MEJDS. 2019; 9:85.

Published online 2019 Nov. **Research Article**

Acceptance and Commitment Therapy on Illness Perception in Patients with Coronary Heart Disease

Hossein Khosroshahi[1], *Bahram Mirzaian[2], Ramezan Hasanzadeh[2]

Author Address
1. Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran;
2. Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari Iran.
***Corresponding Author's Email**: bmirzaiann@yahoo.com

Received: 2018 January 2; **Accepted:** 2018 April 28

Abstract

Background & Objective: Heart disease is caused by coronary artery stenosis is a health problem in developing and developed countries. The disease is one of the leading causes of death in the world. Acceptance and commitment therapy (ACT) is a form of counselling and a branch of clinical behavior analysis. It is an empirically–based psychological intervention that uses acceptance and mindfulness strategies mixed in different ways with commitment and behavior–change strategies, to increase mental flexibility. There is a variety of protocols for the ACT, depending on the target behavior or setting. For example, in behavioral health areas, a brief version of ACT is called focused acceptance and commitment therapy (FACT). The goal of ACT is not the elimination of complicated feelings; instead, it is to help us to move toward valued behavior. Acceptance and commitment therapy invites people to accept unpleasant feelings, and learn do not to overreact to them and not to avoid those situations. The therapeutic effect of the method is like a positive spiral; feeling better leads to a better understanding of the truth. In the ACT, 'truth' is measured through the concept of 'workability'. Coronary heart disease (CHD) is among the conditions that affected by psychological factors. The purpose of this study was to investigate the impact of acceptance and commitment therapy in illness perception in male patients with cardiovascular disease.

Methods: The research method was quasi–experimental study with two groups (experimental and control) pre–posttest design. The statistical population comprised men with cardiovascular disease admitted to the heart clinic of Valiasr Hospital in Qaemshahr (Mazandaran province, North of Iran) in the spring of 2017–2018. A total of 28 subjects were voluntarily chosen and were randomly assigned into two experimental (n=14) and control (n=14) groups. The experimental group received six session acceptance and commitment therapy (ACT). Brief illness perception questionnaire (Brief IPQ) was administered before and after training. The data was analyzed using one–way analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The results indicated that in the post–test after controlling the pre–test, there was a significant difference between the experimental and control groups in illness perception (p=0.032).

Conclusion: Acceptance and commitment therapy could reduce the perception of disease in patients with heart disease.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Illness perception, Coronary heart disease.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.23.5]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۸۵.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی

حسین خسروشاهی[۱]، *بهرام میرزائیان[۲]، رمضان حسن‌زاده[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** bmirzaiann@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۲ دی‌ماه۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۸اردیبهشت۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی که بر اثر تنگی و گرفتگی عروق کرونری قلب ایجاد می‌شود و مشکلی بهداشتی در کشورهای درحال‌توسعه و توسعه‌یافته به شمار می‌رود، از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان از جمله ایران است. بیماری قلبی‌عروقی از بیماری‌هایی است که تحت‌تأثیر عوامل روان‌شناختی نیز قرار می‌گیرد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران قلبی‌عروقی اجرا شد.

روش‌بررسی: این پژوهش به‌شکل نیمه‌آزمایشی (تجربی) دوگروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. جامعهٔ آماری پژوهش، بیماران قلبی‌عروقی مراجعه‌کننده به کلینیک قلب بیمارستان ولیعصر قائم‌شهر در بهار ۱۳۹۷ـ۱۳۹۶ بودند که از بین آن‌ها به‌صورت داوطلبانه ۲۸ نفر انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه (۱۴ نفر گروه آزمایش و ۱۴ نفر گروه گواه) تفکیک گردیدند. گروه آزمایش طی شش جلسه، تحت درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفت و گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامهٔ ادراک بیماری بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ و با روش تحلیل کوواریانس یک‌طرفه تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار نمرهٔ پیش‌آزمون ادراک بیماری در گروه آزمایش به‌ترتیب برابر با ۴۰/۴۶ و ۴/۰۴ و همچنین میانگین و انحراف معیار نمرهٔ پس‌آزمون در گروه آزمایش به‌ترتیب ۳۳/۲۱ و ۱/۸۰ است. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرهٔ پیش‌آزمون ادراک بیماری در گروه گواه به‌ترتیب برابر با ۴۰/۱۵ و ۴/۹۰ و همچنین میانگین و انحراف معیار نمرهٔ پس‌آزمون در گروه گواه ۴۲/۶۱ و ۲/۵۳ است. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث بهبود در ادراک بیماری ($p=$۰/۰۳۲) می‌شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با توجه به تأثیرگذاری در ارزش‌های بیماران به این صورت که رهایی از بیماری به‌عنوان یک ارزش برای بیمار در نظر گرفته شود، می‌تواند موجب کاهش ادراک بیماری در بیماران قلبی گردد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، ادراک بیماری، بیماران کرونر قلبی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.23.5]

