

## The Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on the Mental Health of Coronary Heart Diseases: A Pilot Study

Nasim Teymoori<sup>1</sup>, Saeid Teymoori<sup>2\*</sup>, Mohammad-Hossein Bayazi<sup>3</sup>

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Torbat-e-Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat-e-Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam, Iran.

**\*Corresponding Author:** Saeid Teymoori, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran.

**Email:** s.teymoori@iautj.ac.ir

**Received:** 11 February 2022

**Accepted:** 18 May 2022

**Published:** 28 February 2023

### How to cite this article:

Teymoori N, Teymoori S, Bayazi M.H. The Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on the Mental Health of Coronary Heart Diseases: A Pilot Study. *Salāmat-i ijtimāi (Community Health)*. 2023; 10(1): 28-36. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v10i1.31572>.

### Abstract

**Background and Objective:** Patients with cardiovascular disease due to debilitating symptoms of the disease may lose their ability to adapt to the conditions of this disease and their life expectancy. The aim of this study was to aim at the effect of acceptance and commitment group therapy (ACT) on mental health of cardiac patients.

**Materials and Methods:** The research method was semi-experimental and with the research design, the pre-test was post-test with the control group. The statistical population of this study included all cardiac (coronary) patients 35-55 years old referred to health centers in Taybad city in May 2020 (130 patients). Among them, 30 patients were selected by available sampling method and were randomly assigned to two experimental groups (n=15) and control group (n=15). The follow-up period was performed three months after the end of the post-test. Data were obtained using a mental health questionnaire in three periods of pre-test, post-test and follow-up. The experimental group received acceptance and commitment therapy in eight 90-minute sessions, but the control group was placed on the waiting list. In line with inferentiotic analysis, repeatedly measuring variance analysis method was used which was performed by SPSS.22 software.

**Results:** The results showed that in the experimental group, the mean (SD) of physical problems decreased from 10.6 (1.9) in pretest to 7.3 (2.1) in post-test and 6.5 (2.4) in follow-up ( $P<0.001$ ). Also, in the experimental group, the mean (SD) of anxiety and sleep decreased from 14 (3.1) in pretest to 6.3 (2.6) in post-test and 6.1 (2.3) in follow-up ( $P<0.001$ ). In the experimental group, the mean (SD) of social function increased from 8.1 (3.9) in pre-test to 9.5 (4.9) in post-test and 9.2 (4.4) in follow-up ( $P=0.67$ ), which was not statistically significant. In the experimental group, the mean (SD) of depression decreased from 10.7 (5.4) in pretest to 3.8 (3.7) in post-test and 4.4 (3.9) in follow-up ( $P<0.001$ ). However, in the control group, the mean (SD) of mental health subscales in pre-test, post-test and follow-up had no statistically significant difference.

**Conclusion:** It can be concluded that acceptance and commitment therapy to reduce psychological symptoms and promote mental health of cardiac patients can be used as a selective psychotherapy and complementary medical treatment at the same time as receiving drug therapy.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Mental Health, Heart Disease.

**Conflict of Interest:** None of the authors has any conflict of interest to disclose.

**Ethical publication statement:** We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

**Ethical code:** IR.IAU.TJ.REC.1399.039.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

## تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب: یک مطالعه راهنما

نسیم تیموری<sup>۱</sup>، سعید تیموری<sup>۲\*</sup>، محمد حسین بیاضی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

\* نویسنده مسئول: سعید تیموری، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

Email: s.teimoori@iautj.ac.ir

تاریخ پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۱

تاریخ دریافت: بهمن ۱۴۰۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** بیماران مبتلا به بیماری های قلبی عروقی کرونری ممکن است توان سازگاری با شرایط این بیماری و امید خود را نسبت به ادامه زندگی از دست بدهند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران قلبی انجام شده است.

