجانات و نگرش افراد نسبت به پدیده ها و مشکلات زندگی دارد. در واقع وجود نگرش مشفقانه درافراد، به آن ها کمک می‌کند میان خود و دیگر افراد پیوند و ارتباط احساس کنند و به واسطه‌ی این احساس بر ترس از تنهایی و طرد غلبه نمایند و خود را در مقابل فشارها و مسائل زندگی تنها نبینند(۲۷). بنا بر این افرادی که شفقت خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند، خصوصاً تجاربی که متضمن ارزیابی و مقایسه اجتماعی است، از طریق عادی سازی تجربه، احساسات منفی کمتری را تجربه می کنند. هم چنین مولفه بهوشیاری شفقت خود، به فرد کمک می کند که از شکل گیری افکار بدبینـــانه و نشخوارهای وسواسی پیشگیری کند(۱۶) و از آن جا که بخش عمده ای از هیجانات منفی(مانند نگرش نسبت به زندگی و...) که افراد تجربه می کنند، ناشی از نشخوارهای فکری است که به دنبال تجارب منفی در ذهن آن ها ایجاد می شود، می توان گفت مولفه بهوشیاری با کاهش نشخوارگری افراد، منجر به کاهش هیجانات منفی در آن ها می شود. مطالعات، ارتباط منفی بهوشیاری را با اضطراب، افسردگی و علایم جسمی نشان داده اند(۳۰،۲۹،۱۸). این گونه به نظر می رسد که شفقت خود، همانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می کند. افرادی که شفقت خود بالایی دارند از آن جا که با سخت گیری کمتر، خودشان را مورد قـــضاوت قرار می دهند، وقایع منفی در زندگی را راحت تر می پذیرند و خود ارزیابی ها و واکنش های شان دقیق تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی شان است، چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خود انتقادی اغراق آمیز میل می کند و نه به سمت یک تورم خود دفاعی. تحقیقات نشان داده است که افراد مشفق با خود بهتر می توانند در عین حال که با خود مهربان هستند، مسئولیت شخـــصی خود را در حوادث مـــنفی که به وجود آوردند، بپذیرند. یافته های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت های آن تفـــسیر و تعـــمیم داده شود. نخست آن که، حجم نمونه پاییـــن بود و دوم آن که به لحـــاظ محـــدودیت های اجـــرایی، امکان پیـــگیری در این پژوهـــش وجود نداشته است.

References

1.Grimsrud A, Stein DJ, Seedat S, Williams D, Myer L. The association between hypertension and depression and anxiety disorders: results from a nationally representative sample of South African adults. Plos One2009; 4: 5552. doi.org/10.1371/journal.pone.0005552

2. Dzudie A, Rayner B, Ojji D, Schutte AE, Twagirumukiza M, Damasceno A. Pascar task force on hypertension roadmap to achieve 25% hypertension control in Africa. Cardio J Afric2017;28: 262-72. doi.org/10.5830/CVJA-2017-040

3.Shafi ST, Shafi T. A survey of hypertension prevalence, awareness treatment and control in health screening camps of rural central Punjab Pakistan. J Epid Glbl Hlth2017; 7: 135-40. doi.org/10.1016/j.jegh.2017.01.001

4.Senthil, S, Krishnadasa SN. Prehypertension and its determinants in apparently healthy young adults. J Clin Diag Res2016; 10: 5-8. doi.org/10.7860/JCDR/2016/20626.8447

5.Shamsi A, Dehghannayeri N, Esmaeili M. Living with hypertension a qualitative

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.1.161]