۱ مقدمه

بیماری‌های قلبی‌عروقی علت اصلی مرگ‌ومیر در جهان محسوب می‌شود و سالانه مرگ هفده میلیون انسان را در پی دارد (۱). اخیراً نقش ادراک بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن در کانون توجه قرار گرفته است. منظور از ادراک بیماری، بازنمایی شناختی سازمان‌یافتهٔ بیمار از بیماری خود است (۲). بر اساس نظریهٔ لونتال[1] و همکاران در سال ۱۹۸۸، بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود به بیماری را بر اساس ادراکات خود از ماهیت، علل و پیامدپذیری، درمان‌پذیری و مدت‌زمان بیماری تنظیم می‌کنند. ادراک بیماری[2] شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: برچسب و علائم مربوط به بیماری مانند ماهیت یا باور دربارهٔ علل و مسبب آغاز خستگی و ضعف، علت یا ادراک فرد دربارهٔ طول مدت بیماری، مدت‌زمان بیماری بر حسب اینکه حاد، دوره‌ای یا مزمن است، پیامدها و یافته‌های موردانتظار فرد از بیماری برحسب آثار اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی و مؤثربودن درمان و بهبود. یافته‌ها بیان‌کنندهٔ نقش قابل‌توجه ادراک بیماری در تعیین پیامدها و انطباق با بیماری‌ها، نظیر آرتریت روماتوئید، بیماری هانتینگتون، دیابت، سکتهٔ قلبی، بیماری‌های کلیوی و سرطان سروگردن است (۲).

بندورا در این زمینه می‌نویسد: «درک از بیماری یک چهارچوب مهم را برای بررسی عقاید بیماران و نحوهٔ تأثیر اجزای آن بر رفتارهای بهداشتی فراهم می‌کند» (به نقل از منبع ۳). با وجود آنکه مطالعات متعددی به بررسی تأثیر درک از بیماری بر ایجاد تغییرات در سبک زندگی بیماران قلبی پرداخته‌اند، تأثیر درک از بیماری به‌عنوان عاملی مؤثر بر درک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌هایش در انجام‌دادن موفقیت‌آمیز رفتارهای بهداشتی بعد از بروز رویداد قلبی بررسی نشده است (۴). واکر معتقد است شناخت و درک از بیماری، ارزش پیش‌بینی‌کننده‌ای در ارتقای رفتارهای بهداشتی بیماران مبتلا به بیماری قلبی دارد (۵).

اسپاتولا و همکاران در طی پژوهشی، به طراحی یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده بر اساس درمان پذیرش و تعهد به‌عنوان یک پیشگیری ثانویه در بیماری عروق کرونر قلب پرداختند. آن‌ها بیان کردند که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد سبب تغییر سبک زندگی ناسالم و افزایش پیروی از درمان پزشکی از طریق تغییرات اصلاح پریشانی‌های روانی بیماران شده است (۶). نتـایج پـژوهش گراهام و همکاران (۷) نشان دادند روان‌درمـانی به روش ACT طی هشت جلسهٔ نوددقیقـه‌ای در درمـان افسردگی اساسی، اضطراب و استرس در افراد مبـتلا به سکتهٔ مغزی با بیماری قلبی و سرگیجه بسیار مـؤثر اسـت.

مداخلات مبتنی‌بر پذیرش در مؤثربودن افزایش رفتارهای بهداشتی، از قبیل مدیریت وزن، فعالیت‌های بدنی و ترک سیگار ثابت شده است (۸). در یک مقیاس گسترده، تحقیقات کارآزمایی تصادفی، اثربخشی مداخلات مبتنی‌بر پذیرش، سلامت و کیفیت زندگی را در بیماران قلبی بهبود داده است و این مطالعات هنوز ادامه دارد. با این حال در مطالعهٔ مقدماتی گودوین و همکارانش (۹)، کاربرد برنامهٔ مبتنی‌بر پذیرش برای بیماران قلبی بررسی شد و شواهد اولیه را برای افزایش رفتارهای سلامت قلبی فراهم آورد. نتایج پژوهش به‌طور خاص تغییرات زیادی در بهبود رژیم غذایی و افزایش متوسط در فعالیت بدنی را نسبت به قبل از درمان نشان داد. به‌دلیل تأثیر متقابل جنبه‌های مختلف عوامل جسمانی، روان‌شناختی، شناختی و هیجانی در بیماری انسداد عروق کرونر قلب، با نظر به اینکه در ایران اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی توسط پژوهشگر یافت نشده است، هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بود که موجب افزایش ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی می‌شود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی و طرح آن یک طرح دوگروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه گواه) با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که در آن درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش (ACT)، متغیر مستقل و ادراک بیماری، متغیر وابسته بود. متغیر مستقل (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) فقط بر روی گروه آزمایش اعمال شد.