**روش و مواد:** این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پژوهش پیش آزمون پس آزمون و گروه گواه با مشارکت افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری ۳۵ تا ۵۵ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان تایباد در اردیبهشت ماه ۱۳۹۹ انجام شد. تعداد نمونه ۳۰ نفر بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه، هر گروه ۱۵ نفر گماشته شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه سلامت روان در سه دوره زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماه بعد، جمع آوری گردید. گروه آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند اما گروه گواه مداخله ای دریافت نکردند. داده ها با استفاده از آزمون های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) مشکلات جسمانی از (۱/۹) ۱۰/۶ در پیش آزمون به (۲/۱) ۷/۳ در پس آزمون و (۲/۴) ۶/۵ در پیگیری ( $P<0/001$ ) و اضطراب و اختلال خواب از (۳/۱) ۱۴ در پیش آزمون به (۲/۶) ۶/۳ در پس آزمون و (۶/۱) ۶/۱ در پیگیری ( $P<0/001$ ) و همچنین افسردگی از (۵/۴) ۱۰/۷ در پیش آزمون به (۳/۷) ۳/۸ در پس آزمون و (۳/۹) ۴/۴ در پیگیری ( $P<0/001$ ) کاهش یافتند. در گروه آزمایش تغییرات میانگین (انحراف معیار) کارکرد اجتماعی در پیش آزمون (۳/۹) ۸/۱، پس آزمون (۴/۹) ۹/۵ و پیگیری (۴/۴) ۹/۲ معنی دار نبود. در گروه گواه، نمرات خرده مقیاس های سلامت روان در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری از لحاظ آماری نداشتند.

**نتیجه گیری:** مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش مشکلات جسمانی، اضطراب و اختلال خواب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری های قلبی عروقی شد.

**واژگان کلیدی:** درمان پذیرش و تعهد، سلامت روان، بیماری قلبی.

## مقدمه

بیماری های قلبی عروقی از انواع بیماری های مزمن است که سبب اختلال در خون رسانی قلب به مغز و سایر نواحی محیطی می شوند (۱). امروزه این بیماری ها از عمده ترین علل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه محسوب می شوند (۲). بیماری های قلبی موجب بستری شدن های مکرر با صرف هزینه های بالا برای جامعه و دولت می گردد (۳). در حال حاضر شیوع این بیماری در ایران افزایش یافته، به طوری که اولین علت مرگ و میر در افراد بالاتر از ۳۵ سال می باشد (۴). پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰، سالانه بیش از ۲۳ میلیون مرگ به دلیل بیماری های قلبی عروقی در سراسر جهان رخ دهد (۵). بیماری های قلبی عروقی با ایجاد عوامل تنش زای جسمی- روانی مختلف مانند درد، فقدان سلامتی، از دست دادن شغل، محرومیت حسی، احساس مرگ قریب الوقوع و درجات متفاوتی از واکنش های روانی نظیر ناامیدی، خستگی و وحشت، موجب احساس بی ارزشی و کاهش اعتماد به نفس در بیمار می شود (۶). به علت طول مدت و شدت این بیماری، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت روان این بیماران تحت تأثیر قرار می گیرند (۷). شیوع افسردگی در این بیماران بین ۱۵ تا ۳۶٪ متفاوت بوده و حتی تا ۷۷/۵٪ نیز گزارش شده است. همچنین، ۴۰٪ این بیماران ممکن است دچار اختلالات اضطرابی شوند. مطالعات نشان داده اند که سطح کلی اضطراب این بیماران در حدود ۶۰٪ بیشتر از افراد سالم است. به علاوه، کاهش سلامت روان در بیماران قلبی عروقی بر کیفیت زندگی آن ها تأثیر گذاشته و موجب اختلال عملکرد آن ها در ابعاد گوناگون می شود (۸). شواهد پژوهشی حاکی از آن است که سلامت روان در بیماران مبتلا به دردهای مزمن به صورت معناداری پایین است و با شدت درد و طول درمان بیماری رابطه مستقیمی دارد (۹). سلامت روان یک حالت پویا از تعادل درونی است که افراد را قادر می سازد تا از توانایی های خود در هماهنگی با ارزش های کلی جامعه استفاده کنند. مهارت های پایه ای شناختی و اجتماعی، توانایی تشخیص، بیان و تعدیل احساسات و هیجانات، همدردی با دیگران، انعطاف پذیری و توانایی مقابله با حوادث ناگوار زندگی، ایفای نقش اجتماعی و رابطه هماهنگ میان ذهن و بدن از اجزای مهم سلامت روان هستند که به درجات مختلف به حالت تعادل درونی در افراد کمک می کنند (۱۰). سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اعتماد به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین- نسلی و خودشکوفایی توانایی های بالقوه فکری، و هیجانی است (۱۱). نتایج تحقیقات مختلف در سراسر جهان حاکی از آن است که رابطه مستقیمی بین وضعیت ناپایداری در سلامت روان در بیماران مبتلا به دردهای مزمن قلبی عروقی به صورت معناداری پایین است و با شدت درد و طول درمان بیماری وجود دارد و احتمال اتخاذ رفتارهای بهداشتی زمانی بیشتر است که افراد تمایل به سالم ماندن داشته باشند و بر این باور باشند که چنین رفتارهایی باعث بهبود و ارتقاء سطح سلامت آن ها خواهد شد (۱۲). سلامت روان یک حالت پویا از تعادل درونی است که افراد را قادر می سازد تا از توانایی های خود در هماهنگی با ارزش های کلی جامعه استفاده کنند. مهارت های پایه ای شناختی و اجتماعی، توانایی تشخیص، بیان و تعدیل احساسات و هیجانات، همدردی با دیگران، انعطاف پذیری و توانایی مقابله با حوادث ناگوار زندگی، ایفای نقش اجتماعی و رابطه ی هماهنگ میان ذهن و بدن از اجزای مهم سلامت روان هستند که به درجات مختلف به حالت تعادل درونی در افراد کمک می کنند (۱۳). بیماران مبتلا به بیماری های قلبی عروقی به علت علائم ناتوان کننده بیماری ممکن است توان سازگاری با شرایط این بیماری و امید به زندگی خود را از دست بدهند. لذا در درمان این بیماری ها هدف بهبودی نیست، بلکه ادامه زندگی مستقل و تا حد امکان دارای یک کیفیت مطلوب و توأم با احساس رضایت و کارآمدی مطرح می باشد. در بین درمان های روان شناختی، الگوهای متنوعی در مورد درمان و کاهش علائم روان شناختی بیماری های مزمن به کار رفته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان های موج سوم رفتار درمانی است که توسط Hayes و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT شناخته شده که ریشه در رفتارگرایی دارد اما توسط فرایندهای روان شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد (۱۴).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک روش مداخله روان شناختی است که راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی را به روش های مختلف با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی آمیزد که با هدف افزایش انعطاف پذیری روان شناختی انجام می شود. شش