research. Int J Cmnty Bsd Nurs Midw2017; 5: 219-30.
6.Li Z, Li Y, Chen L, Chen P, Hu Y. Prevalence of depression in patients with hypertension. Medicine2015; 94:1317. doi.org/10.1097/MD.0000000000001317
7.Kazemikhabiri K, Ajzashokouhi M, Kharazmi OA, Bemanian MR. Evaluation of quality of urban life with emphasis on health; A case study in Mashhad city. Envir Hlth Eng Mng J2018; 5: 57-60. doi.org/10.15171/EHEM.2018.08
8.Faramarzinia A, Besharat M. [Study the relationship of anxiety and anger with chronic hypertension]. J Med Sci2010; 20 : 141-2. (Persian)
9.Stoodaasl N, Neshatdost H, Kalantari M, Talebi H, Khosravi A. [Comparison of two methods darv drmany and hope therapy on the quality of life in patients with primary hypertension]. J Clin Psych2010; 2 : 25-34. (Persian)
10.Arghabaee M, Myanbandi E, Juzi P, Nafyan M, Kimyaee A. [Positive effects of the components of positive mental and psychosomatic diseases]. Uni Med Sci Shahrekord J2013;3:31-7. (Persian)
11.Blumenthal JA, Sherwood A, Smith PJ, Mabe S, Watkins L, Lin PH, et al. Lifestyle modification for resistant hypertension: The TRIUMPH randomized clinical trial. Am Heart J2015; 170: 986-94. doi.org/10.1016/j.ahj.2015.08.006
12. Jamalibaghalaa S, Jadidifiqhan M, Bakhtyari A, Aqhaee A. [Effectiveness of group therapy focused on meta kognitive model of detached mindfulness on blood pressure in females with hypertension]. J Isfahan Med Fac Sci 2013;2:123-7. (Persian).
13. Neff KD. Self compassion an alternative conceptualization of a healthy attitude toward one self. Self Ident2003; 2: 85-102. doi.org/10.1080/15298860309032
14. Gilbert P. Compassion conceptualization research and use in psychotherapy. 1th ed. New York Publication. 2005;P.231.
15.Gilbert P. Introducing compassion focused therapy. Adv Psych Treat2009; 15: 199-208.
16. Neff KD, Pommier E. The relationship between self compassion and other-focused concern among college undergraduate community adults, and practicing mediators. Self Ident2012; 12: 160-76. doi.org/10.1080/15298868.2011.649546
17. Zemestani M, Imani M, Ottaviani C. A preliminary investigation on the effectiveness of unified and transdiagnostic cognitive behavior therapy for patients with comorbid depression and anxiety. Int J Cogn Ther2017; 10: 175-85. doi.org/10.1521/ijct.2017.10.2.175
18. Zemestani M, Davoodi I, Honarmand MM, Zargar Y, Ottaviani C. Comparative effects of group metacognitive therapy versus behavioural activation in moderately depressed students. J Mntl Hlth2016; 25: 479-85.
doi.org/10.3109/09638237.2015.1057326
19. Golpour R, Abolghasemi A, Ahmadi B, Narimani M. [Effectiveness of cognitive self-compassion education and emotion focused therapy on quality of life in students with depression]. J Clin Psych2014; 6: 53-65. (Persian)
20. Jabalameli Sh, Neshatdost H, Molavi H. [Effectiveness of cognitive behavioral stress management interventions on quality of life and blood preasure in patients with hypertension]. J Kurd Uni Med Sci2010; 15, 88-97. (Persian)
21. Tarkhan M, Saffarinia M, Khoshsima P. [Effectiveness of group psychoeducation against stress on systolic and diastolic blood preasure and quality of life in patient with hypertention]. J Heal Psych2012; 1: 46-58. (Persian)
22.Kamalinasab Z, Mohammadkhani P. A comparison of self-compassion and self esteem based on their relationship with adaptive and maladaptive emotion regulation strategies. Pract Clin Psychol2018; 6: 9-20. doi.org/10.29252/nirp.jpcp.6.1.9
23.Muller A, Montoya P, Schandry R, Hartl L. Changes in physical symptoms blood pressure and quality of life over 30 days. Behav Res Ther1994; 32: 593-603. doi.org/10.1016/0005-7967(94)90013-2
24.Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassionand adaptive psychoogical functioning. J Res Personal2007; 41:139-54. doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004
25.Maier SF, Laudenslager M. Stress and health. J Res Personal2008; 15,221- 31. doi.org/10.1016/j.bbi.2011.01.005
26.Akin A. Self-compassion and lone lines. J Educ Sci2010; 2:702-18.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.1.161]

27.Neff KD, Mcgehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. Self Ident2010; 9: 3, 225-40. doi.org/10.1080/15298860902979307

28.Rostami M, Abdi M, Haidari H. [Examine the relationship between childhood maltreatment of compassion and mental health of married people in Tehran city]. J Fund Ment Health2014; 16: 61-73. (Persian)

29. Zemestani M, Ottaviani C. Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention for co-occurring substance use and depression disorders. Mindfulness2016; 7: 1347-55. doi.org/10.1007/s12671-016-0576-y

30. Zemestani M, Nikoo ZF. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: a randomized controlled trial. Arch Women Ment Hlth2019; 13:1-8. doi.org/10.1007/s00737-019-00962-8

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.1.161]

Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Blood Pressure and Quality of Life in Women with Hypertension

Saeidian K[1], Sohrabi A[1], Zemestani M[1]*

(Received: May 2, 2017 Accepted: October 21, 2018)

Abstract

Introduction: Due to the increasing prevalence of patients with hypertension in Iran and the world as well as the adverse impact of this disease on quality of life, there is an urgent need to develop effective and empirically supported psychological interventions in this population. This study aimed to evaluate the effectiveness of compassion-focused therapy on blood pressure and the quality of life in women with hypertension.

Materials & Methods: This quasi-experimental study was of pretest-posttest control group design which included a total of 30 women with hyprtension. After initial clinical assessment, the patients who met the inclusion criteria were assigned into two groups of compassion-focused and control group (n=15) using non-probability sampling. In addition to medical treatment, the experimental group received 8 sessions of compassion-focused health care. However, the control group received only medication. The data were collected using a sphygmomanometer (digital type) and the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire. In addition, multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was utilized in order to analyze the data.

Findings: The results showed the effectiveness of compassion-focused therapy on lowering systolic hypertension and the quality of life in women who referred to the health centers. In other words, compassion-focused therapy reduced systolic blood pressure (0.018) and increased the quality of life (P<0.001) of patients with hypertension. However, compassion-focused therapy had no effect on reducing diastolic blood pressure (0.073).

Discussion & Conclusions: Hypertension affects quality of life of many women, and it is regarded one of the main causes of heart disease and stroke in this population unless it is treated. Blood pressure associated with vascular aging is expected to be a dominant phenotype in many countries, especially in Asia. The influence of compassion-focused therapy in reducing systolic blood pressure and increaseing the quality of life of patients with hypertension have practical implications for clinicians and health care providers working in health centers.

Keywords: Blood pressure, Compassion-focused therapy, Quality of life

1. Dept of Psychology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran
∗ Corresponding author email: m.zemestani@uok.ac.ir

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/sjimu.27.1.161]