ـ آزمودنی‌ها: جامعهٔ آماری پژوهش حاضر، به‌دلیل کمبود بیمار قلبی زن، مردانِ مبتلا به بیماری قلبی (CHD) بیمارستان ولیعصر قائم‌شهر در سال ۱۳۹۷ـ۱۳۹۶ بودند. گروه نمونه افرادی بودند که پس از احراز شرایط، روند درمان را طی می‌کردند. تعداد ۲۸ نفر بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و با کسب اجازه و رضایت از آن‌ها وارد پژوهش شدند. تحلیل توان برای تعیین حجم نمونهٔ لازم انجام شد. اندازهٔ اثر (ES) در حد F^2=۰/۸۳ در نظر گرفته شد و با استفاده از برنامهٔ جی‌پاور سطح معناداری ۰/۰۵، POWER=۰/۹۰ و تعداد متغیرها K=۱، چهارده‌نفر به‌عنوان حجم نمونه برای هر گروه در نظر گرفته شد. این افراد به‌صورت تصادفی در یک گروه آزمایشی ۱۴نفره و یک گروه گواه ۱۴نفره تخصیص یافتند. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامهٔ ادراک بیماری را در دورهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. معیارهای ورود عبارت بودند از: سن بین ۳۴ تا ۵۷ سال، تحصیلات حداقل سیکل (سوم راهنمایی)، دریافت‌نکردن داروهای روان‌گردان، جنسیت مرد، دریافت‌نکردن هم‌زمان روان‌درمانی دیگر. معیارهای خروج عبارت بودند از: وجود عقب‌ماندگی ذهنی، افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی و اختلال شخصیت شدید. معیارهای خروج با مصاحبهٔ بالینی متخصص روان‌شناسی و انجام‌دادن آزمون هوش ریون بررسی شد. ذکر این نکته ضروری است که مراجعان نباید از چهار ماه قبل از ورود به درمان، داروهای ضداضطراب و ضدافسردگی مصرف کرده باشند. مراجعانی که دارو مصرف می‌کردند، از پژوهش کنار گذاشته شدند. برای جلوگیری از سوگیری‌های احتمالی، تشخیص به فرد دیگری غیر از پژوهشگر واگذار شد. برای اینکه مشخص شود افراد اختلال شخصیت شدید ندارند، پرسش‌نامهٔ بالینی چندمحوری میلون[3] (MCMI) بر روی آن‌ها انجام شد. منظور از اختلال شخصیت

[1]. Levental
[2]. Illness perception
[3]. Millon Clinical Multiaxial Inventory

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.23.5]

شدید، اختلال شخصیت مرزی، اسکیزوتایپال و پارانوئید است. علاوه‌براین کسانی که در MCMI نمرهٔ نرخ پایهٔ[1] (BR) آن‌ها بیشتر از ۸۴ بود، از پژوهش کنار گذاشته شدند. دورهٔ مداخله نیز همان طور که در جدول راهنمای گام‌به‌گام جلسات درمان آمده است، در شش جلسهٔ نوددقیقه‌ای اجرا شد. بیماران در جلسات مشخص‌شده با استفاده از پرسش‌نامهٔ مربوطه ارزیابی شدند.

ابزار پژوهش:

ـ پرسش‌نامهٔ ادراک بیماری: این پرسش‌نامه نُه مقیاس دارد که براددبنت[2] و همکاران، بـر اساس فرم تجدیدنظرشدهٔ همین پرسش‌نامه طراحی کرده‌اند. دامنهٔ نمراتِ هشت سؤال اول، از ۱ تا ۱۰ است. سؤال نُه بازپاسخ است و از سه علـت عمـدهٔ ابتلا بـه بیماری به‌ترتیب سؤال می‌کند. هر خرده‌مقیاس یک مؤلفهٔ ادراک از بیماری را می‌سنجد. پنج خرده‌مقیاس واکنش شناختی بـه بیماری را سنجش می‌کنند کـه شامل ادراکِ پیامدها، طول مدت بیماری از طریـق درمـان و شـناخت علائم اسـت. دو خرده‌مقیاس نگرانی دربارهٔ بیماری و عواطف و واکنش عاطفی و یک خرده‌مقیاس قابلیت درک و فهم بیماری را می‌سنجد. در گزارشِ سازندگانِ آن روایی سازه ملاکی و گروه‌های خاص خوبی را از خود نشان داده است. آلفای کرونباخ برای ایـن پرسش‌نامه ۰/۸ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصلهٔ شش هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (۱۰). فرم فارسی پرسش‌نامهٔ ادراک بیماری را بزازیان بـا روایی و پایایی ۰/۷۰ تا ۰/۷۵ بومی‌سازی کرده است (۱۱). در پژوهش حاضر ضریب هم‌سانی درونی مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸ و در حد قابل‌قبولی است.