اصل بنیادین در این درمان گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خود مشاهده گر، ارزش ها و اقدام متعهدانه می باشد. این درمان مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی را به شیوه های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار در هم می آمیزد و به درمان جویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و بامعنا کمک می کند. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی- شناختی، هدف ACT تغییر شکل یا کاهش افکار و احساسات آزاردهنده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف پذیری شناختی است. منظور از انعطاف پذیری شناختی توانایی تماس با لحظه ی حال زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است. رفتاری که به مقتضیات موقعیت، همسو با ارزش های فرد می باشد. به عبارت دیگر، این رویکرد به افراد کمک می کند حتی با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش تری داشته باشند (۱۵). فاضلی کبریا و همکاران (۱۴) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش سرمایه روان شناختی بیماران قلبی عروقی مؤثر است. Trompeter و همکاران (۱۵) در پژوهش خود رابطه بین اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در علائم افسردگی، اضطراب و سلامت روانی مثبت را نشان دادند. انجام پژوهش در مورد سلامت روان بیماران قلبی و به خصوص کشف تأثیرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وضعیت روان شناختی بیماران قلبی، تا حد زیادی می تواند در از پیش پا برداشتن ابهامات راهگشا بوده و گامی به سوی جدی گرفتن درمان مبتلایان به بیماریهای قلبی عروقی در ایران باشد. نتایج این پژوهش می تواند در مراکز بهداشت برای کمک به پرستاران، بیماران قلبی و خانواده ها و همچنین به عنوان رویکردی در مشاوره فردی و گروهی به منظور بهبود وضعیت روانی و جسمانی افراد مبتلا به بیماری های قلبی مورد استفاده قرار گیرد. لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران قلبی انجام شده است.

### روش و مواد

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و با طرح پژوهش از نوع پیش آزمون پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب ۳۵ تا ۵۵ ساله مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان تایباد در اردیبهشت ماه ۱۳۹۹ بود که تعدادشان ۱۳۰ نفر بود و از بین آن ها، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، هر گروه ۱۵ نفر قرار گرفتند. تعداد افراد نمونه بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، حداقل تعداد نمونه برای دست یابی به توان مورد نظر، جمعاً ۳۰ نفر به دست آمد. روش نمونه گیری به این صورت بود که فراخوانی برای شرکت در پژوهش، در مراکز بهداشت ارائه شد و سپس از افراد داوطلب برای اجرای آزمایش دعوت شد. با استفاده از ابزارهای پژوهشی از همه آن ها پیش آزمون گرفته شد. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: افراد دارای حداقل مدرک تحصیلی سیکل باشند، دامنه سنی بین ۳۵ تا ۵۵ سال باشد، افراد تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش داشته باشند، دریافت تشخیص بیماری قلبی (کرونری) توسط متخصص قلب و آنژیوگرافی. ملاک های خروج از پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به اختلال روانپزشکی حاد، وجود علائم شدید مربوط به بیماری قلبی که فرد امکان حضور در جلسات را نداشته باشد و عدم تمایل فرد به ادامه درمان. جهت در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی پژوهش، کلیه افراد به صورت شفاهی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می نمودند، این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت و به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود. در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای توسط درمانگر آموزش دیده ACT اجرا شد و در طی این مدت گروه گواه مداخلات روتین مراکز بهداشت را ادامه دادند و در لیست انتظار برای دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. پس از پایان هشت جلسه از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد و نتایج آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. دوره پیگیری سه ماه بعد از پایان پس آزمون اجرا گردید.

**پرسشنامه سلامت روان:** در این پژوهش منظور از سلامت روان نمره ای است که شرکت کنندگان از پرسشنامه ۲۸ ماده ای (Goldberg & Hillier (1972) به دست می آورند. در این پرسشنامه که سؤالات در طیف لیکرت چهار درجه ای به صورت ۰، ۱، ۲، و ۳ نمره گذاری می شوند، ۸ سؤال نخست علائم جسمانی، ۸ سؤال دوم علائم اضطراب و اختلال خواب،

۸ سؤال سوم اختلال در کارکرد اجتماعی و ۸ سؤال آخر علائم افسردگی و گرایش به خودکشی را مورد ارزیابی قرار می دهند (۱۶). در این مقیاس افزایش نمره با بدتر شدن وضعیت سلامت روان همراه است. پایایی این ابزار با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین، پایایی پرسشنامه ی ۲۸ سؤالی برای مقیاس های اضطراب، افسردگی، اختلال در کنش اجتماعی و شکایات جسمانی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و ۰/۷۶ و روایی هم زمان آن با پرسشنامه های اضطراب بک و افسردگی زونگ به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۶۹ گزارش شده است (۱۷). روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب بک، ۰/۶۴ و پایایی آن با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۶ به دست آمد. در این پژوهش از مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط Hayes و همکاران (۱۸) ارائه شده است، استفاده شد. این درمان در طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش انجام شد (جدول شماره ۱).

#### جدول شماره ۱- برنامه و محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسات   | اهداف درمان                                                                                                                                                                             | مداخلات                                                                                                                                          |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| مقدماتی | آشنایی اولیه با مراجع و معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان | اجرای پیش آزمون                                                                                                                                  |
| اول     | نومیدی خلاق: کمک به بیمار جهت درک اینکه رویکرد فعلی او نسبت به درک فاقد کارایی و تأثیر است.                                                                                             | چه تلاش هایی کرده اید؟<br>آیا این تلاش ها مؤثر بوده اند؟<br>استعاره بیلچه و گودال تفاوت میان اقدام عملی ارزشمند در مقایسه با فاجعه آمیز کردن درد |
| دوم     | افزایش رفتارهای خود مراقبتی، پیروی از تکالیف و رژیم غذایی توصیه شده                                                                                                                     | کار بر روی ارزش های مرتبط با سلامت<br>تأکید بر اراده مندی با هدف تجربه کردن رویداد های درونی                                                     |
| سوم     | مفهوم سازی و درک خویشتن به مثابه بافت و زمینه و نه خویشتنی که محتوای آن در خدمت افکار و احساسات مرتبط با بیماری قلبی است.                                                               | گواه به عنوان یک مسأله در نظر گرفته می شود<br>استعاره صفحه شطرنج تمرین مشاهده گری، تمرین جعبه پر از اشیا                                         |
| چهارم   | ارزش گذاری: کمک به بیمار جهت تشخیص اهداف ارزشمند زندگی و ایجاد انگیزه برای انجام عملکردها توأم با درد                                                                                   | استعاره بالا رفتن از کوه، تمرین برخورداری از یک موضوع، استعاره سنگ قبر                                                                           |
| پنجم    | پذیرش ترس از بیماری، معلول شدن و مردن که به طور منفی ارزیابی می شوند.                                                                                                                   | تمرینات مرتبط با اراده مندی                                                                                                                      |
| ششم     | عدم آمیختگی شناختی با افکاری که منفی ارزیابی می شوند: بیمار شدن، معلولیت و مردن                                                                                                         | تمرینات انعطاف پذیری: تمرین شیر، برچسب گذاری افکار و احساسات                                                                                     |
| هفتم    | ذهن آگاهی و شفقت درمانی در لحظه اینجا و اکنون زندگی کردن                                                                                                                                | تمرینات ذهن آگاهی و مراقبه، تمرکز به اصوات، احساسات بساوایی، بینایی، چشایی، گسترش آگاهی، بخشش و مهربانی به خود                                   |
| هشتم    | الگوی عمل متعهدانه: شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن ها درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن                                                  | انتخاب در برابر تصمیم گیری، اراده مندی<br>به عنوان یک انتخاب در نظر گرفته می شود.<br>جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون                             |