ـ روش اجرا: روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب نمونهٔ مدنظر، پرسش‌نامهٔ پژوهش، همه در یک نوبت و در قالب یک شکل به مردانی که به‌عنوان نمونه انتخاب شده بودند، ارائه گردید و دربارهٔ چگونگی پاسخ‌گویی به آن‌ها توضیحی کلی داده شد. سپس آن‌ها به‌صورت انفرادی به پرسش‌نامه پاسخ دادند. تمام اطلاعات کسب‌شده در این مطالعه محرمانه بود و به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام است. پس از تکمیل پرسش‌نامه و گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و گواه، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش علاوه بر درمان‌های همیشگی خود، در جلسات گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به‌صورت یک‌ساعته و دو بار در هفته برگزار شد نیز شرکت کردند؛ درحالی‌که شرکت‌کنندگان گروه که در لیست انتظار قرار داشتند، تنها درمان‌های همیشگی خود را دریافت کردند. پس از پایان جلسات نیز مجدداً پرسش‌نامهٔ پژوهش را شرکت‌کنندگان هر دو گروه تکمیل کردند. بیماران به‌مدت شش جلسه، وارد مرحلهٔ مداخلهٔ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (ACT) شدند. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (ACT) یکی از روش‌های رفتاردرمانی موج سوم است که شش فرایند محوری دارد که باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرایند عبارت است از: پذیرش، جداسازی یا گسلش شناختی، خود به‌عنوان زمینه، آگاهی از زمان حال، روشن‌سازی ارزش‌ها، تعهد به عمل (۷). در این درمان بیماران طبق مداخلهٔ درمانی (ACT on HEART) بر اساس درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (ACT)، تحت روان‌درمانی قرار گرفتند. این پروتکل از پروتکل رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بیماران قلبی گودوین و همکاران (۹) و درمان مبتنی بر پذیرش در خودمدیریتی دیابت (۱۲) اقتباس شده است و اسپاتولا و همکاران این پروتکل را مخصوص بیماران قلبی طراحی کرده‌اند که خلاصهٔ جلسات در جدول مربوطه آورده شده است (۶). به‌منظور تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها از روش‌های توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای بررسی استنباطی داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌طرفه استفاده شد. شایان ذکر است قبل از انجام‌دادن تحلیل، مفروضه‌های این آزمون آماری، شامل نرمال‌بودن توزیع متغیرها، آزمون کولموگروف ـ اسمیرنوف و همچنین نتایج آزمون لوین، بررسی شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ و با استفاده از تحلیل کوواریانس یک‌طرفه تجزیه‌وتحلیل گردید. سطح معناداری آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

برنامهٔ مداخله (ACT on HEART) دارای چهار مفهوم زیر است (۶):

ـ آموزش قلبی:[3] این آموزش توصیه‌هایی در زمینهٔ رژیم غذایی، ورزش و تأثیرات رفتارهای پرخطر از قبیل سیگارکشیدن و پیروی‌نکردن از درمان پزشکی را در بر می‌گیرد. علاوه‌براین، تکنیک‌های رفتاری برای حل‌کردن موانعی ارائه می‌شود که مانع از ایجاد سبک زندگی سالم می‌شود. همچنین هر جلسه، شامل گروه‌های حل مسئله به‌منظور رفع موانعی می‌شود که در رسیدن به اهداف شخصی نیز مانع ایجاد می‌کنند.

ـ ذهن‌آگاهی:[4] اشاره دارد به درگیرشدن به تجربه‌ای در لحظهٔ حال و اتخاذ نگرشی باز و کنجکاو به‌جای مبارزه با زمان حال، حتی اگر آن لحظه ناراحت‌کننده باشد. علاوه بر این، ذهن‌آگاهی درصدد افزایش خودآگاهی از طریق توجه کامل به تجربیات مثبت و منفی درونی است. تلاش‌های قبلی مبتنی بر تحت نظر گرفتن شرایط برای کنارآمدن با بیماری قلبی، از قبیل اجتناب از نشانه‌های بیماری و افکار و احساسات ناراحت‌کننده، بررسی شد تا ناکارآمدی تلاش برای رسیدن به یک زندگی باهدف اثبات شود. بیماران تشویق خواهند شد افکار و احساساتشان را از طریق تبدیل تمام توجه به سمت خود که به آن گسلش می‌گویند، خنثی کنند.

ـ پذیرش و میل:[5] شامل آگاهی و هوشیاری است و دربرگرفتن تجارب درونی شخصی، مشکل بدون تلاش برای تحت‌نظرگرفتن یا اجتناب از هیجانات ناراحت‌کننده. پذیرش یک جایگزین، برای اجتناب از تجربه است. بیماران درحالی‌که درگیر رفتارهای سالم‌اند، آموزش داده می‌شوند تا پیروی از درمان را به‌وسیلهٔ افزایش تمایل به تجربهٔ احساسات ناخوشایند و برانگیخته‌شدن لحظه‌به‌لحظه برای رسیدن به سبک زندگی قلبی سالم افزایش دهند. بیماران هدایت می‌شوند تا مطابق با ارزش‌های خود زندگی کنند.

ـ ارزش‌ها، اهداف و اعمال متعهدانه:[6] شناسایی ارزش‌های بیماران و

1. Base Rate
2. Broadbent
3. Cardiac education
4. Mindfulness
5. Acceptance and willingness
6. Values, goals and committed action.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.23.5]

اهداف رفتاری آن‌ها، درگیرشدن در رفتارهای مبتنی‌بر ارزش یا اعمال متعهدانه را افزایش خواهد داد. موانع بالقوه به‌منظور انطباق رفتارهای مبتنی بر ارزش و حفظ اقدام متعهدانه در طولانی‌مدت، از طریق پرداختن به استعاره‌ها و تکنیک‌های تجربی بررسی خواهد شد.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمانی

جلسات	توصیف
هفتهٔ اول	مرور و بررسی تاریخچهٔ مشکل مراجع و ارزیابی آن؛ مطرح‌کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است؛ توضیح فلسفهٔ مداخله بر اساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ قرارداد مشاوره‌ای شامل حضور به‌موقع و انجام‌دادن تکالیف.
هفتهٔ دوم	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل؛ ایجاد ناامیدی از روش‌های قبلی که فرد انجام می‌داده است؛ آموزش این نکته که هرگونه عملی به‌منظور اجتناب یا تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است؛ رساندن مراجع به ناامیدی خلاق و شفاف‌سازی ارزش‌های مراجع.
هفتهٔ سوم	ادامهٔ شفاف‌سازی ارزش‌ها، آموزش پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل.
هفتهٔ چهارم	آگاهی از احساسات ذهنی و بدنی و تمرکز بر فعالیت‌ها (مانند پیاده‌روی) و هیجانات؛ بحث دربارهٔ موانع و تمرین کاوش امکان‌پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش؛ پردازش بدون قضاوت تمرین‌های مربوط به رضایت و نارضایتی از رنج‌های زندگی.
هفتهٔ پنجم	ارائهٔ مقدمه‌ای برای تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، توجه به افکار و احساسات بدون چسبیدن به محتوای آن، دادن تکلیف و گرفتن بازخورد؛ ادامهٔ تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها؛ بیان تفاوت ارزش‌ها، اهداف و نیازها.
هفتهٔ ششم	ادامهٔ بحث دربارهٔ رضایت از داشتن رنج؛ تمرین‌های شفاف‌سازی ارزش‌ها و تأکید بر توانمندسازی مراجع؛ ایجاد انگیزه، یعنی فعالیت معطوف به (Committed Action) به‌همراه پذیرش تجارب ذهنی.

۳ یافته‌ها

یافته‌های مربوط به شاخص‌های دموگرافیک اعضای نمونهٔ تحقیق، شامل سن، مدت ابتلا به بیماری قلبی از زمان تشخیص قطعی توسط متخصص، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ و ۳ آمده است. با توجه به نرمال‌بودن داده‌ها، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد در میانگین سن و مدت‌زمان ابتلا به بیماری بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت (p=۰/۸۷۱). همچنین نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد از جهت توزیع تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال، بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشت (p=۰/۶۱۳). این یافته‌ها نشان‌دهندهٔ هم‌سانی زیاد در این متغیرها، بین اعضای دو گروه در شاخص‌های دموگرافیک است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران قلبی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه		مقدار احتمال
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن	۴۳/۳	۶/۳۴	۴۳/۹	۶/۷۲	۰/۸۷۱
مدت ابتلا به بیماری	۵/۵	۳/۲۴	۵/۱	۳/۸۷	۰/۸۷۱

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران قلبی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد	مقدار احتمال
وضعیت تأهل					
مجرد	۴	۲۸/۶	۳	۲۱/۴	
متأهل	۱۰	۷۱/۴	۱۱	۷۸/۶	
سطح تحصیلات					۰/۶۱۳

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.23.5]