به منظور توصیف داده ها از شاخص های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد و برای تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بون فرونی استفاده شد. به منظور بررسی پیش فرض های آزمون استنباطی از آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس ها)، آزمون کولموگروف-اسمیرنف (جهت نرمال بودن

توزیع داده ها)، آزمون Mbox و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. تحلیل های آماری فوق با بهره گیری از نرم افزار SPSS.22 به اجرا درآمد. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه آزمایش (۱۲/۸) ۴۶/۱ و گروه گواه برابر با (۱۳/۹) ۴۷/۸ سال بود. دو گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند. کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش به ترتیب ۳۵ و ۵۵ سال و در گروه گواه، ۳۷ و ۵۵ سال بود.

جدول شماره ۲- آماره های توصیفی بر سلامت روان بیماران قلبی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| متغیرها              | گروه ها | پیش آزمون<br>(انحراف معیار) میانگین | پس آزمون<br>(انحراف معیار) میانگین | پیگیری<br>(انحراف معیار) میانگین | p     |
|----------------------|---------|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------|
| جسمانی               | آزمایش  | ۱۰/۶ (۱/۹)                          | ۷/۳ (۲/۱)                          | ۶/۵ (۲/۴)                        | ۰/۰۰۱ |
|                      | گواه    | ۱۲/۷ (۳/۶)                          | ۱۲/۳ (۳/۵)                         | ۱۲/۵ (۳/۶)                       | ۰/۴۸۹ |
| اضطراب و اختلال خواب | آزمایش  | ۱۴ (۳/۱)                            | ۶/۳ (۲/۶)                          | ۶/۱ (۲/۳)                        | ۰/۰۰۱ |
|                      | گواه    | ۱۲/۸ (۴/۱)                          | ۱۲/۳ (۳/۳)                         | ۱۲/۷ (۳/۸)                       | ۰/۷۴۱ |
| کارکرد اجتماعی       | آزمایش  | ۸/۱ (۳/۹)                           | ۹/۵ (۴/۹)                          | ۹/۲ (۴/۴)                        | ۰/۶۷۹ |
|                      | گواه    | ۹/۲ (۳/۹)                           | ۹/۷ (۴/۵)                          | ۹/۵ (۴/۳)                        | ۰/۴۶۲ |
| افسردگی              | آزمایش  | ۱۰/۷ (۵/۴)                          | ۳/۸ (۳/۷)                          | ۴/۴ (۳/۹)                        | ۰/۰۰۱ |
|                      | گواه    | ۸/۷ (۵/۰)                           | ۸/۴ (۵/۰)                          | ۸/۶ (۵/۱)                        | ۰/۳۱۲ |

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، جهت رعایت پیش فرض ها، نتایج آزمون های M باکس، کرویت موچلی و لوین بررسی شد. از آن جایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس رد نشد. همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که فرض برابری واریانس های بین گروهی رد نشد. در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنی دار بود، و بنابراین فرض برابری واریانس های درون آزمودنی ها (فرض کرویت) رعایت نشد ( $p < 0/001$ ). بنابراین از آزمون گرین هاوس گیزر برای بررسی نتایج آزمون تک متغیره برای اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. همچنین آزمون گرین هاوس گیزر با مقداری برابر ۰/۲۱ ( $P < 0/001$ ) تفاوت معناداری را از نظر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان در گروه های آزمایش و گواه در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد.