سیکل	۴	۲۸/۶	۴	۲۸/۶	
دیپلم	۲	۱۴/۳	۴	۲۸/۶	
فوق‌دیپلم	۴	۲۸/۶	۴	۲۸/۶	
لیسانس	۴	۲۸/۶	۲	۱۴/۳	
وضعیت شغل					۰/۴۸۵
کارمند	۵	۳۵/۶	۴	۲۸/۶	
آزاد	۷	۵۰	۸	۵۷/۱	
بازنشسته	۱	۷/۱	۲	۱۴/۳	
بیکار	۱	۷/۱	۰	۰	

میانگین و انحراف معیار متغیر پژوهش، شامل ادراک بیماری مندرج در جدول ۳، بیان‌کنندهٔ آن است که میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با پیش‌آزمون، کاهش در متغیر ادراک بیماری را نشان می‌دهد؛ اما گروه گواه چنین تغییری را در میانگین‌های پس‌آزمون نشان نداد. در هر حال استنتاج تفاوت‌های معنادار در این متغیرها مستلزم به‌کارگیری آزمون مناسبی است.

جدول ۳. میانگین و انحراف متغیرهای تحقیق در دو مرحلهٔ ارزیابی در دو گروه گواه و آزمایش

متغیرها	مرحلهٔ ارزیابی	گروه	میانگین	انحراف معیار
ادراک بیماری	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۰/۴۶	۴/۰۴
		گواه	۴۰/۱۵	۴/۹۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۳/۲۱	۱/۸۰
		گواه	۴۲/۶۱	۲/۵۳

به‌منظور بررسی استنباطی داده‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌طرفه استفاده شد. شایان ذکر است قبل از تحلیل‌کردن، مفروضه‌های این آزمون آماری شامل نرمال‌بودن توزیع متغیرها بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف ـ اسمیرنوف برای نمرات متغیر نشان داد هیچ‌گونه تخطی از این مفروضه صورت نگرفته است و داده‌ها نرمال بود (p>۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها و آزمون همگنی شیب خط رگرسیون از لحاظ آماری معنادار نبود (p>۰/۰۵) که این نیز به‌معنای برقراری مفروضه‌های فوق است؛ بنابراین، استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس یک‌طرفه بلامانع است.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با احتمال ۸۳درصد تعدیل اثر نمره‌های ادراک بیماری پیش‌آزمون بر روی نمرات ادراک پس‌آزمون، اثرِ اصلیِ متغیرِ درمان بر نمره‌های ادراک بیماری معنادار بود (p<۰/۰۰۱)؛ یعنی گروه درمانی مبتنی بر رویکرددرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری موجب افزایش ادراک بیماری مردان مبتلا به بیماری قلبی شده است.

۴ بحث

هدف از انجام‌دادنِ این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی در شهر قائم‌شهر بود. یافته‌ها نشان داد این روش درمانی در بهبود ادراک بیماری بیماران کرونر قلبی مؤثر است. نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیق گراهام و همکاران (۷)، ایوانوا و همکاران (۱۳)، مک‌اووی و همکاران (۱۴)، پاملا و همکاران (۱۵)، فتحی احمد سرائی و همکاران (۱۶) هم‌خوانی دارد.

از جمله عوامل مؤثر در بین مطالعات متعدد در بیماران قلبی، ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی است. یافته‌های گذشته ارتباط بین ادراک بیماری را در بیماران قلبی پژوهش و بررسی کرده است. به‌عبارت دیگر، ادراکات منفی‌تر به بیماری، به‌طور کلی با کیفیت زندگی پایین‌تر و سلامت کمتر همراه است. تاکنون یافته‌های پژوهش‌ها نشان داده است که اعتقاد به شدیدتربودن پیامدهای بیماری، طولانی‌ترشدن زمان بیماری، کنترل شخصی ضعیف‌تر روی بیماری، شدیدتربودن علائم بیماری و همچنین نگرانی بیشتر دربارهٔ بیماری و واکنش عاطفی شدیدتر، با کیفیت زندگی کمتری همراه است (۱۷).

روان‌درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تأثیرات مطلوبش را در ارتقا و حفظ تغییرات سبک زندگی و بهبود کیفیت زندگی ثابت کرده است. بنابراین این نوع روان‌درمانی روش امیدوارکننده‌ای برای بهبود کیفیت زندگی و جلوگیری از پیشرفت بیماری است (۶). با این حال، تحقیقات اندکی برای بررسی تأثیرات برنامهٔ (ACT on HEART) مداخلهٔ روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینهٔ پیشگیری ثانوی از بیماری‌های اسکمیک قلبی وجود دارد. این برنامه با این تفکر که رفتارهای خطرزای چندگانه باید در ابتدا مورد هدف قرار گیرد، توسعه پیدا کرده است. اصلاح هریک از عوامل خطر منفرد به‌طور چشمگیری به استانداردهای مراقبت از بیماران قلبی عروقی می‌افزاید؛ اما قشر وسیعی از این بیماران بیشتر از یک عامل خطرساز و بیماری‌زا را دارند. این برنامهٔ درمانی یک شیوهٔ نوآورانه در میان روش‌های مختلف است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که از دیدگاه پذیرش و تعهد درمانی (ACT)، هر فرد به‌طور بالقوه توانایی برقراری ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار برای یک زندگی ارزشمند را دارد. همچنین

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.23.5]

ارزشمندی زندگی در پذیرش و تعهد درمانی (ACT) از طریق فرایندهایی نظیر پذیرش، گسستن از اضطراب و نگرانی‌هایی که باعث دربندماندن افراد می‌شود، همراه با در زمان حال زندگی‌کردن و تأکید بر ارزش‌ها و عمل متعهد به تحقق می‌پیوندد. هریک از این فرایندها به‌نوعی کارکرد تنظیم زبانی شناخت و کارکرد فعال‌سازی رفتاری را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۸). به همین دلیل نیز برخی از صاحب‌نظران، پذیرش و تعهد درمانی (ACT) را درمان مبتنی‌بر اقدام هدایت‌شده از طریق ارزش‌ها نیز نام‌گذاری کرده‌اند (۱۹). برای تغییر در فرایند بهبودی و رهایی از بیماری، ابتدا سلامتی و پرهیز از بیماری باید به‌عنوان یک ارزش برای بیمار در نظر گرفته شود و برای اینکه این ارزش‌گذاری صورت پذیرد، باید فرد درکش از بیماری را به‌صورت واقع‌بینانه درآورد تا بتواند فرایند تعهد را عملی سازد.

از طرف دیگر پذیرش و تعهد درمانی (ACT) دارای مؤلفه‌های وجودگرایی جدی نیز است. برای نمونه، سؤالات کاربردی و محوری‌ای که در این نوع درمان مدنظر قرار می‌گیرد، عبارت است از: در زندگی کوتاه خود در این سیاره به کجا می‌خواهید بروید؟ اکنون در زندگی خود در کدام جایگاه هستید؟ چه چیزی قلباً و عمیقاً برای شما در زندگی مسئله است؟ از طریق تمرکز بر چنین سؤالات وجودگرایانه‌ای، افراد بدون تردید به تصویر جامع زندگی خود اندیشیده، به‌تدریج به آن پی می‌برند. علاوه بر این، چنین اندیشه و تجارب بعدی آن باعث می‌شود به‌تدریج آن‌ها بدون اجتناب تجربی با مسائل زندگی خود مواجه شوند و از طریق ارزش‌های محوری در زندگی خود، انگیزه و تمایل به تغییر رفتار را در راستای اهداف ارزشمند زندگی در خود پدید آورند (۲۰). از طرف دیگر، تفکر زیربنایی پذیرش و تعهد درمانی (ACT) این است که آنچه را خارج از شماست، بپذیرید و نسبت به آنچه برای زندگی شما ارزش و اهمیت دارد، تعهد نشان دهید.

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان اضافه کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این امکان را می‌دهد که در وهلهٔ اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی، شامل وسعت‌بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به‌علاوه بر تقویت یک رابطهٔ غیرقضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود. همچنین تمایل به تجربهٔ عواطف منفی و قرارگرفتن در معرض این احساسات ناخوشایند، مشخص‌کردن ارزش‌ها و ارتباط‌دادن رفتار با ارزش‌ها و اهداف شخصی، ادراک از بیماری را بهبود بخشیده است. با توجه به تأثیر عمیق ادراک بیماری در بهبود وضعیت بالینی بیماران قلبی، از تلویحات مهم بالینی این نکته است که برای تأثیرگذاری بهتر درمان‌های بیولوژیک در بیماران قلبی، توجه به ادراک صحیح بیماران از وضعیت بیماری خود، روند بهبود بیماران را تسریع می‌کند. در پایان نیز باید توجه کرد که پژوهش حاضر نیز مانند پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی دارد؛ مانند تشکیل گروه نمونهٔ پژوهش فقط از مردانِ دارای بیمار قلبی‌عروقی مراجعه‌کننده به مطب متخصص بیماری‌های قلبی‌عروقی و نحوهٔ انتخاب داوطلبانهٔ گروه نمونهٔ پژوهش. این محدودیت‌ها در تعمیم نتایج لازم است مدنظر قرار گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، استفاده از تعهد و پذیرش درمانی (ACT)، برای آن گروه از بیماران قلبی است که خود و اطرافیان و حتی پزشک متخصص معالج آن‌ها احساس می‌کنند از ادراک ناقص بیماری رنج می‌برند. پیشنهاد می‌شود از این نوع درمان، روان‌شناسان سلامت و بالینی در مراکز قلبی و بیمارستان‌های تخصصی استفاده کنند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.23.5]