نتایج جدول ۳ نشان داد که در خصوص متغیر جسمانی، اثر زمان معنادار است ( $F = 16/12$ ,  $P < 0/001$ ) که با توجه به مجذور اِتا می توان گفت که ۳۶/۵٪ تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله زمان است. ضمناً اثر گروه معنادار است ( $P < 0/001$ ،  $F = 14/07$ ) که با توجه به مجذور اِتا می توان گفت که ۳۳/۵٪ تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله زمان است. همچنین اثر تعاملی زمان و گروه معنادار بود ( $F = 45/5$ ,  $P < 0/001$ ) که با توجه به مجذور اِتا می توان گفت که ۲۷/۲٪ تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله زمان و گروه است. در خصوص متغیر اضطراب و خواب، اثر زمان معنادار است ( $F = 40/44$ ,  $P < 0/001$ ) که با توجه به مجذور اِتا می توان گفت که ۵۹/۱٪ تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله زمان است. ضمناً اثر گروه معنادار است ( $F = 5/39$ ,  $P < 0/001$ ) که با توجه به مجذور اِتا می توان گفت که ۱۶/۱٪ تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله زمان است. همچنین اثر تعاملی زمان و گروه معنادار بود ( $F = 31/1$ ,  $P < 0/001$ ) که با توجه به مجذور اِتا می توان گفت که ۵۲/۶٪ تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله زمان و گروه است. در خصوص متغیر کارکرد اجتماعی، اثر زمان معنادار نیست ( $P > 0/05$ ،  $F = 1/54$ ) که با توجه به مجذور اِتا می توان گفت که ۵/۲٪ تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله زمان است. ضمناً اثر گروه معنادار نیست ( $F = 0/17$ ,  $P > 0/05$ ) که با توجه به مجذور اِتا می توان گفت که ۰/۶٪ تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله زمان است. همچنین اثر تعاملی زمان و گروه معنادار نیست ( $F = 0/33$ ,  $P > 0/05$ ) که با توجه به مجذور اِتا می توان گفت که ۱،۲٪



درصد تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله زمان و گروه است. در خصوص متغیر افسردگی، اثر زمان معنادار است ( $P < 0/001$ )،  $F = 36/84$  که با توجه به مجذور اِتا می توان گفت که  $61/6\%$  تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله زمان است. ضمناً اثر گروه معنادار است ( $P < 0/001$ )،  $F = 44/83$  که با توجه به مجذور اِتا می توان گفت که  $56/6\%$  تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله زمان است. همچنین اثر تعاملی زمان و گروه معنادار نبود ( $P > 0/05$ )،  $F = 0/61$  که با توجه به مجذور اِتا می توان گفت که  $2/1\%$  تغییرات زمانی ناشی از اثر مداخله زمان و گروه است.

جدول شماره ۳- تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر مقایسه تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

#### سلامت روان بیماران قلبی

| مقیاس                | منبع اثر  | F     | معناداری | مجذور اِتا |
|----------------------|-----------|-------|----------|------------|
| جسمانی               | زمان      | 16/12 | 0/0001   | 0/36       |
|                      | گروه*زمان | 14/07 | 0/0001   | 0/33       |
|                      | گروه      | 10/45 | 0/003    | 0/27       |
| اضطراب و اختلال خواب | زمان      | 40/44 | 0/0001   | 0/59       |
|                      | گروه*زمان | 5/39  | 0/028    | 0/16       |
|                      | گروه      | 31/10 | 0/0001   | 0/52       |
| کارکرد اجتماعی       | زمان      | 1/54  | 0/052    | 0/22       |
|                      | گروه*زمان | 0/17  | 0/679    | 0/01       |
|                      | گروه      | 0/33  | 0/567    | 0/012      |
| افسردگی              | زمان      | 36/48 | 0/0001   | 0/61       |
|                      | گروه*زمان | 44/8  | 0/001    | 0/56       |
|                      | گروه      | 0/61  | 0/44     | 0/021      |

#### بحث

مطالعه نشان داد در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) مشکلات جسمانی از  $10/6$  ( $1/9$ ) در پیش آزمون به  $7/3$  ( $2/1$ ) در پس آزمون و  $6/5$  ( $2/4$ ) در پیگیری ( $P < 0/001$ ) و اضطراب و اختلال خواب از  $14$  ( $3/1$ ) در پیش آزمون به  $6/3$  ( $2/6$ ) در پس آزمون و  $6/1$  در پیگیری ( $P < 0/001$ ) و همچنین افسردگی از  $10/7$  ( $5/4$ ) در پیش آزمون به  $3/8$  ( $3/7$ ) در پس آزمون و  $4/4$  ( $3/9$ ) در پیگیری ( $P < 0/001$ ) کاهش یافتند. در گروه آزمایش تغییرات میانگین (انحراف معیار) کارکرد اجتماعی در پیش آزمون  $8/1$  ( $3/9$ )، پس آزمون  $4/9$  ( $4/9$ ) و پیگیری  $9/2$  ( $4/4$ ) معنی دار نبود. در گروه گواه، نمرات خرده مقیاس های سلامت روان در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری از لحاظ آماری نداشتند.