References

1. Barghi Irani Z, Aliakbari Dehkordi M, Zare H, Alipour A, Shahidi G. Causal Relationship of Disease Perception, Pharma-Following and Life Quality in Aged People with Parkinson. Clinical Psychology and Personality. 2014;2(10):51-60. [Persian] http://cpap.shahed.ac.ir/article-1-790-en.html
2. Mohseni Pouya H, Hajimiri K, Esmaeili Shahmirzadi S, Golshani S, Hashemi Amrei SH, et al. Relationship between Health Promoting Behaviors and Severity of Coronary Artery Stenosis in Angiography Department in Mazandaran Heart Center. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015;25(130):19-29. [Persian] http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-6388-en.html
3. Mashreky SR, Rahman A, Khan TF, Svanström L, Rahman F. Determinants of childhood burns in rural Bangladesh: A nested case–control study. Health Policy. 2010;96(3):226-30. doi:10.1016/j.healthpol.2010.02.004
4. Joseph KA, Adams CD, Goldfarb IW, Slater H. Parental correlates of unintentional burn injuries in infancy and early childhood. Burns. 2002;28(5):455-63. doi:10.1016/S0305-4179(02)00035-9
5. Torabian S, Sadegh Saba MS. Epidemiology of pediatric burn injuries in Hamadan, Iran. Burns. 2009;35(8):1147-51. doi:10.1016/j.burns.2009.06.194
6. Spatola CA, Manzoni GM, Castelnuovo G, Malfatto G, Facchini M, Goodwin CL, et al. The ACT on HEART study: rationale and design of a randomized controlled clinical trial comparing a brief intervention based on acceptance and commitment therapy to usual secondary prevention care of coronary heart disease. Health and Quality of Life Outcomes. 2014;12(22):1-10. doi:10.1186/1477-7525-12-22
7. Graham CD, Gillanders D, Stuart S, Gouick J. An acceptance and commitment therapy (ACT) based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. Clinical Case Studies. 2014;14(2):83-97. doi:10.1177/1534650114539386
8. Butryn ML, Forman E, Hoffman K, Shaw J, Juarascio A. A pilot study of acceptance and commitment therapy for promotion of physical activity. Journal of Physical Activity and Health. 2011;8(4):516–22. doi:10.1123/jpah.8.4.516
9. Goodwin CL, Forman EM, Herbert JD, Butryn ML, Ledley GS. A pilot study examining the initial effectiveness of a brief acceptance-based behavior therapy for modifying diet and physical activity among cardiac patients. Behavior Modification. 2012;36(2):199–217. doi:10.1177/0145445511427770
10. Brodbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. Journal of Psychosomatic Research. 2006;60(6):631-7. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
11. Bazzazian S, Besharat MA. Reliability and validity of a Farsi version of the brief illness perception questionnaire. Procedia - Social Behavior Sciences. 2010;5:962-5. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.217
12. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2007;75(2):336–43. doi:10.1037/0022-006X.75.2.336
13. Ivanoa E, Jensen D, Cassoff J, Gu F, Knäuper B. Acceptance and commitment therapy improves exercise tolerance in sedentary women. Medicine and Science in Sports and Exercise. 2015;6(47):1251-8. doi:10.1249/MSS.0000000000000536
14. McEvoy PM, Erceg-Hurn DM, Anderson RA, Campbell BN, Swan A, Saulsman LM, et al. Group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: An effectiveness trial. Journal of Affective Disorders. 2015; 175: 124-32. doi:10.1016/j.jad.2014.12.046
15. McCabe PJ, Barnason SA. Illness perceptions, coping strategies, and symptoms contribute to psychological distress in patients with recurrent symptomatic atrial fibrillation. The Journal of Cardiovascular Nursing. 2012;27(5):431-44. doi:10.1097/JCN.0b013e31821e7ab1
16. Fathi Ahmadsaraei N, Neshat Doost H T, Manshaee GR, Nadi MA. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life among Patients with Type 2 Diabetes. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2016;4(1):31-9. [Persian] doi:10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.31
17. Kalantari H, Bagherian Sararoodi R, Afshar H, Khoramian N, Forouzandeh N, Daghagh Zadeh H, et al. Relationship between illness perceptions and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012;22(90):33-41. [Persian] http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-1166-en.html
18. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Pieterse ME, Schreurs KM. Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: randomized controlled trial. Psychological Medicine. 2012;42(3):485-95. doi:10.1017/S0033291711001206
19. Batten SV, Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder: A case study. Clinical Case Studies. 2005; 4(3), 246- 62. doi:10.1177/1534650103259689
20. Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. Behavior Modification. 2005;29(1):95-129. doi:10.1177/0145445504270876

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.23.5]