مشخص شده است تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان موثر است، فاضلی کبریا و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش سرمایه روان-شناختی بیماران قلبی عروقی مؤثر است ( $14$ ). همچنین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت تأثیرات مثبتی بر کیفیت زندگی دارد، به طوری که افراد با رفتارهای ارتقاء دهنده، سالم تر بوده و بار بیماری و ناتوانی کمتری خواهند داشت. Firth و همکاران نشان دادند که مهارت های پایه ای شناختی و اجتماعی، توانایی تشخیص، بیان و تعدیل احساسات و هیجانات، همدردی با دیگران، انعطاف پذیری و توانایی مقابله با حوادث ناگوار زندگی، ایفای نقش اجتماعی و رابطه هماهنگ میان ذهن و بدن از اجزای مهم سلامت روان هستند ( $19$ ). همچنین Halmo و همکاران نتیجه گرفتند که به علت طول مدت و شدت بیماری قلبی، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت روان این بیماران تحت تأثیر قرار می گیرند ( $20$ ). نتایج همه تحقیقات گذشته با تحقیق جاری همسو است، به نظر می رسد که لازم است، مداخله در جهت افزایش آگاهی مردم از عوامل خطر ساز این بیماری و تشدید انگیزه ی آنها برای کاهش این عوامل با استفاده از آموزش های تئوری محور صورت گیرد. سلامت روان یک حالت پویا از تعادل درونی

است که افراد را قادر می سازد تا از توانایی های خود در هماهنگی با ارزش های کلی جامعه استفاده کنند. مهارت های پایه ای شناختی و اجتماعی، توانایی تشخیص، بیان و تعدیل احساسات و هیجانات، همدردی با دیگران، انعطاف پذیری و توانایی مقابله با حوادث ناگوار زندگی، ایفای نقش اجتماعی و رابطه هماهنگ میان ذهن و بدن از اجزای مهم سلامت روان هستند که به درجات مختلف به حالت تعادل درونی در افراد کمک می کنند. با توجه به اثربخش بودن درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بیماران قلبی، این درمان به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت کاهش علائم روان شناختی و ارتقای سلامت روانی از طریق افزایش سطح زندگی بیماران قلبی همزمان با دریافت درمان دارویی به کار گرفته شود. بنابراین بیماران قلبی هنگام مواجهه با رویدادهای استرسزا به دلیل پذیرش بدون قضاوت، آن ها را به درستی ارزیابی می کنند و علاوه بر آن با تعهدی که دادند در مسیر صحیح گام برمی دارند که این مسیر صحیح شامل اقدامات رفتاری مناسب در مواجهه با رویدادهای استرسزا است. به عبارت دیگر در این درمان هر عملی با عملکرد آن در ذهن مقایسه و تحلیل می شود. برای مثال از مراجع خواسته می شود هنگام مواجهه با استرس از خودش سؤال کند که آیا این استرس در راستای سلامتی است یا هیجانات منفی در درمان تعهد و پذیرش به بیماران قلبی آموزش داده شد که به جای اجتناب از هیجان ها در راستای سلامتی حرکت کنند که این عوامل می توانند باعث کاهش استرس ادراک شده بیماران قلبی شوند. لذا پیشنهاد می شود به منظور توانایی در تعمیم بهتر نتایج، با توجه به اثربخش بودن درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بیماران قلبی، این درمان به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت کاهش علائم روان شناختی و ارتقای سطح زندگی بیماران قلبی همزمان با دریافت درمان دارویی به کار گرفته شود. همچنین، استفاده از این روش درمانی در درمان اختلالات روان شناختی سایر بیماران مزمن و سایر اختلالات بالینی در دیگر گروه های سنی و فرهنگی و مقایسه آن با درمان دارویی چه به صورت فردی و چه گروهی پیشنهاد می شود. همچنین در سرفصل های آموزش کلینیکی به بیماران قلبی مؤلفه های سلامت روان و راهبردهای مقابله ای آموزش داده شود تا بیماران مبتلا بتوانند بر مشکلات و دردهای ناشی از این بیماری، چیره شوند و در اجرای پروتکل های درمانی و به ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمثیل ها و استعاره های بومی مطابق با فرهنگ طراحی شود.

### نتیجه گیری

مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش مشکلات جسمانی، اضطراب و اختلال خواب و افسردگی شد. این روش درمانی می تواند برای کاهش علائم روان شناختی و ارتقای سلامت روانی بیماران قلبی، به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی همزمان با دریافت درمان دارویی به کار گرفته شود.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمام افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق IR.IAU.TJ.REC.1399.039 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام می باشد.

### تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

### REFERENCES

1. Sun S, Cao W, Ge Y, Ran J, Sun F, Zeng Q, Guo M, Huang J, Lee RS, Tian L, Wellenius GA. Outdoor light at night and risk of coronary heart disease among older adults: a prospective cohort study. *European Heart Journal*. 2021;42(8):822-30.
2. Feola M, Garnero S, Vallauri P, Salvatico L, Vado A, Leto L, et al. Relationship between Cognitive Function, Depression/Anxiety and Functional Parameters in Patients Admitted for Congestive Heart Failure. *Open Cardiovasc Med J*. 2013;7(1):54-60.
3. Flaxman PE, Bond FW. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour research and therapy*. 2010;48(8):816-20.



4. Teleki S, Zsidó AN, Lénárd L, Komócsi A, Kiss EC, Tiringier I. Role of received social support in the physical activity of coronary heart patients: The Health Action Process Approach. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2022;14(1):44-63.
5. Mousavinasab N, Yazdani Cherat J, Bagheri B, Bakhti FS, Bakhti Z. Identifying the risk factors for cardiovascular disease in individuals aged above 35 years using logistic regression model. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2017;26(144):50-6.
6. Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, Carabello BA, Erwin III JP, Gentile F, Jneid H, Krieger EV, Mack M, McLeod C, O’Gara PT. 2020 ACC/AHA guideline for the management of patients with valvular heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 2021;77(4):450-500.
7. Sharma G, Lindley K, Grodzinsky A. Cardio-obstetrics: developing a niche in maternal cardiovascular health. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020;75(11):1355-9.
8. Adib-Hajbaghery M, Hakimzadeh Z, Adib ME. Health literacy in patients with ischemic heart diseases. *Journal of Health Literacy*. 2018;3(2):92-103.
9. O’Neil A, Nicholls SJ, Redfern J, Brown A, Hare DL. Mental health and psychosocial challenges in the COVID-19 pandemic: food for thought for cardiovascular health care professionals. *Heart, Lung and Circulation*. 2020;29(7):960-3.
10. Burr H, d’Errico A. Priority, methodological and conceptual issues regarding epidemiological research of occupational psychosocial risk factors for poor mental health and coronary heart disease. Priority, methodological and conceptual issues regarding epidemiological research of occupational psychosocial risk factors for poor mental health and coronary heart disease. 2018:159-81.
11. Luke AA, Huang K, Lindley KJ, Carter EB, Joynt Maddox KE. Severe Maternal Morbidity, Race, and Rurality: Trends Using the National Inpatient Sample, 2012–2017. *Journal of Women's Health*. 2021;30(6):837-47.
12. Bucciarelli-Ducci C, Ajmone-Marsan N, Di Carli M, Nicol E. The year in cardiovascular medicine 2021: imaging. *European Heart Journal*. 2022;43(13):1288-95.
13. De Hert M, Detraux J, Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2018;20(1):31.
14. Fazeli Kebria M, Hasanzadeh R, Mirzaeian B, Khjevand Khosheli A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Psychological Capital in Cardiovascular Patients in Babol. *J Babol Univ Med Sci*. 2018;20(4):68-73.
15. Trompetter HR, Lamers SM, Westerhof GJ, Fledderus M, Bohlmeijer ET. Both positive mental health and psychopathology should be monitored in psychotherapy: Confirmation for the dual-factor model in acceptance and commitment therapy. *Behaviour research and therapy*. 2017;91:58-63.
16. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 1979;9(1):139-45.
17. Noorbala AA, Hajebi A, Faghihzadeh E, Nouri B. Mental health survey of the Iranian adult population in 2015. *Archives of Iranian medicine*. 2017;20(3):128.
18. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*. 2013;44(2):180-98.
19. Firth J, Solmi M, Wootton RE, Vancampfort D, Schuch FB, Hoare E, Gilbody S, Torous J, Teasdale SB, Jackson SE, Smith L. A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*. 2020;19(3):360-80.
20. Halmo R, Galuszka J, Langova K, Galuszkova D. Self care in patients with chronic heart failure. Pilot study-self care includes problems. *Biomedical Papers*. 2015;159(1):124-30.